



Universidad Norbert Wiener

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE
ADOLESCENTE Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bachilleres:

AQUINO TOLENTINO, YOLANDA OTILIA DE MARIA

CARRETERO GOZZING, LETICIA GRACIELA

Asesora:

MG. VIOLETA ZA VALETA GUTIÉRREZ

Lima – Perú

2017

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios creador de todas las cosas, por renovar nuestras fuerzas para continuar cuando a punto de desfaceller hemos estado.

A nuestros padres por haber compartido con nosotros cada momento importante a lo largo de estos años de formación.

AGRADECIMIENTOS

A la Directora del Centro de Salud "Valdiviezo", a la Lic. Jackeline Márquez por brindarnos las facilidades del caso para llevar a cabo esta investigación.

A nuestra asesora Mg. Violeta Zavaleta, por compartir sus conocimientos, tener paciencia y brindarnos su apoyo constante.

A las gestantes adolescentes del estudio por su colaboración durante la ejecución de la investigación.

ASESORA DE TESIS
MG. VIOLETA ZAVALA GUTIÉRREZ

JURADO

Presidente: Dra. Rosa Eva Pérez Siguas

Secretario: Mg. Graciela Guevara Morote

Vocal: Mg. Wilmer Calsin Pacompia

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Asesora de tesis	v
Jurado	vi
Índice	vii
Índice de gráficos	ix
Índice de anexos	x
RESUMEN	xi
SUMMARY	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del Problema	17
1.3 Justificación	17
1.4 Objetivos	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	19

2.2. Base Teórica	25
2.2.3. Recién nacidos	36
2.3 Terminología Básica	37
2.4 Hipótesis	38
2.5. Variables	39
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y Método de investigación	41
3.2. Población y Muestra	41
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	43
3.4. Procesamiento de datos y Análisis estadístico	43
3.5. Aspectos Éticos	44
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	46
4.2. Discusión	51
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1:	Diagrama de dispersión de estado nutricional en unidades IMC materna y el peso del neonato al momento de nacer.	47
GRAFICO 2:	Estado nutricional en unidades IMC de la gestante adolescente alcanzado al final del embarazo.	48
GRAFICO 3:	Clasificación según peso por edad gestacional del recién nacido	49
GRAFICO 4:	Diagnóstico nutricional en IMC de la gestante adolescente al final del embarazo y la clasificación del peso corporal de su neonato al momento de nacer	50

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1:	Ficha para la recolección de datos	68
ANEXO 2:	Consentimiento Informado (Padres de familia y/o apoderado)	70
ANEXO 3:	Consentimiento Informado (Gestantes mayores de 18 años)	71
ANEXO 4:	Asentimiento Informado (Gestante menores de 18 años)	72
ANEXO 5:	Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes	73
ANEXO 6	Diagrama dispersión del estado nutricional en unidades IMC de la gestante adolescente y el peso del neonato al momento de nacer	74

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo y el peso del neonato al momento de nacer ambos controlados en el Centro de Salud “Valdiviezo” del Distrito de San Martín de Porres, Enero - Junio del 2016.

Material y Métodos: El estudio es cuantitativo, retrospectivo, descriptivo, asociación y de corte transversal. Se trabajó con la población total que fue de 34 gestantes adolescente, utilizando la técnica de análisis documental, aplicando como instrumento una ficha de recolección de datos para: Estado nutricional de la gestante adolescente al final de la gestación y el estado nutricional del recién nacido.

Resultados: Del estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo, 55.9% alcanzó IMC de sobrepeso, 29.4% IMC normal, y 14.7% IMC de obesidad. Para el peso del neonato se encontró 73.5% neonatos adecuados, 17.6% neonatos pequeños y 8.8% neonatos grandes para su edad gestacional. En la relación del diagnóstico nutricional de la gestante adolescente con el peso del neonato, de 34 gestantes adolescentes, 10 gestantes con IMC normal dieron a luz 5 neonatos adecuados y 5 pequeños; 24 gestantes con sobre peso/obesidad, obtuvieron 20 neonatos adecuado, 3 neonatos grandes y 1 neonato pequeño para su edad gestacional.

Conclusión: Existe una correlación lineal y positiva entre el estado nutricional de la gestante adolescente evaluado con IMC y el peso corporal del neonato al nacer. (Coeficiente de Pearson = 0,679 y valor $p > 0,001$)

Palabras Claves: “Asociación”, “Estado nutricional”, “Gestante adolescente”, “Peso del Neonato”.

SUMMARY

Objective: To determine the association between the nutritional status of the adolescent pregnant woman at the end of pregnancy and the weight of the neonate at the time of birth both controlled at the "Valdiviezo" Health Center of the District of San Martin de Porres, January - June 2016.

Material and Methods: The study is quantitative, retrospective, descriptive, association and cross-sectional. We worked with the total population of 34 adolescent pregnant women, using the documentary analysis technique, applying as a tool a data collection form for: Nutritional status of the pregnant woman at the end of pregnancy and the nutritional status of the newborn.

Results: Of the nutritional status of the adolescent pregnant woman at the end of pregnancy, 55.9% achieved an overweight BMI, 29.4% normal BMI, and 14.7% BMI of obesity. For the weight of the neonate, 73.5% suitable neonates, 17.6% small neonates and 8.8% large neonates for their gestational age were found. In the relation of the nutritional diagnosis of the adolescent pregnant woman with the weight of the neonate, of 34 adolescent pregnant women, 10 pregnant women with normal BMI gave birth to 5 suitable and 5 small neonates; 24 pregnant women with overweight / obesity, obtained 20 suitable neonates, 3 large neonates and 1 small neonate for their gestational age.

Conclusion: There is a linear and positive correlation between the nutritional status of the pregnant woman evaluated with BMI and the body weight of the newborn at birth. (Pearson coefficient = 0.679 and p-value > 0.001)

Key Words: "Association", "Nutritional status", "Teenage pregnancy", "Weight of the Neonate".

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la OMS “La adolescencia es el período de vida que se ubica entre la niñez y la adultez, comprende desde los 10 hasta los 19 años, en este momento de vida los adolescentes comprenden acerca de su capacidad de reproducción, evoluciona su psiquis, comienzan a planificar y pensar en su futuro” (1).

El iniciar las relaciones sexuales a temprana edad, dispone a las gestantes a contraer enfermedades y al riesgo de embarazos no planificados, el cual resulta ser una de las experiencias más difíciles porque afectará la salud integral de su familia y del niño que está por nacer (2). El embarazo adolescente es de alto riesgo, la probabilidad de que se complique es mayor cuanto menor es la edad de la embarazada (3). “Se evidencia en las tasas de mortinatalidad, que en la primera semana de vida es un 50% más elevado cuando las madres son menores de 20 años, que cuando tienen entre 20 y 29 años. Las defunciones en el primer mes de vida son entre un 50% y un 100% más frecuentes en madres adolescentes que en madres maduras” (4).

La adolescencia es un período donde se originan conductas de riesgo, de las cuales no escapa la gestante adolescente, donde manifiestan predilección sólo por un grupo de alimentos (harinas, dulces, frituras), hábitos alimenticios inadecuados, menor número de comidas y/o copiar estilos de vida de otros adolescentes, aumentado su riesgo de mal nutrición.

Muchos estudios provenientes tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, han documentado el impacto negativo del embarazo precoz sobre el estado nutricional de la gestante adolescente y el producto de la concepción, sin embargo, muchos otros han fallado en demostrar tal asociación (5).

Se plantea que, debido al desarrollo de la gestante adolescente, la cual impone necesidades nutricionales que se suman a las del embarazo, crea una disputa entre gestante y feto por los nutrientes; sobre todo en adolescentes tempranas (< 14 años) y medias (< 17 años) debido al corto lapso entre embarazo y menarquia (edad ginecológica) (6).

El peso al nacer del producto, es un indicador importante, porque determina un retardo en el crecimiento intrauterino, se asocia con problemas en el desarrollo mental infantil y en el desarrollo cognitivo del niño en edad preescolar (7).

La OMS considera que 1 de cada 5 personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres. En las estadísticas sanitarias mundiales para el 2014 establecen que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49% en adolescentes. La proporción de partos durante la adolescencia se sitúa en alrededor del 2% en China, el 18% en América Latina y el Caribe y más del 50% en el África subsahariana (4).

Nuestro país no es ajeno a esta problemática, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), documentó en el 2014 que existían 207

mil 800 adolescentes de 15 a 19 años de edad que eran madres o estaban embarazadas por primera vez. Esta cifra representaba el 14.6% del total de adolescentes del país, el 11.7% de ellas ya eran madres y el 2.9% estaban embarazadas por primera vez. Así mismo precisó que este porcentaje se venía incrementando; en el año 2011 se estimó el 12.5%, en el 2014 se incrementó a 14.6%, es decir, 2.1 puntos porcentuales más; también informo que el embarazo de las adolescentes del área rural (22.0%) era cerca del doble del área urbana (8). Las cifras del MINSA confirman que en el Perú, en el 2016 cada día del año, al menos 4 menores de 15 años de edad se convertían en madres, mientras que entre las adolescente de 15 años se registraba un promedio de 11 partos al día. (9).

El INEI informó en el 2013, que el 92% de los niños nacen con el peso adecuado, el 7% de las niñas y/o niños nació con bajo peso al nacer, porcentaje que se ha ido incrementando en los últimos 14 años, pasando del 81% a 92%, el bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) es una de las causas más importantes de la mortalidad infantil y perinatal en nuestro país (8).

En el 2014 el INEI, informó que la mayor proporción de adolescentes, de nuestra ciudad se encuentran en los distritos de Lima Sur, Lima Este y Lima Norte. En Lima Norte, el distrito de San Martín de Porres, es el más extenso en población, con un total de 700 178 pobladores, de los cuales el 10.2% es adolescente y el 4.7% de ellos son madres adolescentes (10); con respecto a la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años (etapa donde se desarrollan las capacidades físicas, cognitivas y emocionales del niño), presenta un significativo índice de 4.30%. El mapa de la pobreza provincial y distrital del Perú, nos detalla que la población pobre de este distrito, asciende al 10.9% de su población total (zonas como Piñonate, Chuquitanta y Valdiviezo) y la de pobreza extrema al 0.3% (los sectores ubicados en las orillas de los cerros “La Milla”, “El choclo”) (11).

El distrito de San Martín de Porres, se organiza territorialmente en 4 sectores. El sector II presenta una topografía accidentada, problemas de accesibilidad, vulnerabilidad ambiental y vandalismo, predominan las zonas residenciales de urbanizaciones y AAHHs, los cuales cuentan con servicios básicos (11).

En este sector, en la orilla y parte del cerro Santa Mercedes, se ubica la Urbanización Valdiviezo, donde su población tiene acceso a los servicios de salud, a través del Centro de Salud "Valdiviezo". Al realizar las prácticas pre profesionales, se identificaron riesgo en las gestantes adolescentes; en las actividades intramurales se observaron un número importante de atenciones para gestantes adolescentes en el último trimestre de gestación, además al realizar el triaje se evidenciaba que el peso de la gestante era elevado para su talla; en las actividades extramurales al realizar las visitas domiciliarias a familias en riesgo nutricional, manifestaban: "el dinero a veces no nos alcanza", "sólo comemos dos veces al día", por ser familias de bajos recursos, muchas veces no podían acceder a alimentos con alto nivel nutritivo y también existía un déficit de conocimiento de una adecuada alimentación. En las entrevistas con las gestantes adolescentes, no tenían la educación adecuada sobre un buen estilo de vida (dieta balanceada, ejercicios, hidratación), muchas de ellas no conocían sobre los cuidados en la gestación y el efecto nutricional de la madre hacia el feto, referían "no fui a mis controles, ahora último sí porque ya voy a dar a luz", "como variado pan con mantequilla, arroz, lentejas y pollo o huevo frito".

En la actualidad, el ritmo de vida de los adolescentes, los lleva a tomar conductas inadecuadas y hábitos alimenticios incorrectos, por consecuencia un gran porcentaje de dicha población sufre de malnutrición. Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante, la cual será motivo de investigación.

1.2. Formulación del Problema

¿Existe asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo y el peso de su recién nacido al momento de nacer en el Centro de Salud “Valdiviezo” del distrito San Martín de Porres, Enero - Junio del 2016?

1.3 Justificación

Se ha considerado importante estudiar esta asociación; porque el estado nutricional de la gestante adolescente es un determinante para el peso al nacer del niño(a), y a su vez se relaciona estrechamente con la morbilidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental ulterior del recién nacido; por lo tanto se hace indispensable, la vigilancia para las gestantes adolescentes en el Centro de Salud Valdiviezo y realizar intervenciones preventivas nutricionales oportunas de parte del personal de salud, entre ellos la enfermera, a fin de romper el círculo de malnutrición materno–fetal, reducir al mínimo el riesgo de bajo peso al nacer y otras nefastas consecuencias.

La enfermera en el Programa etapa vida adolescente podrá implementar temas educativos, tales como sexualidad, estilos de vida saludables para gestantes adolescentes, habilidades de vida (sociales y control de emociones), proyecto de vida para las gestantes adolescentes, porque aunque cumplan con sus atenciones prenatales, como gestantes, necesitan un enfoque y atención personalizada por la propia etapa de vida que transcurren.

Si la enfermera orienta a la gestante adolescente con una adecuada alimentación, el índice de desnutrición en los niños menores de 5 años que acuden al control de crecimiento y desarrollo podría verse reducido y

así podríamos como enfermeras estimular y promover al 100% la salud física, mental y emocional del niño.

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo y el peso corporal del neonato al momento de nacer, ambos controlados en el Centro de Salud “Valdiviezo” del Distrito de San Martín de Porres, Enero - Junio del 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Establecer el estado nutricional en IMC de la gestante adolescente alcanzada al final del embarazo, del Centro de Salud “Valdiviezo” del distrito San Martín de Porres.
- Clasificar según peso por edad gestacional al recién nacido de la gestante adolescente del Centro de Salud “Valdiviezo” del distrito San Martín de Porres.
- Determinar la asociación entre el diagnóstico nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo y la clasificación del peso corporal del neonato al momento de nacer, ambos controlados en el Centro de Salud “Valdiviezo” del Distrito de San Martín de Porres.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Zurita Maritza, en el año 2015, en la ciudad de Quito – Ecuador, presenta la investigación “Estado nutricional materno como factor de riesgo de bajo peso al nacer en hijos/as de madres adolescentes del Cantón Quero” (12). Objetivo: Determinar la relación entre el estado nutricional de madres adolescentes, como factor de riesgo del bajo peso al nacer en neonatos, en el Cantón Quero, provincia de Tungurahua, durante los años 2012 al 2014. Metodología: Estudio epidemiológico, observacional, retrospectivo, transversal. La muestra fueron 157 historias clínicas de las mujeres adolescentes embarazadas con sus respectivos neonatos. Resultados: Cuando aumenta el índice de masa corporal de la madre también aumentará el peso del recién nacido/a, pero esta asociación es débil, es decir, sólo se producirá solamente en el 27,7% de los casos. Conclusión: El peso bajo materno es un factor de riesgo para el peso bajo al nacer en los neonatos hijo/as de madres adolescentes del cantón Quero.

Restrepo-Mesa Sandra, Zapata Natalia, Parra Beatriz, Escudero Luz y Atalah Eduardo, en el año 2014, en la ciudad de Santiago de Chile – Chile, realizan la investigación “Embarazo adolescente: Características maternas y su Asociación con el peso al nacer del neonato” (13). Objetivo: Explorar el contexto sociodemográfico en el que se desarrolla el embarazo adolescente; caracterizar el estado nutricional materno y relacionar estos aspectos con el peso de los recién nacidos. Metodología: Estudio analítico de corte transversal; con una muestra de 294 embarazadas. Resultado: La edad promedio de las adolescentes fue 17 +- 1,5 años el 45,2%; en la evaluación del estado nutricional por IMC en tercer trimestre de gestación se encontró 33,7% de las madres clasificadas como enflaquecidas y 12,2% con sobrepeso/obesidad. De los nacidos vivos, la edad gestacional promedio al momento del parto fue 39 semanas, nacieron a término 95,2% y antes de la semana 37 de gestación 4,8%. En relación con el peso al nacer, el peso promedio fue 3.087 +- 408gr. Se clasificaron con adecuado peso para la edad gestacional 85.3%, pequeños para la edad gestacional 13,9% y grandes para la edad gestacional 0,7%. Conclusión: Este estudio no encontró asociación significativa entre el peso al nacer con la edad materna, estado civil, nivel educativo, ocupación y seguridad alimentaria, edad ginecológica, periodo intergenésico y consumo de sustancias psicoactivas antes o durante el embarazo.

Restrepo Mesa Sandra, Parra Beatriz, Arias Julia, Zapata Natalia, Giraldo Carlos Alberto, Restrepo Moreno Clara, Ceballos Natalia y Escudero Luz, en el año 2012, en la ciudad de Medellín – Colombia, realizaron la investigación “Estado nutricional materno y su relación con el peso al nacer del neonato” (14). Objetivo: Analizar la asociación entre peso al nacer con hemoglobina e índice de masa corporal materno durante los tres trimestres de gestación. Metodología: es un estudio retrospectivo. Muestra: 291 historias clínicas (HC). Resultados: La mayor proporción de neonatos con peso <3.000 g fueron de madres con IMC bajo, con número significativo en el segundo y tercer trimestre de gestación. Conclusión: Existe una correlación positiva y significativa entre peso al nacer y el IMC materno, en el primero, segundo y tercer trimestre. No se halló correlación

del peso al nacer con la hemoglobina materna en ninguno de los tres trimestres de gestación: primero, segundo y tercero.

Carrión Betty, en el año 2012, en la ciudad de Loja – Ecuador, presenta la investigación “Estado nutricional materno y sus efectos sobre el recién nacido, en las usuarias que acuden al servicio de Ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo Enero a Junio del 2011” (15). Objetivo: Generar una visión clara de la relación que existe entre el estado nutricional materno con las alteraciones que se presentan en los recién nacidos. Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo. Muestra: 177 madres con sus respectivos neonatos. Resultados: Las gestantes que acudieron a ser atendidas de su parto fueron entre las edades de 20 y 35 años de edad correspondiendo a un 68%, en cuanto a la aplicación del SISVAN a 177 neonatos, un 51.45% tuvieron un estado nutricional adecuado con respecto a la curva de Rosso; correlacionando con el estado nutricional materno un 64.53% de recién nacidos no presentaron ninguna alteración, sin embargo 14.83% de recién nacidos presentaron bajo peso; 7.27% presentaron macrosomía; 3.49% presentaron asfisia perinatal; 1.45% presentaron malformaciones; 8.43% nacimiento prematuro. Conclusión: Analizando las complicaciones que se presentaron en los recién nacidos de acuerdo al estado nutricional materno, se pudo determinar que los macrosómicos en su mayoría fueron hijos de madres con sobrepeso, los recién nacidos con bajo peso fueron hijos de madres con bajo peso; sin embargo el estudio revela que los neonatos que no tuvieron ninguna alteración fueron hijos de madres con estado nutricional adecuado en su mayoría, pero no en el 100%, por tanto es muy importante el estado nutricional materno en el desarrollo del feto.

Yunes José Luis, Barrios Aida, Ávila Ricardo y Duartes Arturo, en el año 2011, en la ciudad de Tamaulipas – México, realizaron el estudio “Efecto del estado nutricional de la madre sobre el neonato (16). Objetivo: Correlacionar el estado nutricional de la embarazada con su hijo. Metodología: Fue un estudio con diseño de cohorte observacional, prospectivo y longitudinal, la muestra fue de 420 mujeres las cuales se les

determinó el índice de masa corporal al inicio, así mismo la grasa corporal, su composición y al final del embarazo con el registro antropométrico del recién nacido. Resultados: Las mujeres con sobrepeso permanecieron así toda la gestación. El peso del producto fue influenciado por el estado nutricional de la madre. Los bebés con menor peso fueron de madres con desnutrición. Las madres con índice de masa corporal normal tuvieron hijos con peso promedio de 3.200 kg; las madres con sobrepeso tuvieron hijos con más de 3.500 kg. El peso materno tuvo correlación con el peso del producto. Las madres adolescentes tuvieron hijos con menor peso. Conclusión: La desnutrición de la madre afecta el peso del producto.

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Mori Gilma, en el 2017, en la ciudad de Loreto – Perú, presentó la investigación “Estado nutricional de las gestantes y peso del recién nacido en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias 2015 - 2016” (17). Objetivo: Determinar el estado nutricional de las gestantes y asociarlo con el peso del neonato en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”. Metodología: Estudio de tipo descriptivo transversal; la muestra estuvo integrada por 930 historias clínicas seleccionadas de madres con embarazo a término, que hayan asistido a su primer control prenatal en las primeras 12 semanas de gestación, sin complicaciones de salud; se excluyeron aquellas con embarazo gemelar, feto malformado, polihidramnios u oligoamnios, partos prematuros, óbito fetal, preeclampsia (edema), anemia durante el embarazo e ITU. Se utilizó una ficha para recolección de datos los cuales se resumieron en cuadros y gráficos. Resultados: Del total de los datos recaudados de las historias clínicas se obtuvo que el 47,53% de madres presentaron un peso normal de acuerdo a su IMC pre gestacional; el 38,82% de las pacientes ganó más de 11 Kg; el 86,24% de los neonatos tuvo peso entre 2500 gr – 3800 gr; la asociación se determinó calculando Chi Cuadrado el cual resultó en 18,13 con p: 0,006 lo que significa que existe una relación directa entre el estado nutricional materno y el peso del neonato. Conclusión: El resultado coincide con los estudios realizados en otros países. Se propone hacer

mayor énfasis en la consulta nutricional, y consejería nutricional como método de prevención de desnutrición y morbimortalidad perinatal.

Apaza Alan, en el año 2014, en el distrito de San Juan de Lurigancho – Ciudad de Lima, realiza la investigación “Relación de la ganancia ponderal y anemia en puérperas adolescentes con el estado nutricional del recién nacido en el Hospital San Juan de Lurigancho” (18). Objetivo: Determinar la relación entre la ganancia ponderal y anemia en gestantes adolescentes con el estado nutricional del recién nacido. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y retrospectivo; con una muestra de 83 historias clínicas de gestantes adolescentes y las cartillas de sus respectivos recién nacidos, se consideró la ganancia ponderal (Kg) y la presencia de anemia (hemoglobina menor a 11 mg/dl para el último control pre-natal). Resultado: El 89% de los recién nacidos tuvo un peso adecuado al nacer y el resto fueron macrosómicos (10.8%). El 92% de gestantes que obtuvieron una ganancia ponderal total insuficiente iniciaron el embarazo con IMC normal, de este mismo grupo se encontró que sólo el 8% iniciaron el embarazo con sobre peso. Por otro lado, se encontró que el 55.6% de recién nacidos macrosómicos tuvieron una madre con sobrepeso. Conclusión: Se encontró relación entre la ganancia ponderal en gestantes adolescentes con el estado nutricional del recién nacido en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Alarcón Ricardo, Gutiérrez Rosa, Cuadra Mariana, Alarcón Javier, Chávez Tania y Alarcón Christian, en el año 2011, en la ciudad de Trujillo – Perú, realiza la investigación “Relación del peso del recién nacido con edad gestacional y antropometría materna en gestantes del Hospital Belén de Trujillo” (19). Objetivo: Determinar la relación entre el peso al nacer con la edad gestacional, y antropometría de la madre (Peso, talla, índice de masa corporal (IMC)). Metodología: Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra se obtuvo de una población de 3700 historias clínicas perinatales y estuvo conformada por 1500 gestantes con sus respectivos recién nacidos vivos, con edad mínima de la madre 19 años, embarazo único y edad gestacional de 30 a 42 semanas. Resultados: Esta investigación reporta 22.8% de gestantes con

peso adecuado según el IMC, 34.3% con peso deficitario, 38% malnutridas en exceso y 5,8% en déficit, 10.5% con talla menor de 1.45 m. En cuanto a los RN el promedio de peso en general fue de 3182.967 ± 32.4152 Kg, el análisis del estado nutricional del recién nacido evidenció que el 77.9% tuvieron peso normal o adecuado al nacer, el 15% peso bajo y 7.1% sobrepeso o macrosomía. El análisis del estado nutricional del recién nacido según el peso materno encontramos que en el grupo de madres con peso deficitario la presencia de recién nacidos con bajo peso fue mayor 18.6 % frente a los recién nacidos de gestantes con peso no deficitario de 13.2%, se verifica una asociación altamente significativa. Conclusión: Los indicadores antropométricos del estado nutricional materno resultaron indicadores predictivos efectivos del peso bajo al nacer. Hay asociación significativa del peso al nacer con las medidas antropométricas de la madre (peso, talla e IMC), y la edad gestacional: recién nacidos con bajo peso de madres con peso y talla deficitarios, e IMC bajo.

Rojas Almendra, en el año 2015, en la ciudad de Iquitos – Perú, realizó la investigación “Estado nutricional materno y su asociación con las medidas antropométricas de neonatos atendidos en Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Loreto - Punchana” (20). Objetivo: Determinar la asociación del estado nutricional materno y las medidas antropométricas del neonato. Metodología: Es un estudio no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo y cuantitativo. La muestra se obtuvo de una población de 157 mujeres gestantes entre las edades de 18 a 39 años y sus neonatos que fueron atendidos en el Hospital Regional de Loreto. No fue necesario formular el tamaño muestral porque toda la población resultó accesible en su totalidad y por ser una población pequeña y finita. Resultados: Del total de pacientes se obtuvo que el 61.3% de las pacientes presentaron IMC pre gestacional normal; el 91.3% de neonatos tuvo peso normal (2500 a 4000 g) y el 1.2% fueron macrosómicos (>4000 g). Conclusión: Se determinó una correlación altamente significativa entre el peso del neonato y el IMC materno.

2.2. Base Teórica

2.2.1. Adolescencia

A. Definición:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo que se produce entre los 10 y los 19 años. Es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y desarrollo, condicionada por diversos procesos biológicos” (1).

Los determinantes biológicos de la adolescencia son universales; pero las características propias, pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, dependiendo muchas veces del nivel socioeconómicos (1).

B. Embarazo en la adolescencia:

Embarazo adolescente o embarazo precoz, es definido como “Aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad, etapa donde comienza la edad fértil y el final de la adolescencia” (21).

Es un acto con mayores riesgos asociados para la adolescente y su hijo, cuando el embarazo se fecunda antes de los 20 años, tanto desde el punto de vista biológico, psicológico y social (22).

- Consecuencias psicosociales del embarazo precoz:

El riesgo mayor en el embarazo precoz, es cuando la adolescente toma una actitud de rechazo u ocultamiento de su gestación por temor a la reacción de las personas de su entorno; comportamiento que conduce a la detección y la atención prenatal tardía o insuficiente.

La gestante adolescente se enfrenta a las consecuencias de su condición; se preocupa por los cambios en su cuerpo cuando aún se está adaptando a su propio desarrollo; se pregunta por el momento del parto, se angustia por la actitud del padre, en la mayoría también adolescente.

A nivel social tiene que abandonar a sus amigos, deserción escolar, no cumplir con sus metas; dejar de divertirse, y tener la obligación de atender a su bebé, alimentarlo cuando llora, muchas veces tener que enfrentar esta situación sin una pareja o familia que la apoye, situaciones que pueden desencadenar estrés, apatía, cambios en los estados de ánimos que pueden llegar hasta los trastornos de la personalidad.

“La madre adolescente no tiene un orden de valores que le permita priorizar problemas o soluciones, por lo cual, si logra cuidar bien a su hijo se sentirá satisfecha como madre, pero en lo más individual tendrá añoranza de hacer lo mismo que una adolescente sin hijos” (22). La adolescencia es un proceso de cambio y desarrollo, donde se incorpora la nueva concepción del mundo, es una etapa donde se dejan llevar por los criterios grupales, modelos externos, y aún no tienen sus propias convicciones.

Estudios han comprobado que cuando la gestante adolescente expresa sus inquietudes las consecuencias biológicas adversas de la gestación disminuyen, y con ellas el riesgo de intento de suicidio o consumación de la gestación; estas disyuntivas aparecen cuando existen problemas y falta de comunicación en el entorno familiar.

“Esta despreocupación por parte de la familia no solo afecta a los futuros padres, sino también en el contexto económico, pues el nuevo estado de la adolescente demanda una alimentación adecuada y la satisfacción de otras

necesidades no gratuitas, que deben ser resueltas por los suyos, toda vez que no está vinculada laboralmente” (22).

- **Consecuencias biológicas del embarazo precoz:**

La mujer alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo (22). Las consecuencias biológicas del embarazo precoz se evidencian en los controles prenatales, se les agrupa en trimestres (23):

A. Primer Trimestre:

- Trastornos digestivos: Presencia de náuseas y vómitos, en casi igual porcentaje que en la población de mujeres adultas.
- Metrorragias: Sangrado vaginal.
- Abortos espontáneos.
- Embarazos ectópicos.

B. Segundo y tercer trimestre:

- Anemia: El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica.
- Infecciones urinarias: Aún se estudia la prevalencia en gestantes adolescentes.
- Amenaza de parto pre término.
- Hipertensión arterial gravídica: Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años.
- Mortalidad fetal

- Parto prematuro: Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).
- Crecimiento intrauterino retardado: Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.
- Presentaciones fetales distócicas.
- Desproporciones céfalo - pélvicas: Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

2.2.2. Estado Nutricional

A. Definición:

Es el resultante final del balance entre ingesta y requerimientos de nutrientes, es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición de una persona. Asumiendo que las personas tenemos necesidades nutricionales concretas y que estas deben ser satisfechas, un estado nutricional óptimo se alcanza cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos están adecuadamente cubiertos por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos.

Tanto si se producen ingestas por debajo como por encima de las demandas el estado nutricional indicará una malnutrición a

medio-largo plazo. El estado nutricional se evalúa a través de indicadores antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), composición corporal, etc.), donde es posible diagnosticar que una persona se encuentra en un peso bajo, peso normal, sobrepeso u obesidad y que por tanto ha ingerido menos o más de la energía requerida. Empleando indicadores bioquímicos, inmunológicos o clínicos es posible detectar carencias de nutrientes como el hierro o determinadas vitaminas (24).

B. Estado Nutricional de la gestante:

El estado nutricional de la gestante, es un factor determinante en el desarrollo fetal y en el peso del neonato. Los problemas nutricionales en déficit o en exceso, son factores de riesgo para la gestación y su producto.

Según el American College of Obstetricians Gynecologists (Colegio Americano de Ginecólogos Obstetras), se han señalado como circunstancias que pueden comprometer el estado nutricional materno (20):

- Edad menor a 16 años.
- Situación económica de privación.
- Tercer embarazo en menos de dos años.
- Seguimiento de dieta terapéutica previa al embarazo.
- Malos hábitos alimenticios.
- Consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.
- Extremos (poco o mucho) de peso al inicio del embarazo.
- Enfermedades asociadas.

- **Evaluación Antropométrica:**

Debido a la importancia de la ganancia de peso en la gestación, su monitoreo debe constituir una actividad prioritaria en las atenciones prenatales.

La valoración antropométrica de la gestante en el conjunto de medidas de: talla, peso actual, peso usual o pre gestacional e Índice de masa corporal (25).

- a. Talla Materna:** “Esta medida es aprobada como un indicador antropométrico de riesgo para complicaciones obstétricas, tales como: desproporción céfalo pélvico, trabajo de parto disfuncional y parto operatorio; la causa radica en la relación directa entre talla e índice pélvico” (26).

Esta medida debe ser la referida por la paciente o en efecto tomarse en los primeros controles de la gestante, porque puede verse influenciada por la lordosis natural de esta etapa; además es necesaria para el cálculo del Índice de masa corporal (pre gestacional y gestacional). El instrumento ideal, para poder realizar la medición debe ser un tallímetro.

La técnica correcta de medición de la talla, deberá ser la siguiente (25):

- Ubicar el tallímetro en una superficie contra una pared, asegurándose de que quede fijo, tanto la base como el tablero del tallímetro.
- La gestante debe estar descalza.
- Deberá quitarse los ganchos o deshacer moños en la cabeza, que interfieran con la medición.
- Asegurarse que la gestante se encuentre en posición vertical evitando alguna inclinación hacia

uno de los lados del cuerpo. Las plantas de los pies deben tocar la base del tallímetro.

- Verificar que los tobillos, nalgas, omoplatos y parte posterior de la cabeza se encuentren en contacto con la base del tablero del tallímetro. Asegurarse que el tronco se encuentre en posición vertical en relación a la cintura; brazos y hombros colgando naturalmente a ambos lados del cuerpo.
- Solicitar a la gestante que mire hacia el frente.
- Cuando la posición de la gestante sea correcta, bajar el tope móvil superior hasta apoyarlo con la cabeza de la gestante. Se debe presionar ligeramente sobre la cabeza para disminuir el efecto del cabello.

b. Peso: La medida ideal del peso corporal de la gestante deberá ser tomado en un plazo máximo de dos meses antes del comienzo de la gestación. De no ser posible, “el peso que se registre en el primer contacto con los establecimientos de salud, dentro del primer trimestre se considera aceptable”, de acuerdo con los criterios presentados por la OMS en 1995 (20).

Por lo tanto, el control del peso es parte importante de la atención prenatal, nos permite identificar oportunamente problemas que perjudiquen la salud de la gestante, el feto y el recién nacido, disminuyendo la morbilidad y mortalidad perinatal. El registro del peso en las atenciones prenatales, deberán quedar graficadas en la ficha de monitoreo. Estudios refieren que, mujeres con peso pre gestacional normal deben ganar entre 11.5 a 16 Kg., mientras que mujeres con bajo peso necesitan ganar más y las gestantes con

sobrepeso menos (27). El instrumento ideal, para la medición es una balanza de plataforma (120 a 150 kg).

La técnica correcta de medición para el peso, deberá ser la siguiente (25):

- Ubique la balanza en una superficie lisa y nivelada.
- Coloque ambas pesas (mayor y menor) en “0” (cero).
- Pedir a la gestante que se quite los zapatos y se quede con ropa liviana, de ser posible sólo con una bata.
- Ubicar a la gestante en el centro de la plataforma de la balanza con los brazos a los lados del cuerpo.
- Mueva la pesa mayor (kg) hasta que la varilla horizontal respectiva no se mueva.

- **Índice de Masa Corporal:** (IMC) Es una medida que asocia el peso y la talla de la persona, creada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, pero fue hasta 1972 cuando Ancel Keys, le designo el nombre literal de “Body Mass Index” que ya se conocía como fórmula de Quetelet (28).

La ecuación del IMC es la siguiente:

$$IMC = \frac{PESO}{TALLA^2}$$

Nos permite establecer rangos de déficit, adecuación y excesos de peso fuertemente asociados a la obesidad. El IMC es un indicador para estimar el estado nutricional, es una forma práctica, sencilla y económica para establecer la malnutrición y el exceso de peso unido a la obesidad, lo que colabora para determinar los riesgos de salud en cada caso antes mencionados.

Según la OMS, “Las tablas de índice de masa corporal son base de datos validadas para calificar la deficiencia de energía crónica, desnutrición; y monitorear los cambios en el estado nutricional influenciado por el estatus socioeconómico, cambios estacionales en la provisión de alimentos y demandas de actividad física” (29).

ESTADO NUTRICIONAL	IMC (Kg/m²)
Bajo peso	< 18.5
Normal	18.5 a 24.9
Sobrepeso	25 a 29.9
Obesidad I	30 a 34.99
Obesidad II	35 a 35.99
Obesidad III	≥ 40

Estado Nutricional IMC según la OMS Valoración del Estado Nutricional.
Jaime Pajuelo Ramírez. 2014.

a. Aumento de peso durante la gestación:

El embarazo es un estado consumidor de energía, por tal motivo el organismo busca compensar los requerimientos, para lograr que el feto, neonato y lactante reciban un aporte continuo y creciente de nutrientes (27).

El peso alcanzado durante la gestación es la suma de: feto, placenta, líquido amniótico, crecimiento de tejidos maternos (útero, mamas), aumento del volumen sanguíneo, fluido extracelular y depósitos grasos maternos.

Existen variaciones entre las gestantes, que son compatibles con su propia salud y la del feto, por lo tanto no es posible unificar a todas las gestantes en una misma ganancia de peso, mucho menos juntar a las gestantes adultas y adolescentes. Se considera que las adolescentes, son biológicamente inmaduras para quedar embarazadas, sus requerimientos nutricionales son la suma de las necesidades necesarias para el embarazo, y las necesarias para su propio crecimiento; una vez completado el crecimiento (aproximadamente 4-5 años de pos menarquia), las necesidades nutricionales de la gestante adolescente serán similares a los de una gestante adulta.

“Las necesidades de hierro de la adolescente durante su crecimiento son altas, debido al crecimiento de su masa muscular y del volumen sanguíneo. De hecho, la recomendación de un suplemento diario de hierro puede ser necesaria tanto para la mujer adulta embarazada como para la adolescente” (31).

- **Complicaciones por alteraciones del peso materno:**

Las gestantes deben mantener su peso dentro del rango normal, los extremos, por encima o por debajo pueden incrementar significativamente las complicaciones dentro de la gestación y en el parto.

Se recomienda que una gestante, que inicie su gestación con IMC se sobrepeso u obesidad, debe ganar la mínima cantidad de peso durante su embarazo que una gestante que inicio dentro de los rangos de mortalidad. Se pueden observar dos situaciones:

a. Ingesta alimenticia insuficiente (Bajo peso de la gestante):

El bajo peso materno está asociado a bajo peso del recién nacido, y complicaciones a corto plazo como hipoglucemia neonatal, policitemia; y a largo plazo a enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2.

David Barker desarrolló la teoría, donde muchas patologías del adulto tienen un origen fetal. El concepto más importante de esta teoría es que “La reducción del crecimiento y desarrollo fetal podrían ser la raíz de patologías presentes en el adulto, el mecanismo propuesto es la “programación fetal”, en síntesis, la restricción del crecimiento fetal está asociada con síndrome de resistencia insulínica” (32).

b. Ingesta alimenticia excesiva (Sobrepeso/obesidad de la gestante):

La obesidad dentro de la gestación, es un factor de riesgo para desarrollar diabetes gestacional, hipertensión preeclampsia y complicaciones en el parto y puerperio.

En el feto, diversos estudios afirman que aumenta el riesgo de malformaciones congénitas (especialmente del tubo neural) y de macrosomía neonatal, siendo esta última una situación que complica el parto.

Los efectos de la obesidad trascienden el embarazo, generando mayor riesgo de obesidad y diabetes infantil hasta en la vida adulta del hijo.

Debido a la epidemia de la obesidad, hay cada vez mayor cantidad de mujeres que se embarazan con exceso de peso (32).

2.2.3. Recién nacidos

A. Definición:

Según la OMS, “Es un niño que tiene menos de 28 días de nacido, estos primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuada durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño” (33).

B. Clasificación del recién nacido según edad gestacional:

- Recién nacido pre término: Producto de la concepción nacido antes de las 37 semanas de gestación (36 semanas o menos).
- Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- Recién nacido pos término: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

C. Evaluación antropométrica nutricional del Recién Nacido:

La evaluación y posteriormente el monitoreo del crecimiento y desarrollo del neonato, se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las cuales son tomadas en el primer contacto con el servicio de salud y en los respectivos controles de CRED de la niño(a) (17).

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal NTS N°106 – MINSA/DGSP – V.01, en los procedimientos específicos luego del nacimiento, indica determinar la edad gestacional aplicando el test de Capurro, seguidamente se realizará la sonometría (peso, talla, perímetro

cefálico y perímetro torácico), así podremos clasificar el peso por edad gestacional del recién nacido (34).

- Pequeño para la edad gestacional: $< P_{10}$
- Adecuado para la edad gestacional: Entre P_{10} y P_{90}
- Grande para la edad gestacional: $> P_{90}$

EG	P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
26	564	821	1155
27	617	957	1364
28	703	1113	1552
29	843	1276	1800
30	1004	1460	1999
31	1161	1642	2196
32	1304	1842	2373
33	1507	2066	2592
34	1772	2322	2901
35	2055	2611	3206
36	2324	2888	3513
37	2529	3090	3690
38	2696	3230	3826
39	2816	3333	3906
40	2816	3430	4003
41	2916	3430	4003
42	2916	3430	4003
43	2916	3430	4003

Pub. CLAP 1261 pág. 83

2.3 Terminología Básica

Gestante adolescente: Aquella mujer cuya edad oscila entre 10 a 19 años, la cual realizo sus atenciones prenatales en el Centro de Salud Valdiviezo, para luego ser derivada al Hospital Cayetano Heredia para dar a luz entre los meses de Enero - Junio del 2016, luego retorna para su control post natal a su centro de salud de origen.

Recién nacido: Es el hijo de la gestante adolescente, que venía siendo controlada en el Centro de Salud Valdiviezo, nace entre los meses de Enero - Junio del 2016 en el Hospital Cayetano Heredia, para luego ser controlado en Crecimiento y desarrollo en su centro de salud de origen.

2.4 Hipótesis

Hi: Existe asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo y el peso de su neonato al momento de nacer del Centro de Salud “Valdiviezo” del Distrito de San Martín de Porres, Enero - Junio del 2016.

Ho: No existe asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo y el peso de su neonato al momento de nacer del Centro de Salud “Valdiviezo” del Distrito de San Martín de Porres, Enero - Junio del 2016.

2.5. Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
<p>Estado nutricional de la gestante:</p> <p>Está determinado por las medidas de peso y talla que presenta la gestante al final de la gestación en su última atención prenatal, consignadas en la historia clínica, los valores son clasificados según el Índice de Quetelet o IMC.</p> <p>Determinando finalmente si tienen IMC normal, sobrepeso o bajo peso.</p>	Cualitativa	<p>Índice de masa corporal de la gestante</p> $IMC = \frac{PESO}{TALLA^2}$		Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso: < 18.5 • Normal: 18.5- 24.99 • Sobrepeso: 25 -29.99 • Obesidad: 30 – 34.99

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
<p>Peso del recién nacido:</p> <p>Es la primera medición del peso corporal inmediatamente sucedido el nacimiento, expresado en gramos, consignado en la tarjeta de crecimiento y desarrollo; para luego ser clasificado en la tabla de percentiles de peso por edad gestacional del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).</p> <p>Determinando si es un recién nacido pequeño para la edad gestacional, adecuado para la edad gestacional o grande para la edad gestacional.</p>	Cualitativa	Primera medición del peso corporal al momento de nacer.		Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Pequeño para la edad gestacional: < P10 • Adecuado para la edad gestacional: Entre P10 y P90 • Grande para la edad gestacional: > P90

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Método de investigación

La presente investigación busca determinar la asociación que existe entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final de la gestación y el peso del neonato al momento de nacer, es una investigación cuantitativa, retrospectiva, descriptiva, correlacional, de corte transversal; basado en Sampieri “Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la correlación y grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de estas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones” (35).

3.2. Población y Muestra

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud “Valdiviezo”, en el distrito de San Martín de Porres, Lima- Perú.

La población fue de 34 gestantes adolescentes con sus respectivos hijos que nacieron entre los meses de enero a junio del 2016, correspondientes

al corte censal del Centro Salud, el cual se realiza cada semestre. Se trabajó con la población total, por lo tanto no fue pertinente calcular la muestra.

Se tomó en cuenta que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Gestante adolescente controlada en el Centro de Salud Valdiviezo.
- Gestante adolescente mayor de 18 años que acepte ser parte del estudio.
- Padre y/o apoderado que autorice a la gestante adolescente menor de 18 años ser parte del estudio.
- Gestante adolescente menor de 18 años que acepte ser parte del estudio.
- Gestante adolescente que no tenga alguna patología de fondo.
- Gestante adolescente que dio a luz dentro de las 37 a 41 semanas de gestación.

Criterios de exclusión:

- Gestante adolescente mayor de 18 años que no acepte ser parte del estudio.
- Padre y/o apoderado que no autorice a la gestante adolescente menor de 18 años ser parte del estudio.
- Gestante adolescente menor de 18 años que no acepte ser parte del estudio.
- Gestante adolescente con embarazo gemelar.
- Gestante adolescente que no pertenezca a la jurisdicción del Centro de Salud Valdiviezo.
- Gestante adolescente que dio a luz fuera de las 37 a 41 semanas de gestación.

3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para evaluar la asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso del neonato, se realizó el llenado de una ficha (Ver anexo 1) dividida en 3 partes: Información general de la gestante adolescente, estado nutricional de la gestante adolescente al final de la gestación y estado nutricional del recién nacido.

Las dos primeras partes se completaron en el Centro de Salud, utilizando las historias clínicas de las gestantes y la última parte en la visita domiciliaria, cuando el neonato nació, solicitando la tarjeta de crecimiento y desarrollo del niño. Previamente se explicó a cada gestante y padres/apoderados los objetivos de la investigación, y procedieron a firmar el asentimiento informado (gestantes adolescentes menores de 18 años) y el consentimiento informado (padres y/o apoderados, gestantes mayores de 18 años).

Para evaluar la variable de estado nutricional de la gestante, se aplicó el instrumento de Índice de masa corporal (IMC) y para el peso del neonato la tabla de percentiles: peso para la edad gestacional del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), dichos instrumentos han sido estandarizados y certificados por el Instituto Nacional de Salud del Perú y vienen siendo utilizados en las instituciones de salud.

La prueba piloto se realizó en el Centro de Salud “Gustavo Lanatta Luján” en San Martín de Porres, con 20 madres adolescentes, con neonatos controlados en el consultorio de CRED entre el séptimo o quinceavo día de nacido.

3.4. Procesamiento de datos y Análisis estadístico

Después de la obtención de datos, se codificaron las preguntas, para luego ingresarlas en la base de datos del programa estadístico SPSS

versión 21; las variables cualitativas se expresan como frecuencia y porcentaje, las cuantitativas con promedios.

Para contestar el objetivo general (gráfico N°1), se aplicó el estadístico de coeficiente paramétrico correlación de Pearson, para la cual se plantean hipótesis estadísticas; la finalidad de esta prueba es si existe una correlación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo evaluado con IMC y el peso corporal alcanzado por el neonato al nacer. Para el primer y segundo objetivo específico (gráfico N° 2 y 3), se trabajara con porcentajes y frecuencias; finalmente, para el tercer objetivo específico (gráfico N° 4), se contrastaran los datos con la prueba no paramétrica de U de Mann White.

Para todas las pruebas de hipótesis se considera un error tipo I de 0.05, las hipótesis de investigación se evalúan al contrastar la hipótesis nula que señala que la correlación entre las variables es igual a cero.

3.5. Aspectos Éticos

Beneficencia: Esta investigación demuestra que existe asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso del recién nacido; enfermería tendrá que generar estrategias para mejorar y monitorizar el estado nutricional de las gestantes adolescentes desde el Programa etapa vida adolescente, como: consejerías nutricionales para educar sobre el valor nutritivo de los alimentos, sesiones demostrativas educando sobre la proporción y combinación de alimentos en el plato de comida, visitas domiciliarias a gestantes adolescentes con riesgo nutricional para verificar practicas alimenticias, previniendo a un recién nacidos con bajo peso.

No Maleficencia: En la entrevista aplicada no se afectó la integridad física, emocional, ni social de las gestantes adolescentes y sus neonatos; los datos obtenidos se mantendrán en confidencialidad.

Autonomía: Para aplicar la ficha se solicitó firmar el consentimiento informado a los padres y/o apoderados y gestantes adolescentes mayores de 18 años; el asentimiento informado todas las gestantes adolescentes menores de 18 años; previamente se explicó los objetivos y beneficios de la investigación de manera clara y concisa, teniendo en cuenta el contexto sociocultural y aclarando que la participación es anónima y voluntaria, respetando su decisión y las opiniones de cada una de ellas.

Justicia: En la recolección de datos y visita domiciliaria, no se hará distinción con ninguna gestante adolescente, participarán de la investigación todas las gestantes del primer semestre del año 2016 del Centro de Salud "Valdiviezo".

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

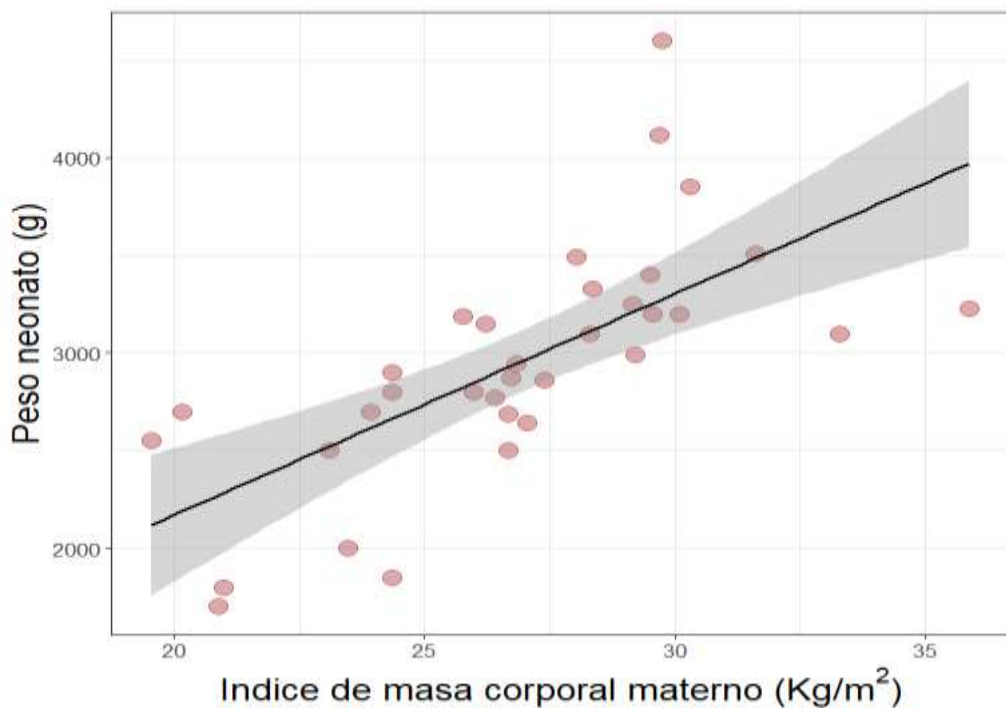
En la presente investigación participaron un total de 34 gestantes adolescentes con su neonatos, sus edades están comprendidas entre los 14 a 19 años con un promedio de edad de 17.7 y una desviación estándar de 1.3 años, la edad más frecuente fue 18 años (47%); seguido de 19 años (26,5%) y entre 14 a 17 años (26,5%) (Ver anexo 5).

De las gestantes adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Valdiviezo; 27 (79,4%) son convivientes, 7 (20,6 %) solteras, no existe ninguna gestante casada (Ver anexo 5).

Respecto a la instrucción, alcanzaron el nivel secundario 32 (94,1%), y 2 (5,9%) gestantes tuvieron estudios primarios. En relación a la procedencia prevaleció el grupo procedente de la costa con 28 (82,3%), seguido de la sierra 4 (11,8%) y en menor frecuencia la selva con 2 (5,9%). Según la cobertura de seguro social 31 (91,2%) de las gestantes tenían SIS, y recibían atención privada sólo 1 (2,9%). De acuerdo a la ocupación de las gestantes adolescentes el grupo de amas de casa fue 32 (94,1%) y estudiaban o realizan otra actividad solo 2 (5,9%) gestantes (Ver anexo 3).

GRÁFICO 1

DIAGRAMA DISPERSIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UNIDADES IMC DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y EL PESO DEL NEONATO AL MOMENTO DE NACER AMBOS CONTROLADOS EN EL CENTRO DE SALUD “VALDIVIEZO” DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES. ENERO - JUNIO DEL 2016.

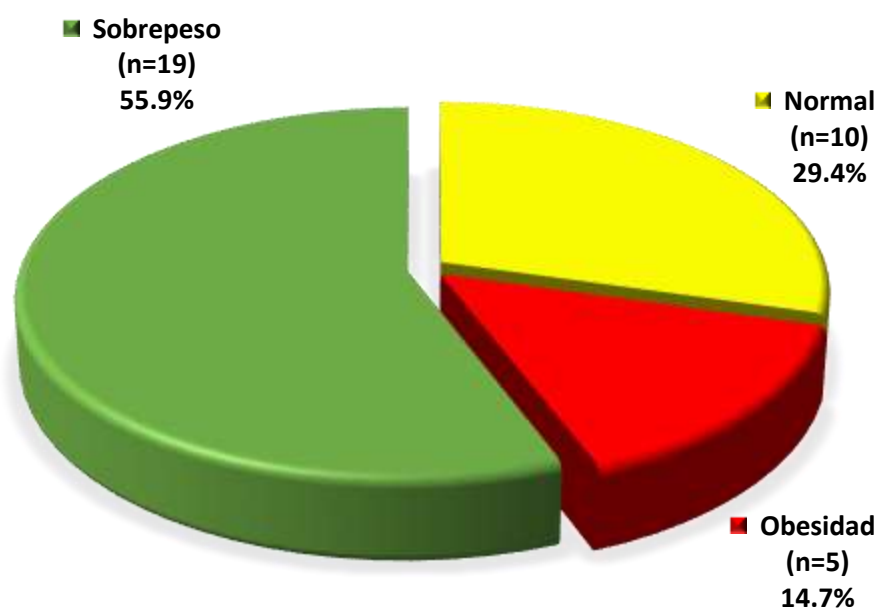


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 1, en el diagrama de dispersión encontramos una nube de puntos alargada y ascendente, lo cual indica que la correlación entre las dos variables, es perfecta positiva, es decir, en la medida que aumenta el IMC de la gestante, aumenta el peso del neonato.

GRÁFICO 2

ESTADO NUTRICIONAL EN UNIDADES IMC DE LA GESTANTE ADOLESCENTE ALCANZADO AL FINAL DEL EMBARAZO, CONTROLADA EN EL CENTRO DE SALUD “VALDIVIEZO” DEL DISTRITO SAN MARTÍN DE PORRES, ENERO - JUNIO DEL 2016.

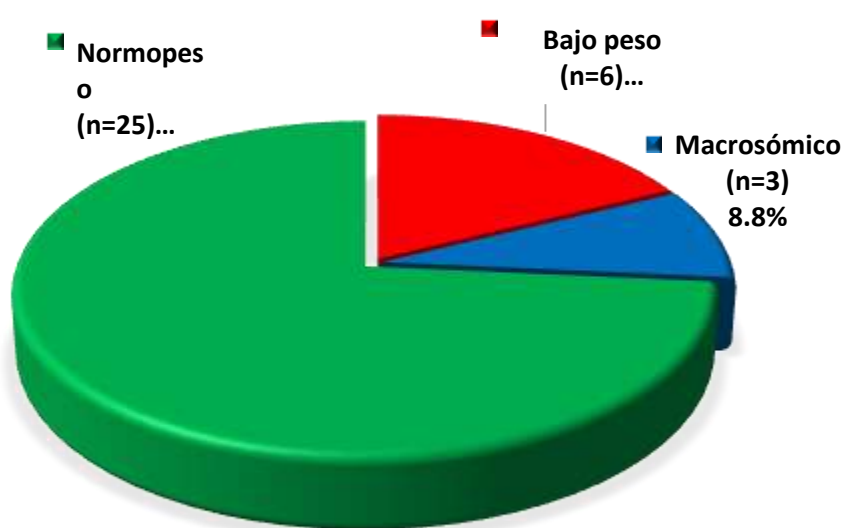


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 2, en cuanto al estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo controlada en el centro de salud “Valdiviezo”, se evidencia que 19 (55,9%) tiene sobrepeso, 10 (29,4%) tiene un nivel de IMC normal, y 5 (14,7%) son obesas.

GRÁFICO 3

CLASIFICACION SEGÚN PESO POR EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTE ADOLESCENTE CONTROLADA EN EL CENTRO DE SALUD “VALDIVIEZO” DEL DISTRITO SAN MARTÍN DE PORRES NACIDO ENTRE ENERO - JUNIO DEL 2016.



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 3 referido al peso por la edad gestacional del recién nacido entre los meses Enero – Junio del 2016, de la gestante adolescente controlada en el centro de salud “Valdiviezo” se tiene que 25 (73,5%) fueron adecuados para la edad gestacional, 6 (17,6%) pequeños para la edad gestacional y 3 (8,8%) grandes para la edad gestacional.

GRÁFICO 4

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN IMC DE LA GESTANTE ADOLESCENTE AL FINAL DEL EMBARAZO Y LA CLASIFICACIÓN DEL PESO CORPORAL DE SU NEONATO AL MOMENTO DE NACER AMBOS CONTROLADOS EN EL CENTRO DE SALUD “VALDIVIEZO” DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES, ENERO - JUNIO DEL 2016

	IMC Materno			
	Normal		Sobrepeso / Obeso	
	n	%	n	%
Pequeño adecuado para la edad gestacional	5	50,0	1	4,2
Adecuado para la edad gestacional	5	50,0	20	83,3
Grande para la edad gestacional	0	0,0	3	12,5
Total	10	100,0	24	100,0

Elaboración propia

U de Mann White $p = 0,016$

El gráfico 4 muestra la relación entre el diagnóstico nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo y la clasificación del peso corporal del neonato al momento de nacer, de las 34 (100%) gestantes sujeto de estudio al final de la gestación, 10 (29.4%) alcanzaron un IMC normal las cuales dieron a luz a 5 (14.7%) recién nacidos adecuados para la edad gestacional y 5 (14.7%) pequeños para la edad gestacional; de las 24 (70.6%) gestantes restantes presentaron sobre peso/obesidad, sus neonatos se clasificaron por su peso en 20 (58.9%) con adecuado para la edad gestacional, 3 (8.8%) grandes para la edad gestacional y 1 (2.9%) pequeño para la edad gestacional.

4.2. Discusión

Esta investigación es la primera que se realiza en el Centro de Salud “Valdiviezo”, ubicada en el distrito de San Martín de Porres, los resultados son válidos sólo para esta población. La limitante que se encontró al momento de realizar la discusión, fue que gran parte de estudios no se enfocan en las gestantes adolescentes, pero sirvieron para establecer la metodología y la elección del instrumento.

Con la presente investigación “Asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso del recién nacido”, teniendo en cuenta el objetivo general se determinó que existe una correlación lineal y positiva, es decir, el peso del recién nacido es proporcional al estado nutricional de la gestante adolescente. Estadísticamente se demostró estimando el coeficiente de correlación de Pearson, el cual tuvo un valor de 0,679 y un valor p menor de 0,001; que rechaza estadísticamente la hipótesis nula. (Ver anexo 6).

Por lo antes expuesto, es necesario que las gestantes adolescentes acudan a las consultas prenatales, para controlar su salud y la del feto. Por los hallazgos presentados, es fundamental orientar sobre una dieta saludable y monitorizar el aumento de peso durante el embarazo, de lo contrario puede existir retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) e incremento de la mortalidad perinatal.

Este resultado concuerda con los reportados por Zurita Mejía (Ecuador - 2015) en su investigación “Estado Nutricional Materno como factor de riesgo de bajo peso al nacer en hijos/as de Madres Adolescentes” (12), donde afirma que existe una asociación entre el IMC de la madre y el peso al nacer del neonato. Pero discrepa con lo hallado por Yunes (México - 2011) en el estudio “Efecto del estado nutricional de la madre sobre el neonato” (16), donde no encontró correlación alguna con las variables antes mencionadas.

Esto podría deberse que la presente investigación y la de Zurita utilizan para la evaluación del peso del neonato las tablas estandarizadas de peso/edad gestacional del recién nacido, mientras que en el estudio de Yunes se utiliza el índice ponderal del neonato ($\text{peso} \times 100/\text{talla}^3$).

En cuanto al estado nutricional de la gestante adolescente alcanzado al final del embarazo, el presente trabajo encontró que la mayoría de gestantes adolescentes tenía un IMC de sobrepeso (55,9%); normal un 29,4%, obesidad un 14.7% y ninguna con bajo peso.

Estos resultados no se pueden comparar, porque estudios previos en gestantes adolescentes no presentan resultados del IMC alcanzado al final de la gestación, sólo presentan resultados de IMC pre gestacional.

Evaluar el IMC al término de la gestación, en mujeres (adolescentes y mujeres maduras), es de suma importancia, porque las gestantes con sobrepeso u obesas presentan un aumento significativo de complicación durante el embarazo y al momento del parto. Los desenlaces que la obesidad puede causar en la salud de la gestante son muchas: aborto espontáneo, nacimiento sin vida del bebé, hipertensión y preeclampsia, diabetes gestacional, necesidad de cesárea. Estudios han demostrado que las gestantes obesas pueden transmitir a sus bebés sobrepeso hasta en la niñez, defectos en el cerebro o en la médula espinal, distrofia de hombros por ser un bebé muy grande al momento del parto” (36).

Por todo lo anterior, se puede indicar que los resultados son la suma de una adecuada ingesta de alimentos, suplementación de vitaminas y hierro, la educación de la gestante y su pareja, el medio ambiente y la familia de la gestante adolescente. Para mejorar las probabilidades de tener un embarazo y un neonato sano, se permite recomendar que la atención prenatal en adolescentes debe iniciarse tan pronto como exista una posibilidad razonable de embarazo y en mujeres adultas debería existir un chequeo pre concepcional, a más tardar unos tres meses antes de quedar embarazada; para corregir cualquier disfunción e iniciar un

plan para disminuir el riesgo de complicación en el binomio madre-niño (37).

Cuando se clasificó según peso por edad gestacional al recién nacido, los resultados que se obtuvieron en esta investigación fueron los siguientes: 25 (73,5%) neonatos fueron adecuados para su edad gestacional, 6 (17,6%) pequeños para su edad gestacional y 3 (8,8%) grandes para su edad gestacional. De igual manera en el estudio presentado por Apaza (18) existió 74 (89.2%) neonatos adecuados para su edad gestacional, 9 (10.8%) neonatos grandes para su edad gestacional, no existiendo ninguno de bajo peso para la edad gestacional, en los estudios se puede visualizar que existe una prevalencia alta de neonatos con peso adecuado, pero aún no se logra completar el 100%.

Se sabe que el bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) es una de las causas más importantes de la mortalidad infantil y perinatal, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informó en el 2013 que el 92% de los niños nacen con el peso adecuado, el 7% de las niñas y/o niños nació con bajo peso al nacer (8).

Sin embargo, estos resultados discrepan, del estudio previo realizado por Rojas (Loreto – 2015), en “Estado Nutricional Materno y su Asociación con la Medidas Antropométricas de Neonatos” (20), donde evidenció que el mayor número de neonatos es pequeño para su edad gestacional 54 (67,5%), adecuados para su edad gestacional 25 (31,63%) y sólo 1 (1,2%) grande para su edad gestacional.

Del año 2000 al 2011 existe un ligero incremento de 0,6 puntos porcentuales en la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, siendo este incremento aún mucho mayor en el caso del área rural (1,8%). El promedio nacional de la mortalidad neonatal es de 12 por cada mil nacidos, el promedio de las regiones amazónicas es de 15.4 por cada mil (39).

Los casos de recién nacidos con bajo peso al nacer están asociados a los siguientes factores prevenibles: hipertensión durante el embarazo, edad materna extrema en la gestación (se puede apreciar que ha sido aún mucho mayor en las menores de 20 años, los porcentajes más altos de adolescentes madres o embarazadas se presentan en las regiones amazónicas: Amazonas (30,5%), Ucayali (27,3%)) parto pre término, anemia durante la gestación, delgadez extrema durante la gestación, entre otros (39). Estos resultados son alarmantes considerando que son factores corregibles; sabemos geográficamente que las comunidades amazónicas son las más apartadas del Perú, el acceso a ellas es por vía fluvial o aérea. Por tal motivo, el estado debe invertir para acercar los servicios de salud, abastecer de materiales y medicamentos, profesionales altamente calificados; esto último, suele ser complejo porque existe el desinterés de algunos profesionales de salud por ir a trabajar a estas regiones. Para los pobladores también significa una barrera, deberán invertir más tiempo y más dinero para acceder a los servicios y a los productos que requiere para vivir.

Luego de haber obtenido los valores de las variables por separado ahora es momento de relacionar el diagnóstico nutricional en IMC de la gestante adolescente al final del embarazo y la clasificación del peso corporal de su neonato al momento de nacer, la mayoría de gestantes adolescentes 70.6% tienen un IMC de sobrepeso/obesidad, de las cuales un 58.9% dieron a luz a un recién nacido adecuado para su edad gestacional, 8.8% un recién nacido grande para su edad gestacional y 2.9% un recién nacido pequeño para su edad gestacional.

De los resultados encontrados en la presente investigación, se determina que la mayoría de recién nacidos (58.8%) son adecuados para su edad gestacional y provienen de gestantes con sobrepeso, sin embargo también existe un 2.9% de neonatos pequeños para su edad gestacional. Esto puede deberse a que cuando se habla de peso, se hace referencia a la suma del porcentaje de grasa corporal y la masa corporal libre de grasa; si se fomenta una mayor ganancia de peso

incrementando la masa corporal libre de grasa en la gestante sobre todo al final del embarazo, se obtendrá un neonato con un peso adecuado para la edad gestacional, de lo contrario ocurrirá cuando se produzca un incremento del porcentaje de grasa corporal resultando que gestantes con sobrepeso u obesas tengan productos de bajo peso.

Se concluye que la ganancia de peso durante la gestación es importante, pero no es una excusa para la alimentación incontrolada, se debe desechar, el viejo dicho de que la gestante “tiene que comer por dos”.

Por otro lado se tiene que sólo el 29.7% gestantes adolescentes tienen IMC normal, 14.8% dieron a luz un recién nacido adecuado para su edad gestacional, 14.8% pequeño para su edad gestacional, y ninguna tuvo un recién nacido grande para su edad gestacional.

Se infiere que el peso final del producto no solo está determinado por el peso adquirido por la gestante adolescente, si no también existen otros factores tales como la edad; en este estudio el 5.9% (2) de gestantes adolescentes tuvieron 14 años y el resto entre 16 y 19 años, esta población aún no ha alcanzado su madurez reproductiva.

Otro factor sería que el 94.1% son amas de casa, que dependen económicamente de sus parejas que por lo general también son adolescentes, y no cuentan con la economía suficiente para cubrir los requerimientos alimenticios que demanda la gestante. Las necesidades nutricionales aumentan en la adolescente embarazada ya que tienen que proveer la energía y los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de sí misma y las necesidades adicionales del embarazo, creando una competencia entre la gestante y el feto, que suele resultar en nacimientos prematuros, neonatos de bajo peso entre otros.

También estaría influenciando que en el Centro de Salud Valdiviezo no cuenta con el Programa Etapa de Vida Adolescente, en el cual enfermería podría realizar acciones para prevenir los embarazos

adolescentes, captar oportunamente a las gestantes adolescentes para así orientarlas sobre la importancia de la atención pre natal.

La presente investigación, plantea que los factores de riesgos maternos, que se encuentran relacionados con el peso del neonato, son muy diversos y modificables, se debe tener especial cuidado con la alimentación, por lo general suele carecer de cantidades suficientes de hierro, calcio y ácido fólico, que son muy importantes en el desarrollo de músculos, huesos y en la salud reproductiva, así mismo en vitaminas A, D, B y Zinc.

Por lo expuesto, se plantea una atención integral para la gestante adolescente, donde participen el equipo multidisciplinario, donde la vigilancia nutricional sea prioridad y permita monitorizar el estado nutricional (IMC), de acuerdo al índice de crecimiento y etapa de maduración de la gestante adolescente, con el objetivo principal de lograr a largo plazo que el feto, el neonato y el lactante reciban un aporte continuo y creciente de nutrientes

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Existe una correlación lineal y positiva entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo evaluado con IMC y el peso corporal alcanzado por el neonato al nacer. (Coeficiente de correlación de Pearson = 0,679 y valor $p < 0,001$; Diagrama de dispersión: Correlación lineal positiva perfecta)
- Según el nivel nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo, la prevalencia es de gestantes con IMC sobrepeso (55.9%), IMC normal (29.4%) y por último obesas (14.7%).
- Teniendo en cuenta la clasificación peso por edad gestacional en el recién nacido de la gestante adolescente existe mayor porcentaje (73.5%) de neonatos adecuados, 17.6% pequeños y sólo un 8.8% grandes para su edad gestacional.
- Cuando se relaciona el diagnóstico nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo con la clasificación del peso corporal alcanzado por el neonato al momento de nacer se evidencio que: las

gestantes adolescentes con un IMC de sobrepeso/obesidad (70.6%); dieron a luz a un recién nacido adecuado para su edad gestacional (58.9%), un recién nacido grande para su edad gestacional (8.8%) y un recién nacido pequeño para su edad gestacional (2.9%); las gestantes adolescentes con IMC normal (29.4%); dieron a luz un recién nacido adecuado para su edad gestacional (14.7%) y de la misma manera un recién nacido pequeño para su edad gestacional (14.7%) .

5.2. Recomendaciones

- La gran mayoría de los estudios no se enfocan en gestantes y madres adolescentes; se permite recomendar que investigaciones futuras deberían estudiar los riesgos y complicaciones de este grupo de adolescentes.
- Tomando en cuenta que la muestra de esta investigación, sólo perteneció a un Establecimiento de Salud, se propone realizar estudios a nivel de Microred y/o Red del MINSA.
- El MINSA debería realizar una supervisión a nivel de Redes, donde se verifique la apertura y atención del Programa etapa de vida adolescente, donde la enfermera realice promoción sobre educación sexual, prevención de embarazos adolescentes y atención prenatal oportuna en gestantes adolescentes.
- Las directrices deberían fomentar no sólo el aumento de peso en la gestante, si no deberían fomentar un estilo de vida en la gestación: fomentar el incrementando de la masa corporal libre de grasa, suplementos de ácido fólico, actividad física, buena hidratación; para disminuir la prevalencia de gestantes adolescentes con sobre peso y sus complicaciones.

- El personal de salud debería fomentar la atención prenatal, desde el inicio hasta el final de la gestación, para poder controlar la salud y orientar sobre una dieta saludable de la gestante adolescente y la del feto, así prevenir retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) e incremento de la mortalidad perinatal.
- El personal de enfermería, debería dar charlas educativas a las gestantes adolescentes, sobre los riesgos y/o las complicaciones en el feto, neonato y lactante, como consecuencia de no recibir el adecuado aporte de nutrientes; sesiones demostrativas educando sobre la proporción, combinación de alimentos y valor nutritivo de los alimentos que las gestantes necesitan en esta etapa de vida; visitas domiciliarias a gestantes con riesgo nutricional para verificar practicas alimenticias,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet] 2017 [Consultado: 13 de enero 2017]; Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es
2. Nava C. La maternidad en la adolescencia. Eumed. [Internet]. Noviembre, 2009. [Consultado: 13 de enero 2017]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccsc/06/cmnf.htm>
3. Caraballo A. Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias. GuiaInfantil.com [Internet]. Diciembre, 2016 [consultado: 13 de enero del 2017]; España. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>
4. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364 [Internet] 2014. [actualización: Septiembre de 2014; consulta: 5 de Marzo del 2017]; Ginebra, Suiza. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
5. Carballo L. Estado nutricional y complicaciones inmediatas en neonatos de madres adolescentes. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría [Internet]. Junio, 2008 [consultado: 5 de marzo del 2016]; 71(2) pág. 34-41: Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=367935542002>
6. Bolzan A, Guimarey L, Norry M. Relación entre el estado Nutricional de embarazadas adolescentes y el crecimiento fetal. Medicina [Internet]. 1999 [consultado: 5 de marzo del 2016]; 59(3) pp. 254 - 258: Buenos Aires. Disponible en: http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol59-99/3/v59_n3_254_258.pdf

7. Unicef. Estado de la Niñez en el Perú. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia [Internet] 2016. [consultado: 5 de marzo del 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/3._Primera_Infancia.pdf
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez. Nota de Prensa N° 183 [Internet]. Octubre, 2015 [consulta: 5 de marzo del 2016]; Lima – Perú. Disponible: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Infancia y derechos del niño. Foro “Inversión en Niñas Adolescentes menores de 15 años”; 15 de Julio del 2016; Lima – Perú. [consultado: 5 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://onu.org.pe/noticias/en-el-peru-cada-dia-al-menos-4-menores-de-15-anos-se-convierten-en-madres/>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Una mirada a Lima Metropolitana [Internet]. Lima – Perú: INEI, Septiembre 2014. [consultado: 11 de setiembre del 2017]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digita/es/Est/Lib1168/libro.pdf
11. Consejo de Coordinación Local Distrital. Municipalidad de San Martín de Porres. Plan de desarrollo concertado del Distrito de San Martín de Porres al 2021 [Internet]. Marzo, 2012 [consultado: 17 de julio del 2017] Lima – Perú. Disponible en: http://www.imp.gob.pe/images/IMP%20-%20PLANES%20DE%20DESARROLLO%20MUNICIPAL/san_martin_de_porres_plan_de_desarrollo_concertado_al_2021.pdf

12. Zurita M. Estado Nutricional Materno como factor de Riesgo de bajo peso al nacer en hijos/as de Madre adolescentes del Cantón Quero años 2012 al 2014 [Tesis para optar el título de Magister en salud sexual y reproductiva]. Quito – Ecuador. Universidad Central del Ecuador, Facultad de ciencias médicas; 2015.
13. Restrepo S, Zapata N, Parra B, Escudero L, Atalah E. Embarazo Adolescente: Características Maternas y su Asociación con el Peso al Nacer del Neonato. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2014; 64(2): Medellín – Colombia.
14. Restrepo Mesa S, Parra B, Arias J, Giraldo C, Ceballos N, Zapata N, et al. Estado nutricional materno y su relación con el peso al nacer del neonato. Perspectivas en Nutrición Humana. 2012; 14 (2): Medellín – Colombia.
15. Ramírez M. Estado Nutricional Materno y sus efectos sobre el Recién Nacido, en las usuarias que acuden al servicio de Gineco obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo enero a junio de 2011 [Tesis de grado para la optar el Título de Medicina General] Loja – Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2012.
16. Yunes J, Barrios A, Ávila R, Duartes A. Efecto del estado nutricional de la madre sobre el neonato. Pediatría en México [Internet]. Setiembre, 2011. [consulta: 15 de enero 2017]; 13(3): Tamaulipas – México. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2011/pm113d.pdf>.
17. Mori G. Estado Nutricional de las Gestantes y Peso del Recién Nacido en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias periodo 2015 – 2016 [Tesis para optar el título de Licenciada en Bromatología y Nutrición Humana] Iquitos – Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de Industrias Alimentarias; 2017.

18. Apaza A. Relación de la ganancia ponderal y anemia en puérperas adolescentes con el estado nutricional del recién nacido en el Hospital San Juan de Lurigancho [Tesis para optar en título de Licenciado en Nutrición] Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2014.
19. Alarcón R, Gutiérrez R, Cuadra M, Alarcón J, Chávez T, Alarcón Ch, Chávez T. Relación del Peso del recién nacido con edad gestacional y antropometría materna en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. SCIENDO [Internet]. 2014 [Consultado: 15 de Enero del 2017]; 17(1): pp. 8 - 18: Trujillo – Perú. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/viewFile/1013/948>
20. Rojas A. Estado nutricional materno y su asociación con las medidas antropométricas de neonatos atendidos en Gineco obstetricia del Hospital Regional de Loreto - Punchana 2015 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Bromatología y Nutrición Humana] Iquitos – Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de Industrias Alimentarias; 2015.
21. Canavesio M, Ludueña P, Obregón P. Razones por las que las adolescentes seembrazan. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Córdoba – Argentina: Universidad Nacional de Córdoba, Escuela de Enfermería; 2013. [consulta: 15 de enero 2017]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/canavesio_maria.pdf
22. Salazar B, Álvarez E, Maestre L, León D, Pérez O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. MEDISAN [Internet]. 2006 [consulta: 15 de enero 2017]; 10(3): Cuba. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306.htm

23. Issler J. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. [Internet]. Agosto, 2001 [consultado: 15 de enero 2017]; 107 pp. 11 – 23: Argentina. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
24. Universidad del País Vasco. Elika: Estado Nutricional. [Internet]. España, [actualizada: 12 Marzo del 2014; consultado: 5 de Marzo 2017]. Disponible en: http://wiki.elika.eus/index.php?title=Estado_nutricional
25. Contreras M, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Norma técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante (Propuesta) [Internet]. Lima, 2005; [consultado 16 marzo 2017]. Disponible en: <http://docplayer.es/14709129-Norma-tecnica-para-la-valoracion-nutricional-antropometrica-de-la-gestante-propuesta-coordinacion-lic-mariela-contreras-mcorojas-yahoo.html>
26. Guzmán V, García P, Liu H. Talla materna baja como factor de riesgo de cesárea. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. Abril, 2001 [consultado: 10 septiembre 2017]; 47(2): Trujillo – Perú. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_47N2/talla_mater.htm
27. Sánchez K. Peso materno y macrosomía neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Enero – setiembre 2015 [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia] Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2016.

28. Puche C. El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. Medicina [Internet]. Agosto, 2005. [consultado: 5 de octubre 2017]; 65(4): pp. 361 - 365: Buenos Aires – Argentina. Disponible: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000400016&lng=es.
29. Narváez G, Narváez X. Índice de Masa Corporal (IMC) Nueva Visión y Perspectivas. In: Editor(es). Federación Argentina de Cardiología. 2do. Congreso Virtual de Cardiología; 30 de Noviembre del 2001; Argentina [Internet]. [consultado: 5 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/scvc/llave/PDF/narvaeze.PDF>
30. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Referencia Fuente para evaluación de indicadores. [Diapositiva]. Lima: Instituto Nacional de Salud; Mayo 2008. 17 diapositivas. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/even_vigil_cenan/Referencia%20Fuente%20Evaluacion%20SIEN.pdf
31. Calisaya D, Condori A. Influencia del embarazo de la Adolescencia en la deserción escolar. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 09 de julio del 2013 [Internet] [consultado: 5 de octubre 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/deymes8/trabajo-final-de-informatica-24066944>
32. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina. Guía temática para la asignatura Orientación en Nutrición. [Internet]. 2015 [consultado: 5 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/nutricion/guia.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud. Lactante, recién nacido [Internet] 2017. [consultado: 13 de diciembre 2016]; Ginebra, Suiza. Disponible en : http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/

34. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. R.M.N° 828 – 2013/MINSA. [Internet]; 2015 [consultado: 5 de junio 2016]; Lima – Perú. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>

35. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. [Internet] 6ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014. [Consultado: 09 de Junio 2017]; Disponible en: http://metabase.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2792/510_06_color.pdf?sequence=1

36. Vázquez A. Embarazos de riesgo por peso inadecuado. Hacer Familia. [Internet]. 2017 [consulta: 02 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.hacerfamilia.com/embarazo/noticia-obesidad-delgadez-extrema-provocan-embarazos-riesgo-20120418044942.html>.

37. Martin P. Unicef Perú. Construyendo un mundo de oportunidades para los niños de la Amazonía. [Internet]. 2014 [consulta: 5 de octubre 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/Construyendo_mundo_de_oportunidades_para_ninos_Amazonia.pdf

38. Ascate G. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de la Salud Materno Neonatal y de la Niñez en el Perú con enfoque de Curso de Vida. [Internet]. Abril, 2013; [consulta 5 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/AIEP/PerfilNeonatal.pdf?ua=1>.

ANEXO

ANEXO 1

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**FICHA SOBRE ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE AL FINAL DE LA GESTACIÓN Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDOS EN EL CENTRO DE SALUD “VALDIVIEZO” EN EL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES
ENERO - JUNIO 2016**

I. INFORMACIÓN GENERAL:

1. Nombre de la gestante: _____
2. Dirección de la Vivienda: _____
3. Edad: _____
4. Celular: _____
5. Estado Civil:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
 - d) Divorciada
 - e) Otros
6. Grado de Instrucción:
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Técnico
 - d) Universitario

II. ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE ADOLESCENTE AL FINAL DE LA GESTACIÓN:

1. Número de historia clínica: _____
2. Semana de gestación del parto: _____
3. Peso en su última Atención Pre Natal: _____
4. Talla en su última Atención Pre Natal: _____
5. IMC en su última Atención Pre Natal: _____
6. Diagnóstico nutricional según IMC: _____

III. **ESTADO NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO:**

7. Número de historia clínica: _____

8. Peso al Nacer: _____

9. Clasificación según tabla CLAP para neonato: (marcar con una "X")

Pequeño para la edad gestacional: _____

Adecuado para la edad gestacional: _____

Grande para la edad gestacional: _____

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Padres de Familia y/o Apoderado)

Yo.....
, identificado (a) con D.N.I. autorizo a las egresadas de Enfermería: Aquino Tolentino, Yolanda y Carretero Gozzing, Leticia de la Universidad Norbert Wiener; puedan realizar las preguntas contenidas en la ficha sobre el tema a estudiar: “Asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso del neonato en el Centro de Salud “Valdiviezo” del distrito de San Martín de Porres Enero – Junio 2016”, a mi menor hija.....
, identificada con D.N.I.quién decide voluntariamente participar en el estudio, así mismo afirmo haber sido informado(a)s de los objetivos del estudio y haber comprendido la importancia del tema.

Firma del Padre de Familia y/o Apoderado

DNI N°:

Egresada: Aquino T. Yolanda

DNI N°: 46812612

Egresada: Carretero G. Leticia

DNI N°: 45747179

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Gestantes mayores de 18 años)

Yo.....
, identificada con D.N.I. autorizo a las egresadas de Enfermería: Aquino Tolentino, Yolanda y Carretero Gozzing, Leticia de la Universidad Norbert Wiener; me puedan realizar las preguntas contenidas en la ficha sobre el tema a estudiar: “Asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso de su neonato en el Centro de Salud “Valdiviezo” del distrito de San Martín de Porres Enero – Junio 2016”. Decido voluntariamente participar en el estudio, previamente he sido informada de los objetivos de la investigación, he comprendido la importancia y puedo desistir en cualquier momento.

Firma de la Participante

DNI N°:

Egresada: Aquino T. Yolanda
DNI N°: 46812612

Egresada: Carretero G. Leticia
DNI N°: 45747179

ANEXO 4

ASENTIMIENTO INFORMADO (Gestante adolescente menor de 18 años)

Nuestros nombres son Aquino Tolentino, Yolanda y Carretero Gozzing, Leticia; somos enfermeras de la Universidad Norbert Wiener y estamos investigando sobre la “Asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso de su neonato en el Centro de Salud “Valdiviezo” del distrito de San Martín de Porres Enero – Junio 2016.”

Queremos que los recién nacidos de gestantes adolescentes de tu edad (entre 10 a 19 años), nazcan saludables ayudándolos con un peso adecuado y esta investigación nos ayudará a saber cómo podemos realizarlo.

Te informaremos y luego te invitaremos para que seas parte de esta investigación. Puedes elegir si participar o no, hemos conversado sobre esta investigación con tus padres/apoderado, si deseas participar ellos también tienen que aceptarlo, pero si no deseas no tienen que hacerlo. Puedes preguntar o indagar para tomar una mejor decisión con cualquier otra persona que tengas confianza. Si en algún momento no entiendas algo, puedes preguntarnos y te explicaremos hasta que las cosas te queden claras y no tengas dudas.

Nombre Completo de la Participante

DNI N°:

Egresada: Aquino T. Yolanda

DNI N°: 46812612

Egresada: Carretero G. Leticia

DNI N°: 45747179

ANEXO 5

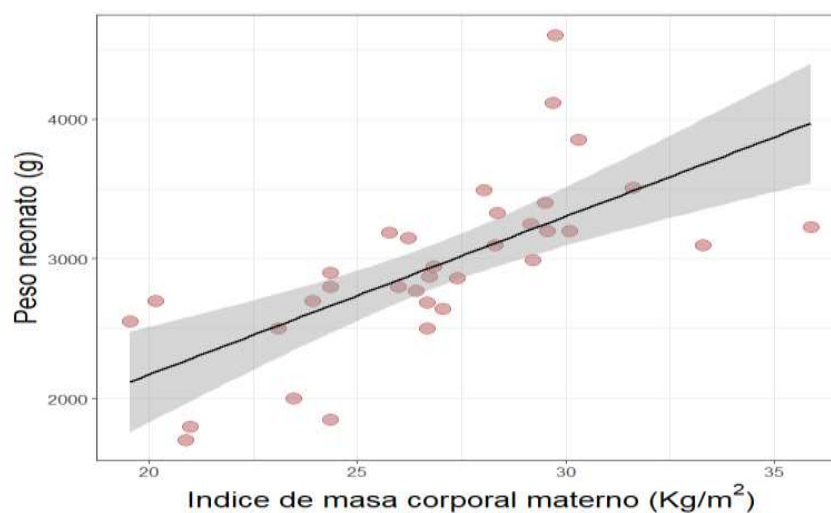
Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes. (n=34)

	n	%
Edad		
14	2	5,9
16	4	11,8
17	3	8,8
18	16	47
19	9	26,5
Estado Civil		
Conviviente	27	79,4
Soltera	7	20,6
Grado Instrucción		
Primaria	2	5,9
Secundaria	32	94,1
Región		
Costa	28	82,3
Sierra	4	11,8
Selva	2	5,9
Seguro		
ESSALUD	2	5,9
Privada	1	2,9
SIS	31	91,2
Ocupación		
Ama de casa	32	94,1
Estudiante	1	2,9
Mesera	1	2,9

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6

DIAGRAMA DISPERSIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UNIDADES IMC DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y EL PESO DEL NEONATO AL MOMENTO DE NACER AMBOS CONTROLADOS EN EL CENTRO DE SALUD “VALDIVIEZO” DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES. ENERO - JUNIO DEL 2016



Fuente: Elaboración propia

Para responder el objetivo general se plantea las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 : No existe correlación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo evaluado con IMC y el peso corporal alcanzado por el neonato al nacer.

H_1 : Existe correlación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo evaluado con IMC y el peso corporal alcanzado por el neonato al nacer.

Se estimó el coeficiente de correlación de Pearson, el cual tuvo un valor de 0,679 y un valor p menor de 0,001; por lo tanto, hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula; es decir existe una correlación lineal y positiva entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo evaluado con IMC y el peso corporal alcanzado por el neonato al nacer.