



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



MAESTRA EN EPIDEMIOLOGÍA 2011-2013

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN EPIDEMIOLOGÍA

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO, MUNICIPIO TEGUCIGALPA, HONDURAS, DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013”

Autora:

Orestila María Díaz Ordóñez MD

Tutora:

Alice Pineda Whitaker

MSc Epidemiología

MSc Desarrollo Rural Ecosostenible

OCOTAL, NICARAGUA, JULIO 2013

INDICE

INDICE	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVOS.....	8
VI. MARCO TEÓRICO.....	9
VII. HIPÓTESIS	29
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	30
IX. RESULTADOS.....	33
X. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	42
XI. CONCLUSIONES.....	46
XII. RECOMENDACIONES	47
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS	52
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	53
ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	62
ANEXO 4: TABLAS DE RESULTADOS.....	63
ANEXO 5: RESULTADO ANÁLISIS BIVARIADO	75
ANEXO 6: GRAFICOS DE LOS RESULTADOS	80

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso y su Santísima Madre por concederme la sabiduría, salud e inteligencia para lograr culminar con éxito ésta etapa de mi vida y bendecirme permitiendo superar todos los obstáculos presentados en la realización de éste proceso.

A mi esposo amado Carlos Cruz Medina por su amor incondicional, comprensión y paciencia ya que sin su ayuda y apoyo no hubiese sido posible el lograr alcanzar esta meta.

A mis hijos Valeria y Carlos Santiago mi mayor motivo de inspiración y mi orgullo más grande, por la paciencia y comprensión en estos dos años dedicada a ésta difícil tarea.

A mi Padre Arístides Díaz Arrivillaga (Q.D.D.G.) a mi Madre Marlene Ordóñez Lafitte porque a ellos debo lo que soy, por darme esa seguridad personal, por enseñarme a luchar y querer ser cada día mejor y por ser el ejemplo de superación más grande en mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso por darme salud y fortaleza en todo este proceso.

A mi hija Valeria por apoyarme ayudándome en la realización del informe final de tesis por sus brillantes ideas y su permanente colaboración.

A mi hermana Alina por apoyarme desde el inicio hasta el final, por estimularme a no desmayar, aconsejándome para culminar con energía este proyecto.

A mi hermano Arístides por su disposición y apoyo en proveerme de toda la información y el material necesario para fundamentar adecuadamente el contenido del trabajo final de tesis.

A mis demás hermanos Pedro, Marlene y Juan Carlos por su ayuda, porque de ellos también es éste éxito, siendo parte fundamental en mi formación como profesional.

A mi tutora MSc. Alice Pineda por ser mi guía, y por todas sus acertadas sugerencias, por los consejos brindados y la disposición de atender a mis dudas en el momento adecuado.

A mi maestro el Doctor Francisco Javier Toledo por atender a mis interrogantes siempre con la mejor disposición y deseo de ayudarme y a todos los maestros del CIES por compartir sus conocimientos y capacidades para que yo sea una mejor profesional de la salud.

Al CIES–UNAN Managua, por la oportunidad que me brindó ya que sin la ayuda de ellos no hubiese sido posible coronar esta meta propuesta.

A mi gran amiga Tania López Salgado por apoyarme siempre, y en este momento en el levantamiento de las encuestas.

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico de tipo Casos y Controles en el Centro de Salud Alonso Suazo de la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras.

Objetivo: Analizar los Factores Asociados al Bajo Peso al Nacer en Hijos de Madres Adolescentes que asisten al Centro de Salud Luis Alonso Suazo en Tegucigalpa Honduras Enero-Mayo 2013.

Muestra: 108 madres adolescentes seleccionadas al azar entrevistando el total de madres que asistieron al centro de salud de Enero a Mayo del año 2013 obteniendo 36 casos correspondientes a las que tuvieron hijos con bajo peso al nacer y dos controles por cada caso con un total de 72 controles seleccionados también al azar con iguales características sin antecedentes de hijos con bajo peso al nacer.

Metodología: Se elaboró un cuestionario el cual se utilizó para entrevistar a las madres adolescentes y así obtener la información solicitada. Las variables estudiadas corresponden a factores sociodemográficos, culturales y de conducta, biológicos y económicos.

Análisis Estadístico: Para determinar la asociación se hizo la estimación de riesgo mediante odds- ratio (OR), Chi cuadrado de independencia estadística y el valor de P al 95% de confianza.

Resultados: Se obtuvo que la mayoría de los casos y los controles sus edades estaban entre 16-19 años, en un porcentaje menor de 13-15 años. Las de mayor asociación fueron tener el bebé antes de tiempo con $OR = 6.2$ $Chi^2 = 16.1$, haber tenido un aborto o un niño muerto con $OR = 8.9$ $Chi^2 = 5.1$ y la no ingesta de Ácido Fólico o Hierro $OR = 8.8$ $Chi^2 = 5$, mostrando significancia estadística en los resultados de asociación, concluyendo que en base a los resultados obtenidos en éste estudio pueden considerarse factores de riesgo para que una madre adolescente tenga un niño con bajo peso al nacer.

Hubo asociación en variables como número de hijos, número de embarazos, grado de escolaridad alcanzado de la madre adolescente, fumar, hábito de fumar de los que habitan en la vivienda, talla y peso de la madre, y algunas complicaciones como tener un hijo con malformación física, pre eclampsia, anemia, hipertensión u otras que presentaron las adolescentes durante el período de gestación.

Palabras Claves: recién nacido; bajo peso; madres adolescentes; factores de riesgo.

I. INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer (BPN) ha constituido un problema que parece descender lentamente en países en desarrollo. Son múltiples las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que esto provoca. Su importancia no solo está asociada a la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños tienen habitualmente múltiples problemas posteriores.

El Programa para la Reducción del BPN señala que los niños nacidos con un peso inferior a los 2,500 g presentan riesgo de mortalidad 14 veces mayor durante el primer año de vida, en comparación con los niños que nacen con un peso normal a término. Peraza 2001.

El peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia por estar asociada como el mayor riesgo de mortalidad infantil. Por otra parte, son muchos los problemas posteriores que pueden presentar estos niños, tales como mala adaptación al medio ambiente, bajo rendimiento escolar, impedimentos físicos y mentales que se evidencian en la edad escolar y aún, en su etapa adulta. Rodríguez 2006.

Según informes de Unicef el 14% de todos los nacidos vivos del mundo son bajo peso siendo el embarazo en adolescentes uno de los factores que se ha relacionado.

Estudios revelan que en los países en desarrollo, las altas tasas de BPN se deben al nacimiento prematuro y al retraso del crecimiento intrauterino. Una nutrición deficiente durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta no solo implica una menor calidad de vida y mayores riesgos de salud y morbilidad para las adolescentes y las mujeres jóvenes, sino que guarda relación directa con la salud y la nutrición de sus futuros hijos, así como su capacidad para atenderlos y nutrirlos adecuadamente. Issler 2001.

En las mujeres, la delgadez o un índice de masa corporal materno bajo, se ha relacionado con retraso del crecimiento intrauterino, la principal causa de bajo peso al nacer en los países en desarrollo y una causa preponderante de morbilidad y mortalidad neonatales y de retraso del crecimiento en la etapa preescolar.

La talla baja de la madre se relaciona tanto con bajo peso al nacer, como con un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto quirúrgico o asistido (parto por cesárea).

Dentro de los factores de riesgo del BPN se han encontrado con mayor frecuencia en estudios realizados por diferentes autores, los siguientes: el embarazo en la adolescencia, la desnutrición en la madre, el hábito de fumar, la hipertensión arterial durante el embarazo, la sepsis cérvicovaginal, la anemia y los embarazos gemelares, abortos provocados, baja escolaridad de los padres, entre otros. Peraza 2001.

Si bien es cierto la adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, las adolescentes no se encuentran aptas para la gestación, ya que sus órganos se encuentran inmaduros y existe la posibilidad de tener un niño con bajo peso. Varios autores plantean que las madres menores de 20 años no están completamente desarrolladas todavía en los aportes nutricionales y calóricos para alcanzar la madurez.

Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de dar a luz niños con bajo peso, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación.

En Honduras la indiferencia de las autoridades concernientes es un motivo de gran preocupación por lo que en el presente estudio se pretende encontrar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Luis Alonso Suazo, ubicado en Tegucigalpa Honduras.

II. ANTECEDENTES

Todos los años vienen al mundo en torno a 20 millones de niños que presentan bajo peso al nacer (BPN), bien como consecuencia de un parto prematuro, debido a anomalías en el crecimiento prenatal, o complicaciones durante el período de gestación siendo la mayoría de estos niños provenientes de países poco desarrollados.

Ello contribuye de manera sustancial a elevar las tasas de mortalidad neonatal, cuya frecuencia y distribución corresponden a las de la pobreza. Así pues, el BPN y el nacimiento prematuro están asociados a las altas tasas de mortalidad y morbilidad neonatales y de niños menores de un año. De los 4 millones de muertes neonatales que se estima se producen anualmente, los recién nacidos prematuros y el BPN representan más de una quinta parte.

En Honduras, la tasa de mortalidad infantil es de 77,4 defunciones por 1.000 nacidos vivos para las mujeres menores de 20 años de edad, por comparación con 48 defunciones por 1.000 nacidos vivos para las de 20 a 34 años. Estadística Centro Salud Alonso Suazo.

Se han realizado muy pocos estudios en Honduras a cerca de ésta problemática encontrándose uno realizado en el municipio de La Paz en el 2005 y los factores maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer que se encontraron fueron: edad menor de 18 años, talla menor de 150 centímetros, ninguna educación, edad gestacional menor de 38 semanas, primiparidad, haber asistido a menos de dos controles y no haber recibido hierro y/o ácido fólico durante el embarazo. No obstante en un estudio realizado en el materno infantil en el Hospital Escuela de Tegucigalpa en el año 1999 no hubo significancia estadística en cuanto a características biológicas, culturales y socioeconómicas (estado civil, escolaridad, número de compañeros sexuales, uso de tabaco o alcohol, control prenatal, patología gestacional, tenencia de servicios básicos) entre los casos y controles.

En los últimos años se han hecho muchos estudios de casos de embarazadas en edad adolescente básicamente orientados a recaudar información sobre los motivos de dicho embarazo, situaciones vividas de las adolescentes, ambientes en que se desenvuelven y estudiar un poco el aspecto psicológico y prevención ya sea de enfermedades de transmisión sexual y evitar futuros embarazos, alto índice de adolescentes embarazadas entre otros, por el contrario la falta estudios que relacionen factores asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes, no ha sido promovida de una manera eficaz o bien se pudiese decir que la información es escasa.

AIEPI Centro de Salud Alonso Suazo.

En el centro de Salud Luis Alonso Suazo ubicado en el Barrio Morazán de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras se presta servicio de atención Ginecológica con 3 especialistas en el área, servicio de ultrasonido y exámenes de laboratorio que comprenden todo el perfil en mujeres en estado de embarazo y otros concernientes a la especialidad.

Actualmente se cuenta ya con La Clínica de la Adolescente Embarazada la cual se inauguró recientemente el mes de Julio del año 2012, en la cual se posee ya de un equipo de ultrasonido, dos Médicos y una auxiliar de enfermería para atender la gran demanda de pacientes que asisten a diario a dicho centro.

III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años, así como para el sistema de salud debido a la mayor incidencia de resultados desfavorables como niños con bajo peso al nacer o por las implicancias del aborto.

El embarazo en adolescentes se considera un problema, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; salud de sus hijos al nacer; brindar asistencia integral a cada madre adolescente y a sus hijos y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de ellos. La madre adolescente por su corta edad ya es un factor de riesgo debido a que no ha alcanzado el crecimiento y desarrollo completo de todos sus órganos, lo que puede traer como consecuencia un embarazo con múltiples complicaciones y un hijo con bajo peso, prematuro o alguna malformación congénita.

Por lo tanto resulta esencial lograr un crecimiento óptimo durante la adolescencia, en cuanto a peso y talla adecuados, el aumento de peso durante el embarazo y mantener los cuidados y control prenatal durante período de gestación. Son múltiples los factores que pueden asociarse al nacimiento de niños con bajo peso de madres adolescentes de los que se mencionan factores de tipo sociodemográficos, culturales y de conducta, biológicos el cual puede incluir algunas complicaciones y los factores de tipo económico.

En Honduras por ser un país subdesarrollado todos estos factores deben tomarse en cuenta para un estudio en madres adolescentes por lo que en esta investigación han sido considerados. Los niños con bajo peso al nacer así como los prematuros pueden presentar frecuentemente Hipotermia e infecciones nosocomiales, lo que viene a agravar los pobres resultados sanitarios derivados del nacimiento prematuro.

Por lo tanto, la atención a dichos recién nacidos se ha convertido en una carga para los sistemas de salud y seguridad social de todo el mundo. Además, no se tiene acceso a la tecnología moderna o bien ésta no se puede utilizar adecuadamente, a menudo debido a la falta de personal capacitado. Si, se dispone de incubadoras, éstas resultan con frecuencia insuficientes para cubrir las necesidades locales o bien se les separa a los bebés de sus madres y les privan del necesario contacto.

Lamentablemente, no existe una solución sencilla para dicho problema, dado que la salud del recién nacido está estrechamente vinculada a la de la madre y a la atención y cuidados que aquélla reciba durante el embarazo y el parto.

La ausencia de estudios que identifiquen problemas de éste tipo demuestran la indiferencia de las autoridades y entidades competentes en la investigación, prevención y seguimiento del nacimiento de niños con bajo peso de madres adolescentes y es la razón principal por la que se está llevando a cabo éste estudio, dando a conocer los factores asociados al bajo peso al nacer de madres adolescentes que acuden al Centro de Salud Luis Alonso Suazo.

La intervención a través de planes y programas son ideales para colaborar de una manera efectiva a disminuir la magnitud del problema.

Los resultados obtenidos en ésta investigación permiten identificar los factores de riesgo a los que las madres se enfrentan al tener embarazos a temprana edad y de esta manera deben ser promovidos a través de las entidades concernientes, con el propósito de que la Secretaría de Salud tome las medidas y acciones pertinentes para prevenir más embarazos en adolescentes así como también nacimientos de niños con bajo peso.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores están asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Luis Alonso Suazo del municipio de Tegucigalpa del 1 de Enero al 30 de Mayo de 2013?

¿Qué factores socio demográfico inciden en el nacimiento de niños con bajo peso de madres adolescentes?

¿Qué factores culturales/conductuales están asociados al nacimiento de niños con bajo peso de madres adolescentes?

¿Qué factores de riesgos biológicos están asociados con el nacimiento de niños con bajo peso de madres adolescentes?

¿Qué factores de tipo económico inciden en el nacimiento de niños con bajo peso de madres adolescentes que asisten al centro de salud?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Analizar los factores asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Luis Alonso Suazo en Tegucigalpa Honduras Enero - Mayo 2013.

5.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características socio demográficas de las madres con niños bajo peso al nacer de la población en estudio.
2. Identificar los factores culturales/conductuales que inciden en el nacimiento de niños con bajo peso de madres adolescentes que asisten al centro de salud Luis Alonso Suazo.
3. Caracterizar los factores de riesgo biológicos asociados con el embarazo en madres adolescentes que conlleven al nacimiento de niños prematuros o con bajo peso.
4. Describir los factores de tipo económico que inciden en el nacimiento de niños con bajo peso de madres adolescentes que asisten a control al centro de salud.

VI. MARCO TEÓRICO

Los problemas de salud de los niños y los jóvenes varían ampliamente entre las distintas poblaciones y en el seno de cada una de ellas, en función de varios factores, que suelen estar interrelacionados, como por ejemplo:

1. Consideraciones económicas(desigualdades económicas),
2. Consideraciones educativas, sociales y culturales,
3. La prevalencia y ecología de los agentes infecciosos y sus huéspedes,
4. El clima y la geografía,
5. Recursos nutricionales,
6. Nivel de industrialización y urbanización,
7. La frecuencia génica de algunos trastornos,
8. La infraestructura sanitaria y de asistencia social disponible en estos países.

En todo el mundo los niños representan una mayor proporción de la población. Kliegman 2009.

Población con un riesgo especial

Además de las enormes diferencias de salud en lactantes y niños entre regiones y países, en un mismo país hay variaciones de morbilidad y mortalidad, según la clase socioeconómica y la etnicidad. La mayoría de los niños con un riesgo especial, necesitan un entorno de crianza, pero sus futuros se ven comprometidos, por las acciones o políticas derivadas de sus familias, comunidades, naciones o de la comunidad internacional. En los países en desarrollo con bajos ingresos la mortalidad infantil en el quintil más pobre de la población es más del doble que la del quintil más rico. Kliegman 2009.

Tanto la mortalidad neonatal (menores de 1 mes) como la posnatal (1-11meses) han experimentado un descenso significativo. La mayor parte de la disminución de la mortalidad es atribuible a una reducción específica en lactantes de bajo peso al nacer, lo que se debe a la asistencia intensiva neonatal, no a la prevención de nacimientos de niños con bajo peso.

La mayoría de los fallecimientos de lactantes menores de 1 año se produce en los primeros 28 días de vida, y de ellos la mayor parte en la primera semana, además una gran proporción de las muertes de esta primera semana, tiene lugar el primer día. Sin embargo cada vez más niños que nacen con enfermedades graves y con muy bajo peso sobreviven al período neonatal, y fallecen más tarde en el período de lactancia por una enfermedad neonatal, sus secuelas o sus complicaciones. Kliegman 2009.

Gestación en Adolescentes

Anualmente nacen alrededor de 13 millones de niños de madres adolescentes en todo el mundo. Se calcula que durante el período 2000-2005, la tasa anual mundial de nacimientos vivos por 1,000 mujeres de 15-19 años fue de 50 por 1,000, encontrándose la tasa más alta en África subsahariana (127 por 1,000). En América Latina y el Caribe es del 71. (Nelson Tratado de Pediatría Vol.2 p.850). Los factores asociados en las adolescentes son muchos y comprenden desde influencias políticas, ambientales, familiares e individuales. En países industrializados con políticas que apoyan el acceso a la protección frente al embarazo las tasas de embarazos son menores. En los países menos industrializados la pobreza y la educación se asocia con unas tasas mayores de embarazos de adolescentes. Kliegman 2009.

Se ha documentado que las madres adolescentes presentan peores indicadores de salud materna infantil que las de mayor edad. En estudios realizados en países latinoamericanos como Colombia durante el año 1998 se encontraron factores sociodemográficos asociados al nacimiento de niños con bajo peso en madres adolescentes. Se encontró que la mayoría de las mujeres embarazadas o bien recibían atención prenatal de un médico o no recibían atención alguna; muy pocas acudieron con una partera, enfermera u otro personal de salud. En las adolescentes embarazadas la posibilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer fue más alta que en las mujeres de 20 a 24 años. La atención prenatal tardía, la baja escolaridad y el estado civil de la madre fueron las variables más fuertemente asociadas al nacimiento de niños con bajo peso. Dichas variables fueron observadas en mayor proporción en las madres adolescentes que en las de edad adulta.

El hecho de no estar casada, tener dos o más hijos vivir en una zona urbana, ser de bajos ingresos y tener poca educación formal fueron las características de más predominio en éste estudio. Ruíz Linares, 1998

La revista cubana publicó un estudio llevado a cabo en San Luis, Santiago de Cuba acerca de los factores que inciden en el bajo peso al nacer en el año 1996. El estudio tuvo en cuenta las siguientes variables: la edad de las madres, el período intergenético, la evaluación nutricional de las embarazadas, la ganancia de peso durante el embarazo, los antecedentes de legrados, y la anemia durante el embarazo. Los factores de riesgo que influyeron en el nacimiento de niños con bajo peso fue en primer lugar la anemia durante el embarazo, seguido del período intergenético inadecuado, con una ganancia de peso insuficiente, seguido de la nutrición inadecuada con predominio de las menores de 20 años de edad y más de la mitad de los casos estudiados tenían antecedentes de legrados. Neyra Norbelis, 1996.

En un Hospital nacional de Perú se realizó un estudio en el año 1997 sobre las complicaciones perinatales en madres adolescentes y se encontró que Las adolescentes tempranas tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pre término, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal y complicaciones perinatales. Que las adolescentes tardías correspondían al mayor número de las pacientes que las adolescentes tempranas quienes tuvieron mayor porcentaje de niños que pesaron menos de 2,500 gramos, así como también aumento de cesáreas, y partos pre término. Yu Tang Jorge, 1997.

En un estudio realizado en La Paz, Honduras en el 2005 los factores maternos asociados a recién nacidos con bajo peso al nacer fueron: edad menor de 18 años, talla menor de 150 centímetros, ninguna educación, edad gestacional menor de 38 semanas, primiparidad, haber asistido a menos de dos controles y no haber recibido hierro y/o ácido fólico durante el embarazo.

No obstante en un estudio realizado en el materno infantil en el Hospital Escuela de Tegucigalpa en el año 1999 no hubo significancia estadística en cuanto a características biológicas, culturales y socioeconómicas (estado civil, escolaridad, número de compañeros sexuales, uso de tabaco o alcohol control prenatal, patología gestacional, tenencia de servicios básicos) entre los casos y controles.

Durante el año 2008 en Guatemala se realizó un estudio casos y controles en donde se encontró que los factores de riesgo asociados estadísticamente fueron nivel educativo materno de menor grado (X^2 34.02 OR 2.25), hipertensión arterial durante el embarazo (X^2 18.23 OR 1.93), número de controles prenatales < 4 (X^2 7.99 OR 1.48), antecedente de hijos con bajo peso al nacer (X^2 19.08 OR 3.15).

En Argentina en el 2001 se llevó a cabo un estudio a cerca de factores asociados al bajo peso al nacer y de los que resultaron significativos a nivel 0,05 fueron: el control prenatal inadecuado y la primiparidad, con valores de OR de 1,56 (IC 95%1.06-2,28) y 1,59 (IC 95% 1,06-2,4) respectivamente. Además, la preclampsia severa estuvo asociada con mayor riesgo de cesáreas, prematuridad, peso bajo al nacer, muy bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional, depresión al nacer y muerte neonatal comparadas con las madres que no presentaban esta condición.

En Brasil en el año 2011 se publicó un estudio en el que se obtuvo que los factores estadísticamente significativos relacionados al bajo peso al nacer fueron, óbito, número de consultas prenatales y complicaciones en período gestacional, no encontrándose asociación en edad materna, drogadicción, escolaridad y estado civil.

En Madrid, España en dos regiones sanitarias se llevó a cabo un estudio de casos y controles en donde se obtuvo significación estadística las siguientes variables: la ganancia ponderal materna durante la gestación ($p < 0,001$), el número de partos previos con BPN ($p < 0,001$), el estado civil ($p = 0,01$), número de visitas prenatales médicas ($p < 0,001$), número diario de cigarrillos consumidos ($p = 0,03$), semana de la gestación en la que se produjo el parto ($p < 0,001$), amenaza de aborto ($p = 0,04$).

En el 2005 en México se estudiaron características sociodemográficas de madres con niños bajo peso al nacer de las cuales no se encontró asociación en ninguna de las variables estudiadas como edad, sexo del niño, procedencia de la madre y número de embarazos.

En Zulia Venezuela en el año 2006, se encontró como factores de riesgo asociados al bajo peso, variables como infección vaginal, anemia, ganancia inadecuada de peso, hipertensión, período intergenésico corto, infección urinaria aguda, edad extrema de la madre y hábito de fumar.

Un estudio de tesis realizado en Lima, Perú sobre factores de riesgo para parto pre término en madres adolescentes se recopilaron y se analizaron los siguientes resultados. Los factores que incrementaron el riesgo de parto pre término espontáneo en gestaciones únicas fueron: Vaginosis Bacteriana ($OR = 2,4$; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pre término ($OR = 7,1$; 95% IC 2,7 – 16,1) y antecedente de amenaza de parto pre término durante la gestación actual ($OR = 1,5$; 95% IC 1,2 – 2,4).

No se demostró asociación con el índice de masa corporal, el antecedente de abortos y el antecedente de infección de vías urinarias durante la gestación actual. No se encontró asociación del parto pre término con tabaquismo, alcoholismo y/o drogadicción, que son factores de riesgo conocidos de parto pre término.

No hubo asociación entre parto pre término espontáneo con aspectos investigados como el índice de masa corporal y el antecedente de aborto en la gestante adolescente. Riva 2004. En un estudio realizado en Cuba sobre factores de riesgo del bajo peso al nacer se encontró que la edad materna hasta 19 años y 35 y más, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación, los antecedentes de que la abuela o la madre de la embarazada, o ambas, hayan tenido partos prematuros, la amenaza de parto pre término y la ruptura prematura de membranas, fueron factores de riesgo de parir un niño con bajo peso.

La escolaridad, la ocupación, el estado conyugal, la situación económica, el hábito de fumar, la calidad de la atención prenatal, los antecedentes obstétricos adversos, así como las afecciones agregadas, no se comportaron como factores de riesgo en este estudio. Juarte 1999. Finalmente se mencionará un estudio que se realizó con el objetivo de identificar una serie de elementos maternos involucrados como incidentes en el bajo peso al nacer, de 59 casos analizados en el trienio 2001-2003, procedentes del área de salud de Milanés.

Las variables estudiadas fueron: edad, valoración nutricional, ganancia de peso, trastornos hipertensivos, antecedentes obstétricos y el hábito de fumar. Se concluyó que los factores que más influyeron en el nacimiento de niños de bajo peso fueron: inicio del embarazo con peso deficitario (desnutridas), ganancia insuficiente de peso durante la gestación, antecedente de bajo peso, trastornos hipertensivos y el hábito de fumar.

Algunas Manifestaciones Clínicas

Las adolescentes experimentan los síntomas tradicionales del embarazo como: malestar matutino (vómitos, náuseas, durante cualquier momento del día), mamas tensas y dolorosas, incremento de peso y amenorrea. La aparición de cefalea, cansancio, dolor abdominal o una menstruación irregular son síntomas iniciales frecuentes. Kliegman 2009.

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. Issler 2001.

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

*"Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes**".*

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

Embarazos de Alto Riesgo

Los embarazos de alto riesgo son aquellos que aumentan la posibilidad de aborto, muerte fetal, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, dificultad en la transición cardiopulmonar o metabólica al nacer, enfermedad fetal o neonatal, malformaciones congénitas, retraso mental u otras minusvalías. El 10 al 20% de las mujeres embarazadas pueden clasificarse de alto riesgo por su historia clínica y casi la mitad de la mortalidad y morbilidad se asocian con éstos embarazos. Kliegman 2009.

Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada

La **primera pregunta** a responder es si se considera a las adolescentes gestante como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La **segunda pregunta** es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una **tercera pregunta** es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales.

La **cuarta pregunta** es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

a. – Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal

1. Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
2. Antecedente de abuso sexual.
3. Enflaquecimiento (desnutrición).
4. Estatura de 1,50 m o menor.
5. Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
6. Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

b. – Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

1. Menarca a los 11 años o menos.
2. Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
3. Ser la mayor de los hermanos.

c. – Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el *grupo de mediano riesgo*. El factor "*actitud negativa*" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al *grupo de alto riesgo* y los otros 2 factores pasaron al *grupo de riesgo corriente o no detectable*. Issler 2001.

Es importante identificar los embarazos de alto riesgo, en el caso particular de las adolescentes, no solo porque constituye el primer paso para la prevención, sino porque se pueden adoptar las medidas terapéuticas que permitan disminuir los riesgos para el feto y el neonato.

Factores Asociados al Bajo Peso al nacer de Madres Adolescentes.

Factores de Riesgo Sociodemográficos

Cuanto más desprotegida esté una población desde el punto de vista político, económico o social, mayor será la necesidad de defender a los niños. Los jóvenes suelen pertenecer al grupo de personas más vulnerable o desfavorecido de la sociedad, por lo que sus necesidades requieren de una atención especial. El lugar de procedencia es un factor que se ha venido asociando al nacimiento de niños con bajo peso ya que las zonas más pobres y desprotegidas son las que mayor incidencia de casos presenta.

El tener carencia de apoyo familiar, ser madre soltera, no tener una creencia religiosa, aumentan el estrés físico y psicológico y aún más las posibilidades de concebir y dar a luz un niño en situación de salud precaria.

La baja escolaridad es un factor determinante para no tener el conocimiento necesario de las condiciones en las que se debe concebir. El hacinamiento que usualmente existe en éstos hogares de bajos recursos aumenta las posibilidades de tener un embarazo a temprana edad, así como también de verse limitado en la disposición adecuada de alimentos. Kliegman 2009.

Factores de Riesgo de origen Biológico/Genético en Adolescentes

Se debe interrogar en forma específica sobre cualquier enfermedad que afecte a uno o varios parientes consanguíneos ya que muchos padres solo reconocen las manifestaciones clínicas obvias de las enfermedades genéticas. Las influencias sobre el desarrollo por la exposición in útero a teratógenos, enfermedades pos natales y la exposición a sustancias peligrosas ponen en riesgo la salud y el buen desarrollo del feto.

Poner especial atención en los factores biológicos como:

- Edad cronológica es menor o igual a 14 años,
- Talla menor que 1.45 metros,
- Con peso bajo para la talla,
- Bajo peso de la madre menor a 45 Kg,
- Escasa ganancia de peso durante el embarazo,
- Nutrición insuficiente o inadecuada,
- Que tuvieron un hijo anterior con bajo peso al nacer
- Bajo peso de la madre al nacer
- Otras enfermedades hereditarias como errores innatos del metabolismo. Issler 2001.

Factores de riesgo Maternos en Adolescentes

Los embarazos de las adolescentes sobre todo si son primíparas conllevan un riesgo mayor de retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal o muerte intrauterina.

Factores Económicos

La pobreza y el desempleo traen como consecuencia que la disponibilidad de alimentos sea escasa, como también la ingesta de Ácido fólico, Hierro y otras vitaminas necesarias para el crecimiento óptimo del feto. Los ingresos familiares son esenciales para la salud y el bienestar de los niños. Los niños que viven en familias pobres tienen muchas privaciones materiales, más posibilidad de tener hijos fuera del matrimonio, de sufrir delitos violentos, de ser pobres en la edad adulta y de padecer otras consecuencias indeseables.

Muchos factores asociados con la pobreza son responsables de enfermedades, hacinamiento, escasa higiene, dieta inadecuada, contaminación ambiental, educación deficiente y estrés. El control prenatal no es atendido de manera adecuada por la dificultad para el acceso a dicha atención o seguro insuficiente o carencia del mismo.

Factores Culturales/ Conductuales

Dentro de éste contexto cabe mencionar el escaso nivel educativo, actitudes inadecuadas hacia la atención sanitaria, falta de asistencia prenatal o atención inadecuada, consumo de tabaco, alcohol, drogas se asocian directamente con niños bajo peso al nacer. Kliegman 2009.

Valoración del crecimiento y Desarrollo del Feto

Los acontecimientos más llamativos relacionados con el crecimiento y desarrollo ocurren antes del nacimiento e implican la transformación del óvulo fecundado en embrión y feto, la elaboración del sistema nervioso y la emergencia de la conducta en el útero.

También son importantes los cambios psicológicos ocurridos en los padres durante el período de gestación. El útero es permeable a las influencias sociales y medioambientales adversas como subnutrición materna, consumo de tabaco, alcohol y fármacos y quizás al trauma psicológico. La interrelación entre estas fuerzas y las transformaciones somáticas y neurológicas ocurridas en el feto influyen sobre la conducta del lactante en el nacimiento. Kliegman 2009.

Amenazas para el desarrollo Fetal

Alrededor del 30% de los embarazos terminan en abortos espontáneos. Alrededor del 2% de los recién nacidos vivos presentan malformaciones congénitas importantes. La mayoría de las variaciones en el peso al nacimiento dependen del ambiente in útero.

La exposición prenatal al humo de cigarrillos se asocia a menor peso, longitud y circunferencia encefálica así como CI disminuido y mayores tasas de incapacidades del aprendizaje.

La falta grave de alimentación de la madre conllevará un menor peso al nacer. La amplia gama de resultados observados refleja las interacciones entre factores biológicos, culturales, económicos y sociales así como protectores y de riesgo. Kliegman 2009.

Deficiencia de Vitaminas durante el Embarazo

Vitamina A: El síntoma más precoz de la deficiencia de esta vitamina es la hemeralopía o ceguera nocturna. Los valores maternos de Vitamina A disminuyen en el curso del embarazo paralelamente a la expansión plasmática. El feto sin embargo está relativamente protegido en caso de deficiencia materna, mientras los valores plasmáticos del Retinol, se mantengan a niveles suficientes, si las reservas hepáticas no se han agotado, a menos que se manifieste una deficiencia materna grave. Las reservas hepáticas fetales de retinol aumentan al final del embarazo pero quedan limitadas incluso si el status materno de Vitamina A es adecuado.

Recién Nacidos de muy bajo peso:

Varios estudios recientes han demostrado que los recién nacidos de muy bajo peso pueden llegar a tener un mayor riesgo de desarrollar una deficiencia de vitamina A en razón de sus reservas limitadas. Aportes orales más elevados que los dados normalmente a los niños a término son recomendados para los niños de bajo peso al nacer

Embarazo:

En las regiones donde los aportes de Vitamina A son inadecuados la OMS considera que el límite máximo de suplementación puede ser incrementado hasta 3mg/día.

Vitamina D:

Desempeña un papel crucial en la modulación del metabolismo del Calcio y el fósforo durante el embarazo, la lactancia y la infancia. La Vitamina D no es solamente una vitamina sino también una hormona. Su papel principal es en el embarazo, lactancia, infancia con especial énfasis en el niño prematuro.

Niño pre término:

Según estudios realizados algunos expertos consideran no necesario aumentar dosis del aporte de vitamina D en estos niños. Se considera que por haber opiniones

encontradas los requerimientos en los niños pre término deben ser estudiados con mayor profundidad.

Embarazo:

El embarazo en sí mismo tiene poca influencia sobre las concentraciones circulantes, son más bien influidas por el aporte alimentario de vitamina D, la exposición al sol y la raza.

A partir de estudios poblacionales relativamente deficientes de vitamina D, se ha demostrado que la suplementación de vitamina D aumenta el peso al nacer y disminuye el riesgo de hipocalcemia en el recién nacido.

Sin embargo no se ha determinado si las necesidades de vitamina D durante el embarazo están aumentadas o no.

Ácido Fólico:

Hoy en día el ácido fólico es utilizado para proteger frente a algunos tipos de cáncer, contra la arterioesclerosis en especial la enfermedad isquémica del corazón y accidentes cerebrales y contra cierto número de malformaciones congénitas, principalmente los defectos del cierre del tubo neural y otros como Hidrocefalia, labio leporino y paladar hendido, luxación de la cadera, malformaciones de los pies etc.

Vitamina K:

Es una vitamina liposoluble y su papel en la homeostasis normal fue reconocido hace alrededor de 50 años. Sin embargo en los neonatos y en la primera infancia el aporte de vitamina K es crítico aún para los niños sanos, y la deficiencia de esta vitamina ha sido identificada como la principal causa de un trastorno clínico descrito como “la clásica enfermedad hemorrágica del recién nacido”.

Aporte in útero:

La concentración plasmática en la sangre de cordón es mucho más baja que en el plasma de la madre. La barrera placentaria es la responsable del bajo depósito de vitamina k en el hígado del feto y el recién nacido.

Hemorragia por deficiencia de vitamina K en los recién nacidos:

La hemorragia por deficiencia de vitamina k que ocurre durante las primeras 24 horas de vida afecta con frecuencia el sistema nervioso central. Este síndrome se observa casi exclusivamente en recién nacidos de madres que toman anti convulsionantes. La clásica hemorragia por deficiencia de vitamina K también llamada enfermedad hemorrágica del recién nacido tiene lugar especialmente entre el 2do. Y 4to. Día de vida especialmente en recién nacidos que solo han recibido pequeñas cantidades de leche materna durante los primeros días. Glasziou 2006.

El Feto

Las funciones principales de la medicina fetal son:

- La valoración del crecimiento y madurez fetales
- La evaluación del bienestar o del sufrimiento del feto
- La valoración de los efectos de las enfermedades maternas sobre el feto
- La evaluación de los efectos de los fármacos administrados a la madre sobre el feto
- La identificación y el tratamiento de las enfermedades y anomalías fetales

Análisis de los patrones de crecimiento

Para los lactantes a término, el tamaño al nacer refleja la influencia del medio ambiente uterino, sin embargo su tamaño guarda relación con la altura paterna media, un hecho que refleja la influencia de los genes.

En los lactantes prematuros el diagnóstico excesivo de retraso ponderoestatural se puede evitar utilizando gráficos de crecimiento desarrollados de forma específica para ésta población. Los lactantes con muy bajo peso al nacer muestran una gran variabilidad en la velocidad de crecimiento.

Los lactantes con muy bajo peso al nacer pueden continuar mostrando crecimiento durante las etapas iniciales de la edad escolar, la mayoría logra una recuperación del peso durante el segundo año y de la talla a los 2.5 años de edad, excepto en casos de complicaciones médicas.

Fórmulas para la talla y el peso medio aproximado de los lactantes y niños normales

Peso	Kilogramos
Al nacer	3.25
3-12 meses	Edad (meses) + 9 / 2
1-6 años	Edad (años) x 2 + 8
7-12 años	Edad (años) x 7 – 5 / 2
Talla	
Centímetros	
Al nacer	50
Al año	75
2-12 años	Edad (años) x 6 + 77

El Recién nacido

Durante el período neonatal finalizan muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina del niño, por lo que es un tiempo muy vulnerable. La transición del recién nacido desde la vida intrauterina a la extrauterina requiere muchos cambios bioquímicos y fisiológicos. Muchos de los problemas especiales de los recién nacidos surgen de una adaptación inadecuada, secundaria a la asfixia, al nacimiento prematuro, al bajo peso al nacer, a malformaciones congénitas que amenazan la vida del niño o a efectos adversos al parto.

En la historia clínica perinatal deben figurar los datos demográficos y sociales, los antecedentes médicos de la madre y la familia incluyendo hermanos mayores, problemas reproductivos previos de la madre, problemas del embarazo actual, y una descripción del parto y del nacimiento.

Exploración física del Recién Nacido

La exploración inicial debe de realizarse lo antes posible tras el parto, para detectar posibles anomalías y establecer las bases para los estudios posteriores. En los partos de alto riesgo la exploración debe hacerse en la sala de labor y parto y se debe centrar en malformaciones, bajo peso, problemas fisiopatológicos que puedan interferir en la adaptación cardiopulmonar y metabólica normal a la vida extrauterina. Una vez estabilizada la evolución en labor y parto se debe hacer una segunda exploración más detallada durante las 24 horas siguientes.

Si el neonato permanece en el hospital durante más de 48 horas se debe realizar la exploración 24 horas antes de dar el alta hospitalaria. Debe controlarse el pulso, la frecuencia respiratoria, el peso, la talla, la temperatura, el perímetro cefálico y las dimensiones de cualquier anomalía estructural visible o palpable.

El procedimiento de la exploración del recién nacido requiere paciencia, suavidad y flexibilidad. Kliegman 2009.

Bajo Peso de Nacimiento

El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500 gramos) en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1.500 gramos) se considera extremadamente bajo. Generalmente un niño pre término de 36 semanas presenta una talla menor de 46 centímetros, perímetro cefálico de 33 centímetros y el pie menor de 7 centímetros.

El retardo del crecimiento intrauterino se refiere al retraso del crecimiento en el interior del útero, lo que luego conduce a bajo peso al nacer. Algunos niños simplemente son pequeños y resulta que pesan menos de 5.5 libras cuando nacen y, aunque esto se considera bajo peso al nacer, en estos casos no es anormal o una causa de preocupación. Chen 2008.

Hay dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

- **Los bebés nacidos antes de tiempo** (también llamados bebés prematuros), que son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más del 60 por ciento de los bebés que nacen con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un bebé, menos probable es que pese lo suficiente y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud.
- **Los bebés pequeños para su edad** (pequeños para su edad de gestación o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre.

Hay algunos bebés que son prematuros y también de crecimiento retrasado. Estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso. El bajo peso al nacer puede predecirse antes del parto, si el útero es pequeño o si el ultrasonido refleja un feto pequeño. El feto puede parecer simétricamente pequeño o tener una cabeza de tamaño normal para la edad gestacional, pero un abdomen anormalmente pequeño.

Si bien el tamaño total del feto o del niño es pequeño, los sistemas de los órganos tienen la madurez adecuada para la edad gestacional. Si la madre es pequeña, puede ser normal en ella tener un feto pequeño.

Muchos factores pueden retardar el crecimiento del feto. Los bebés con anomalías congénitas o anormalidades cromosómicas a menudo son asociados con bajo peso al nacer. A veces, los problemas con la placenta pueden impedir que ésta suministre al feto el oxígeno y los nutrientes adecuados.

Las infecciones que durante el embarazo afectan al feto, como la rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis y sífilis, también pueden influir en el peso del bebé al nacer. Dentro de los factores de riesgo de la madre que pueden contribuir al bajo peso al nacer se encuentran los embarazos múltiples, otros hijos con bajo peso al nacer, mala nutrición, cardiopatía o hipertensión, fumar, drogadicción, abuso del alcohol, exposición al plomo y cuidado prenatal insuficiente. El bajo peso al nacer es más común en las primerizas y entre embarazadas menores de 17 años y mayores de 35 años.

¿Cómo se identifica el bajo peso al nacer?

La atención prenatal es muy importante, ya que pocas mujeres embarazadas cuyo feto presenta retardo del crecimiento experimentan algún síntoma. El síntoma más común es simplemente una sensación de que el bebé no es tan grande como debería. Debido a esta ausencia de síntomas, su proveedor de atención en salud debe medir cuidadosamente su abdomen durante cada visita prenatal. Si las medidas no aumentan lo suficiente con el tiempo, es muy probable que el examen de seguimiento incluya un ultrasonido.

El ultrasonido puede determinar con mayor precisión la edad gestacional de su bebé y si existe o no retardo del crecimiento intrauterino. El índice de bajo peso al nacer también se diagnostica cuando se examina al recién nacido después del parto. Si el peso y longitud de su bebé se encuentran por debajo del décimo percentil para su edad, entonces es considerado de bajo peso al nacer.

Si bien no existe un tratamiento específico, es muy importante mantener durante el embarazo una nutrición adecuada para la madre y su feto y, para su bebé una vez que éste nazca. En algunos casos, es posible identificar en la etapa temprana del embarazo los factores de riesgo que pueden conducir a bajo peso al nacer, y reducirlos o eliminarlos a través de cambios del comportamiento y tratamiento de afecciones crónicas. La mayoría de los niños con bajo peso al nacer alcanzan el crecimiento de otros niños de su edad, entre los 18 y los 24 meses.

Es posible que se presenten varias complicaciones si el niño ha experimentado retardo del crecimiento intrauterino. Si el retardo del crecimiento es causado por problemas con la placenta, durante el proceso de parto puede haber una falta de oxígeno, denominada asfixia perinatal. El estrés durante el parto puede provocar aspiración de meconio (aspiración del líquido amniótico contaminado con la primera deposición del bebé).

Durante las primeras horas o días de vida también puede haber bajos niveles de glucosa en sangre. Es difícil para una madre decir si porta un feto menor que lo normal, especialmente si es un primer embarazo. A menudo se confunde el bajo peso al nacer con el parto prematuro. El bajo peso al nacer simplemente se refiere al peso del bebé en el nacimiento, en tanto el parto prematuro se refiere a un nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas. Las medidas del bajo peso al nacer han sido ampliadas para incluir muy bajo peso al nacer, en el caso de niños que pesan menos de 3.3 libras, o menos de 1,500 gramos, y extremadamente bajo peso al nacer, para niños que pesan menos de 2,2 libras, o menos de 1,000 gramos. Chen 2008.

La conducta de la madre-antes y durante el embarazo-puede afectar al peso de su bebé. Toda mujer embarazada debe hacer lo siguiente:

- Obtener cuidados prenatales regulares desde temprano, un factor importante de prevención contra el bajo peso de nacimiento.
- Consumir 400 microgramos de ácido fólico por día (la cantidad que contiene la mayoría de las multivitaminas) antes de quedar embarazada y durante los primeros meses de gestación.
- Seguir una dieta equilibrada. Dado que la nutrición del feto depende de lo que come la madre, el bebé puede sufrir daños si la madre no se alimenta adecuadamente.
- Aumentar de peso suficientemente. Los profesionales de la salud recomiendan que una mujer de peso normal aumente entre 25 y 35 libras.
- No fumar. Las mujeres que fuman tienen bebés más pequeños que las que no lo hacen. La exposición al humo de otros fumadores también puede reducir el peso de nacimiento del bebé.

Evitar las bebidas alcohólicas y las drogas ilícitas, como también todo tipo de droga que no haya sido recomendada por un médico que sepa que está embarazada. El uso de drogas y de alcohol limita el crecimiento fetal y puede provocar defectos de nacimiento.

El peso del niño al nacer es un factor importante para su desarrollo físico y mental, y también influye en el rendimiento escolar durante la adolescencia, según indica un estudio realizado por especialistas de la Universidad de Liverpool, en Gran Bretaña, publicado en la revista especializada 'Archives of Disease in Childhood'. Los niños que nacen con bajo peso ya inician su vida con cierta desventaja, ya que numerosos estudios muestran que su pequeño tamaño eleva el riesgo de desarrollar diabetes, asma, problemas respiratorios, retraso en el crecimiento y trastornos cardíacos.

VII. HIPÓTESIS

El investigador piensa que los factores sociodemográficos como la edad, escolaridad, número de hijos, número de embarazos, Factores Culturales como exposición al humo del cigarrillo, escolaridad del jefe de familia, factores biológicos como peso de la madres, talla de la madre, complicaciones y muerte neonatal, factores económicos como ingreso y suplementos nutricionales están asociados al nacimiento de niños con bajo peso al nacer de madres adolescentes.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de Estudio: El estudio se realizó en el centro de salud “Luis Alonso Suazo” de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras.

Tipo de Estudio: Analítico Caso Control.

Población de Estudio: Lo representan los hijos de madres adolescentes que asistieron al Centro de Salud Alonso Suazo. La muestra se tomó por conveniencia entrevistando el total de madres adolescentes que asistieron a consulta en el primer semestre del año 2013, para un total de 108, siendo los casos las madres que tuvieron un hijo con bajo peso al nacer quedando comprendido por 36 casos, y 2 controles por cada caso siendo un total de 72 controles, de iguales características pero sin antecedentes de hijos con bajo peso al nacer y seleccionados también al azar.

Definición de Caso: Fueron todas las mujeres que son adolescentes y que tuvieron hijos con bajo peso al nacer en el período de la investigación. Y cumplieron los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

Madres Adolescentes que asistieron al Centro de Salud.

Antecedentes de bajo peso al nacer en adolescentes.

Adolescentes que desearon participar en el estudio.

Definición de Control: Fueron todas las mujeres que son adolescentes y que tuvieron hijos con peso adecuado al nacer en el período de la investigación a razón de 2:1. Y cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Madres Adolescentes que asistieron al Centro de Salud.

Ausencia de antecedentes de bajo peso al nacer.

Adolescentes que desearon participar en el estudio y que cumplieron con los requisitos.

Criterios de Exclusión:

Madres Adolescentes que no asistieron al Centro de Salud durante la investigación.

Adolescentes que no desearon participar en el estudio.

Madres no Adolescentes.

Fuente de Información:

Primaria

Técnica e Instrumentos: La técnica a utilizada fue la entrevista y como instrumento un cuestionario para tal fin. Los factores a estudiar fueron los Sociodemográficos, Culturales, Biológicos y Socioeconómicos.

Procedimientos de recolección de datos:

1- Antes de iniciar el estudio se hizo una nota al director del Centro de salud Luis Alonso Suazo solicitando la autorización para realizar el estudio en dicho centro, haciendo el compromiso de guardar la confidencialidad de los resultados y darlos a conocer una vez concluido.

2-Obteniendo la autorización se solicitó la colaboración a los especialistas que llevan control de las madres adolescentes.

3- Posteriormente se visitó al departamento de Estadística del Centro de Salud donde se obtuvo la cantidad de nuevas Adolescentes embarazadas que llegaron control en el último trimestre y de ésta manera tener una idea del número de madres que se pudieran entrevistar.

4- Antes de realizar la entrevista se les informó a las participantes del estudio, los objetivos de éste y se solicitó su colaboración voluntaria.

5- La investigadora hizo las encuestas a las madres conforme iban llegando a la unidad de salud durante el día.

Plan de Análisis:

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico, EPI-INFO, el informe se elaboró en Microsoft Word y las tablas y gráficos en Excel. Se hicieron cálculos estadísticos como el OR o Riesgo Relativo para ver asociación entre factor de riesgo y daño.

Se utilizó la prueba de chi cuadrado y valor de P para saber si la asociación es estadísticamente significativa.

Variables de Estudio:

Factores Socio demográficos

Edad	Religión	Número de embarazos
Procedencia	Escolaridad	Habitan en la vivienda
Estado Civil	Número de hijos	

Culturales/Conductuales

Jefe de familia	Motivo del embarazo	Bebidas Alcohólicas
Escolaridad del jefe de familia	Fumador	Visita o no al Ginecólogo
	Cocción de alimentos	

Factores Biológicos

Peso de la madre	Peso del Recién Nacido	Muerte Neonatal
Talla de la madre	Talla del Recién Nacido	
Complicaciones	Crecimiento del niño	

Factores Económicos

Ingresos	Suplementos nutricionales	Alimentación
Control prenatal		

IX. RESULTADOS

En este estudio se muestreó un total de 108 madres adolescentes de las cuales 36 eran casos y 72 controles. Lo que corresponde que el 66.7% son Controles y el 33.3% son Casos. (VER ANEXO TABLA No. 1).

-Dentro de las **características socio demográficas** en relación a los grupos de edad un 94.4% (102) de las madres adolescentes están en el grupo de edad entre 16-19 años y un 5.6% (6) están en el grupo de edad entre 13-15 años dejando ver que el grupo mayoritario encontrado fue entre 16-19 años. (VER ANEXO TABLA No. 2). La edad específica de las entrevistadas un 50% (54) tenía 19 años, 22.2% (24) tenía 18 años, 13% (14) con 17 años, 9.3% (10) con 16 años, 1.9% (2) con 15 años, 2.8% (3) con 14 años y 0.9% (1) con 13 años esto refleja que la edad predominante fue 19 años constituyendo casi la mitad de la población entrevistada y la menor fue trece años, las adolescentes tardías predominaron a las adolescentes tempranas. (VER ANEXO TABLA No. 3).

En cuanto a la procedencia el 93.5% (101) provenían de casco Urbano y el 6.5% (7) del casco Rural prevaleciendo en su mayoría las de la ciudad. (VER ANEXO TABLA No. 4).

En relación al estado civil 63.9% (69) estaba acompañada de su pareja, 28.7% (31) soltera, 6.5% (7) casada, 0.9% (1) viuda las que tienen una relación inestable fueron la mayoría, seguidas de las solteras. (VER ANEXO TABLA No. 5).

La religión que profesaban las madres adolescentes se obtuvo que un 58.3% (63) eran Evangélicas, 22.2% (24) Católicas, 17.6% (19) Ninguna, 1.9% (2) Mormona. Las Religiones predominantes fueron en el orden La evangélica, Católica y en tercer lugar no profesaban ninguna. (VER ANEXO TABLA No.6).

Grado de Escolaridad alcanzado 57.4% (62) Secundaria Incompleta, 17.6% (19) Secundaria Completa, 16.7% (18) Primaria completa, 7.4% (8) Primaria Incompleta y 0.9% (1) Universidad. Se puede decir que la mitad de las entrevistadas alcanzaron hasta la secundaria incompleta, seguido de secundaria completa y la de menor proporción está estudiando en la Universidad, reflejando un bajo nivel de escolaridad. No se encontró ninguna analfabeta. (VER ANEXO TABLA No. 7).

Referente al número de hijos un 86.1% (93) dijo que era su primer hijo, 8.3% (9) dijo tener 2 hijos y un 5.6% (6) tenía 1 hijo pero estaba embarazada, la mayoría de las adolescentes solo tenían un hijo pero van seguidas las que tienen 2. (VER ANEXO TABLA No. 8).

El número de embarazos 81.5% (88) afirmó que ese había sido su único embarazo y el 18.5% (20) había tenido 2 embarazos, resultados similares al número de hijos, un único embarazo es la mayoría seguido de 2 embarazos, lo que da consistencia a la respuesta número de hijos. (VER ANEXO TABLA No. 9).

Habitan en la vivienda 43.5% (47) conviven más de 5 personas, 28.7% (31) de 3-5 personas, 27.8% (30) de 2-3 personas. El hacinamiento es predominante en ésta variable. (VER ANEXO TABLA No. 10).

Responsable de los gastos de la casa el 44.4% (48) corresponde al esposo o compañero de hogar, 23.1% (25) la madre, 16.6% (18) otro familiar, y el 15.7% (17) el padre. El esposo o compañero es el porcentaje más alto de ser responsable de los gastos y en un porcentaje menor el padre de la adolescente o del compañero de hogar. (VER ANEXO TABLA No. 11).

Escolaridad del jefe de la casa el 25.9% (28) alcanzó la secundaria completa, 24.1% (26) primaria incompleta, 23.1% (25) secundaria incompleta, 23.1% (25) primaria completa, 1.9% (2) Universidad y 1.9% (2) ninguna. Estos resultados demuestran la baja escolaridad de los que pagan los gastos de la casa ya que en este caso si hay un porcentaje analfabeta. (VER ANEXO TABLA No. 12).

-De los **factores Culturales/Conductuales** se obtuvo lo siguiente:

Un 72.2% (78) afirmó que en su casa nadie fumaba cigarrillo, y el 27.8% (30) que si fumaban. La mayoría afirmó que no fuman cigarrillo en su casa. (VER ANEXO TABLA No. 13).

Un 92.6% (100) afirmó no fumar ni haber fumado cigarrillo y un 7.4% (8) que si había fumado o que fumaba siendo el porcentaje mayoritario las que no fuman. (VER ANEXO TABLA No. 14).

A la pregunta como cocinan los alimentos en su casa un 62% (67) con estufa eléctrica, un 21.3% (23) con estufa de gas, un 16.7% (18) con leña. Un porcentaje mayoritario cocina con estufa ya sea eléctrica o de gas en menor proporción con leña. (VER ANEXO TABLA No. 15).

Si ha ingerido o no bebidas alcohólicas 76.9% (83) dijo no y 23.1% (25) si ha ingerido. La mayor parte de las entrevistadas dijo no haber ingerido bebidas alcohólicas. (VER ANEXO TABLA No. 16).

El motivo de embarazarse un 31.5% (34) por enamoramiento, un 31.5% (34) por descuido, 26.9% (29) por deseo, 6.5% (7) por otros motivos, 3.7% (4) por curiosidad. En igual proporción los motivos del embarazo fueron por enamoramiento o por descuido siendo los que predominan en menos porcentaje por curiosidad. (VER ANEXO TABLA No. 17).

Que acuda o no a control prenatal porque el ginecólogo sea hombre o mujer las entrevistadas contestaron el 71.3% (77) dijo que no influye para que asista a control y el 28.7% (31) que si influye, siendo en su mayoría las que les da igual si es hombre o mujer. (VER ANEXO TABLA No. 18).

-Referente a los **factores Biológicos** se obtuvo en cuanto al peso de las entrevistadas que un 58.3% (63) pesaba entre 50-56.8 Kg. (110-125 lbs.), un 24% (26) entre 57.2 – 68.1Kg (126-150 lbs.), 14.8% (16) entre 36 - 47.7 Kg. (80-105 lbs) y un 2.7% (3) un rango de 70.4 y más Kg (155 y más lbs.) se observa que la mitad de las madres se encontraban en un peso bajo al momento de embarazarse y un porcentaje bajo en un peso adecuado.(VER ANEXO TABLA No.19).

La Talla un 48.1% (52) medía entre 1.55-1.62 mts. , 32.4%, (35) 1.46-1.54 mts. , 19.4%(21) 1.63-1.73 mts. La talla de la madre la mayoría era de estatura mediana en relación a la población regular del país y en menor porcentaje la talla adecuada. (VER ANEXO TABLA No. 20).

Si habían tenido o no algunas de las siguientes complicaciones durante el embarazo se obtuvo lo siguiente: Pre eclampsia un 83.3% (90) dijo no y un 16.7% (18) si la tuvo. (VER ANEXO TABLA No.21).

Enfermedad de transmisión sexual un 87% (94) no la tuvo y un 13% (14) sí. (VER ANEXO TABLA No. 22).

Tener el bebé antes de tiempo un 74.1% (80) dijo no haberlo tenido y un 25.9% (28) dijo sí. (VER ANEXO TABLA No. 23).

Tener el bebé después de tiempo un 83.3% (90) dijo no y un 16.7% (18) dijo que sí. (VER ANEXO TABLA No. 24).

Parto prolongado 68.5% (74) dijo no y el 31.5% (34) dijo sí. (VER ANEXO TABLA No. 25).

Si han tenido su hijo por cesárea el 85.2% (92) contestó que no y el 14.8% (16) que si le practicaron cesárea. (VER ANEXO TABLA No. 26).

Al preguntarles si anteriormente habían tenido un niño de bajo peso las respuestas fueron 83.3% (90) no y 16.7% (18) sí. (VER ANEXO TABLA No.27).

Respecto a la pregunta si les habían diagnosticado anemia durante el embarazo se obtuvo que el 80.6% (87) no había tenido y que el 19.4% (21) sí. (VER ANEXO TABLA No. 28).

Si habían padecido de alguna enfermedad bacteriana complicada 86.1% (93) que no y un 13.9% (15) que sí. (VER ANEXO TABLA No. 29).

Algún hijo con malformación física 97.2% (105) dijo no pero un 2.8% (3) dijo sí. (VER ANEXO TABLA No, 30).

Haber tenido un hijo prematuro se encontró que un 97.2% (105) dijo no y un 2.8% (3) dijo sí. (VER ANEXO TABLA No. 31).

Dificultades respiratorias el 95.4% (103) no habían tenido, un 4.6% (5) sí. (VER ANEXO TABLA No. 32).

Hipertensión se detectó que un 92.6% (100) no habían tenido y que un 7.4% (108) sí. (VER ANEXO TABLA No. 33).

Problemas del corazón el 99,1% (107) no y el 0.1% (1) sí. (VER ANEXO TABLA No. 34).

Ninguna de las complicaciones el 85.2% (92) tuvo alguna y el 14.8% (16) dijo no haber tenido ninguna complicación, destacando este dato que más de la mitad de la población entrevistada tuvo alguna complicación y la minoría no tuvo ninguna. De las complicaciones las que alcanzaron el mayor porcentaje en las entrevistadas fueron en su orden parto prolongado, anemia, tener el bebé antes de tiempo, pre eclampsia y cesárea. (VER ANEXO TABLA No. 35).

El peso del hijo al nacer 59.2% (64) afirmó que su hijo pesó entre 2,727–3,636 gramos (6-8 lbs.), 33.3% (36) entre 1,364-2,273 gramos (3-5 lbs.), un 7.5% (8) pesó entre 4,091–5,455 gramos (9-12 lbs.). Los hijos de las madres adolescentes en su mayoría al nacer tuvieron un peso adecuado, seguido de los de bajo peso y un tercer lugar los de peso alto. (VER ANEXO TABLA No. 36)

La talla del niño al nacer los rangos presentaron estos datos las madres que sabían lo que su hijo midió un 59.1% (45) entre 47 – 56 cms. Y 40.7% (31) entre 34 – 46 cms. Un 29.6% (32) de las madres no sabían cuánto midió su hijo al nacer. Hay un porcentaje alto de las madres que no sabían la talla de su hijo al nacer lo que afecta grandemente estos resultados, sin embargo las que sabían reflejaron que la mayoría se encontraba en la talla adecuada seguido de un porcentaje alto que se encontraba en el límite inferior y talla baja. (VER ANEXO TABLA No. 37).

Como ha sido el crecimiento de los niños que nacieron con bajo peso se tuvo que el 50% (18) ha crecido adecuadamente, el 27.8% (10) sigue con bajo peso, y un 22.2% (8) le ha costado ganar peso o ha tenido un crecimiento inadecuado. Un porcentaje mayoritario ha tenido un crecimiento satisfactorio, no obstante hay un 50% que sigue con crecimiento inadecuado y con bajo peso. (VER ANEXO TABLA No. 38).

En relación a muertes neonatales y abortos el 95.4% (103) no ha tenido ninguno, el 2.8% (3) ha tenido un aborto y el 1.9% (2) muerte neonatal. Hay un porcentaje pequeño que ha tenido algún aborto o muerte neonatal y la mayoría de la entrevistadas no lo ha tenido. (VER ANEXO TABLA No. 39).

-Entre los **factores económicos** los ingresos mensuales el 55.6% (60) gana entre 2,000-4,000 lps. Un 26.9% (29) entre 5,000-6,000 lps. Y el 17.6% (19) más de 6,000 lps. El porcentaje mayoritario gana menos del salario mínimo lo cual implica no poder abastecerse de la canasta básica y el menor porcentaje gana el salario mínimo o más. (VER ANEXO TABLA No. 40).

Si tomó algún suplemento nutricional durante el embarazo un 95.4% (103) tomó Ácido Fólico/Hierro y el 4.6% (5) no tomó ninguno, la mayoría tomó ácido fólico, Hierro o ambos, pero un porcentaje significativo no tomó nunca. (VER ANEXO TABLA No. 41).

La frecuencia con que asistía a control prenatal el 76.9% (83) asistió cada mes, 8.3% (9) solo al inicio del embarazo, 5.6% (6) esporádicamente, 5.6% (6) solo al inicio del embarazo, 3.7% (4) nunca, (VER ANEXO TABLA No.42).

La frecuencia con que asistían al control prenatal son en mayor número las que asistieron todos los meses pero refleja un porcentaje significativo de las que no asistieron mes a mes durante los 9 meses y nunca.

En el **análisis bivariado** se obtuvo los siguientes resultados:

Grupos Etarios OR = 1 Chi² = 0.00 p-valor = 0.48. En los grupos de edad no hay asociación porque el OR = 1 y Chi² y valor de P no tienen significancia estadística.

Número de hijos OR = 1.93 Chi² = 1.38 p-valor = 0.24. En la variable número de hijos se encontró asociación ya que el OR > 1 sin embargo Chi² y valor de P no tienen significancia estadística.

Número de embarazos OR = 2.38 Chi² = 3.04 p-valor = 0.047. En la variable número de embarazos se encontró asociación OR > 1, valores de Chi² y de P no tienen significancia estadística.

Escolaridad alcanzada OR = 1.25 Chi² = 0.29 p-valor = 0.58. (VER ANEXO TABLA No. 46).

En la variable escolaridad hay una leve asociación $OR > 1$ sin tener significancia estadística en sus valores de Chi^2 y valor de P.

Fuman en su casa $OR = 2.23$ $Chi^2 = 3.3$ $p\text{-valor} = 0.07$. Si hubo asociación en si fuman en su casa $OR > 1$, valor de Chi^2 y P demuestran que la asociación no es estadísticamente significativa.

Fuma o ha fumado $OR = 1.22$ $Chi^2 = 0.07$ $p\text{-valor} = 0.79$. En la variable si fuma hubo leve asociación $OR > 1$ valor de Chi^2 y P demuestran que la asociación no es estadísticamente significativa.

Cocina con estufa o leña $OR = 1$ $Chi^2 = 0.00$ $p\text{-valor} = 1$. El método de cocción de los alimentos no mostró asociación ya que $OR = 1$ por lo que Chi^2 y valor de P carecen de significancia estadística.

Sexo del ginecólogo influye $OR = 0.38$ $Chi^2 = 3.79$ $p\text{-valor} = 0.03$. Si el ginecólogo es hombre o mujer no influyó en la decisión de asistir o no a control prenatal ya que el valor de $OR < 1$ y Chi^2 y valor de P no tienen significancia estadística. (VER ANEXO TABLA No.47).

Peso de la madre $OR = 2.35$ $Chi^2 = 2.83$ $p\text{-valor} = 0.09$. Si hubo asociación en el peso de la madre $OR > 1$, no obstante Chi^2 y valor de P carecen de significancia estadística.

Talla de la madre $OR = 1.77$ $Chi^2 = 1.05$ $p\text{-valor} = 0.30$. La estatura de la madre mostró asociación $OR > 1$, Chi^2 y valor de P indican que la asociación no es estadísticamente significativa.

Pre eclampsia $OR = 2.33$ $Chi^2 = 2.7$ $p\text{-valor} = 0.10$.

Tener el bebé antes de tiempo $OR = 6.2$ $Chi^2 = 16.1$ $p\text{-valor} = 0.00006$.

Anemia OR = 2.13 Chi² = 2.37 p-valor = 0.12.

Enfermedad Bacteriana Complicada OR = 1.4 Chi² = 0.35 p-valor = 0.56.

Niño con malformación física OR = 4.18 Chi² = 1.53 p-valor = 0.23.

Hipertensión OR = 3.71 Chi² = 3.3 p-valor = 0.07.

Niño muerto o aborto OR = 8.8 Chi² = 5.09 p-valor = 0.024. (VER ANEXO TABLA No. 48)

En las complicaciones se encontró asociación en Preclamsia, Anemia, Enfermedad bacteriana complicada, siendo malformación congénita e Hipertensión las que mostraron una mayor asociación con valores de OR 4.18, OR = 3.71 respectivamente valores de Chi² < 3.84 y P > 0.05 reflejan que las asociaciones no son estadísticamente significativas.

Tener el bebé antes de tiempo OR = 6.2 Chi² = 16.1 p= 0.00006 y tener un niño muerto o un aborto OR=8.9 Chi² = 5.1 y p= 0.024 mostraron una fuerte asociación con Chi² > 3.84 y valor de P < 0.05.(VER ANEXO TABLA No. 48)

Ingresos OR = 1.5 Chi² = 0.51 p-valor = 0.48. Los ingresos mostraron una asociación ya que OR > 1 Chi² y P muestran que no es significativa.

Suplementos Nutricionales OR = 8.8 Chi² = 5 p-valor = 0.02. La ingesta de suplementos nutricionales reveló que si hay una fuerte asociación y que esa asociación es estadísticamente significativa con Chi² > 3.84 y P < 0.05.

Control Prenatal OR = 1.82 Chi² = 1.65 p-valor = 0.19. Muestra que hay asociación OR>1 Chi² y valor de P demuestran que la asociación no es estadísticamente significativa. (VER ANEXO TABLA 49).

X. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Son múltiples los factores que se han asociado al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes entre los que se han mencionado la edad temprana de la madre, baja escolaridad, número de hijos, hábito de fumar, de ingerir bebidas alcohólicas, falta de control prenatal, ingesta de suplementos nutricionales, nutrición y complicaciones durante el período de gestación entre otros. En el presente estudio se trata de encontrar los factores de tipo sociodemográfico, cultural, biológico y económico que estén asociados al bajo peso al nacer de madres adolescentes que asisten al centro de salud Alonso Suazo ubicado en Tegucigalpa, Honduras.

Algunos hallazgos encontrados se obtuvo que el 94.4% de los Casos y los Controles correspondían a las edades de 16-19 años el OR = 1 con IC (95% de confianza) de 0.17-5.73 no mostró asociación entre la edad y el bajo peso al nacer, ni significancia estadística $P > 0.05$ pudiendo explicarse que se conoce que las adolescentes tempranas tienen mayor probabilidad de tener un hijo con bajo peso que las adolescentes tardías o de más edad y en este caso se conoce que el mayor porcentaje correspondía a las edades entre 16-19 años, lo que explica este comportamiento mostrando una similitud a estudios realizados en Perú, Brasil, España y México, sin embargo no son coherentes con estudios realizados en Cuba y en Honduras donde si mostró asociación significativa.

El estado civil, Procedencia, Personas que habitan en la Vivienda y Religión no mostraron asociación ya que $OR < 1$ siendo coherente con estudios realizados en Brasil, Cuba y Honduras, comportándose el estado civil y procedencia como factor de riesgo en estudio hecho en Colombia y en España.

En cuanto al número de hijos tanto en los Casos como en los Controles el mayor porcentaje de las adolescentes sólo tenían un hijo, el grado de escolaridad en los Casos fue menor en cuanto al grado de escolaridad alcanzado en su mayoría, en los Controles alcanzaron un grado mayor, en las dos variables de estudio se encontró asociación 1.93 con IC (95%) 0.69 - 4.45 en el número de hijos y de 1.25 con IC (95%)

0.52 – 3.01 en el grado de escolaridad alcanzado, dichas asociaciones no son estadísticamente significativas por tener un valor de $p > 0.05$.

Se pueden observar resultados nivel de escolaridad parcialmente similar a los obtenidos en Brasil, Honduras y Cuba donde no tuvieron asociación, no mostrando coherencia con Guatemala y Colombia cuyas variables se asociaron fuertemente.

En cuanto al número de embarazos tanto casos como controles el mayor porcentaje lo obtuvieron las madres con un solo embarazo y se encontró asociación con un OR = 2.38 con IC (95%) 0.88 – 6.41 y un valor de $P = 0.047$ mostrando que esta asociación tiene significancia estadística por ser $P < 0.05$, dicho resultado es válido con lo expuesto en la literatura en la que se expresa que las primíparas tienen mayor riesgo de tener un hijo bajo peso mostrando coherencia con estudios realizados en Honduras y Argentina.

El hábito de fumar ya sea en los que habitan la casa o si la adolescente fuma o ha fumado se obtuvo que si hay asociación de 2.23 con IC (95%) 0.93-5.31 de los que fuman en la casa y de 1.22 con IC (95%) 0.27 - 5.40 en las madres que fuman, no encontrándose que ambos datos sean estadísticamente significativos $P > 0.05$ coincidiendo con estudios realizados en Honduras, Perú y Cuba. Este comportamiento no es usual a la mayoría de los resultados por lo que pudiese explicarse que los factores de riesgo han ido cambiando con el paso de los años, o bien que el investigador tome una muestra más numerosa para comprobar lo verdadero de lo expuesto. El hecho de fumar es el factor que más se ha asociado al bajo peso al nacer en países como lo España, Venezuela, Cuba, México y otros, comportándose de ésta manera como un factor de riesgo.

No se encontró asociación en las variables Escolaridad del jefe de familia, medio de cocción de alimentos, bebidas alcohólicas así como si no asisten a control prenatal porque influye que el médico sea hombre o mujer siendo coherente con otro estudio realizado en Tegucigalpa, Honduras.

Referente al peso se encontró asociación con un OR = 2.35 con IC (95%) 0.79-7.30 sin embargo dicha asociación no fue estadísticamente significativa con un valor de $p > 0.05$. En la variable talla se obtuvo un OR= 1.77 con IC (95%) 0.54 – 6.16 se encontró una leve asociación careciendo de significancia estadística con un valor de $p > 0.05$. La literatura menciona que se ha encontrado asociación entre el peso y la talla de la madre con el tener un hijo con bajo peso lo que coincide con resultados encontrados en estudios realizados en Perú, Honduras y Cuba.

Dentro de las complicaciones que pueden presentar las madres adolescentes de todas las mencionadas en este estudio se obtuvo como resultado que si existe asociación en la mayoría de cada una de ellas con el bajo peso al nacer de las que se obtuvo significancia estadística fueron haber tenido un niño muerto o un aborto con un OR= 8.9 con un IC (95%) 0.87–217 y $P=0.024$, tener el bebé antes de tiempo OR = 6.2 con un IC (95%) 2.44–15.8 y $P= 0.00006$ ambos con un nivel fuerte de asociación y estadísticamente significativos por obtener $P < 0.05$, éstos resultados son similares al estudio llevado a cabo en Cuba, Honduras, Brasil, España dando más consistencia a los resultados obtenidos en ésta investigación. No fue coherente con un estudio realizado en Perú.

Las demás complicaciones que tuvieron asociación pero no fueron estadísticamente significativas resultando el valor de $P > 0.05$. En el orden la que mostró mayor asociación con un OR= 4.18 fue tener un hijo con malformación congénita, seguido de Hipertensión con OR = 3.71, Pre eclampsia con OR=2.33, Anemia OR= 2.13 y enfermedad bacteriana complicada OR=1.40.

Estos resultados se asemejan a los obtenidos en estudios realizados en Cuba, Guatemala, Argentina, Brasil, y Venezuela en donde se encontró una asociación significativa en anemia, hipertensión, pre eclampsia con el nacimiento de niños con bajo peso.

Las complicaciones que no tuvieron asociación fueron: Enfermedad de transmisión sexual, dificultad respiratoria, sepsis cervicovaginal, embarazo gemelar, embarazos post término, Parto prolongado, Cesárea, antecedentes de recién nacido con bajo peso y cardiopatías no siendo coherente con estudios llevados a cabo en Cuba, Guatemala y Venezuela.

En relación a los ingresos un OR= 1.5 IC (95%) 0.45 – 5.29 y el control prenatal con OR= 1.82 IC (95%) 0.66 – 5.02 refleja que si hubo asociación no obstante el valor de $P > 0.05$ indica que la asociación carece de significancia estadística difiere de resultados obtenidos en países como Guatemala, Argentina, Brasil y España. Se asemeja a resultados obtenidos en Cuba y Honduras donde no se comportaron como factores de riesgo.

La ingesta o no de suplementos nutricionales reveló que el OR=8.8 con un IC (95%) 0.87 – 217 y $P = 0.02$ indican que la asociación es fuerte y que estadísticamente es significativa lo que se asemeja al estudio realizado en Colombia y otro en Honduras. La no ingesta de ácido fólico o Hierro representa un factor de riesgo para tener hijos con bajo peso similares resultados fueron encontrados en un estudio en Cuba y Honduras. La variable alimentación no mostró asociación en éste estudio.

XI. CONCLUSIONES

1. En las características sociodemográficas el número de hijos, el grado de escolaridad alcanzado y el número de embarazos se encontró que había asociación ya que el valor de OR resultó mayor que 1, pero su valor de Chi^2 y P demostraron no ser estadísticamente significativos, no hubo asociación entre la edad, procedencia, estado civil, habitan en la vivienda y religión con tener un hijo con bajo peso al nacer.

2. En los factores culturales conductuales el hábito de fumar ya sea los que habitan en la casa o si la madre adolescente fuma mostró asociación, no obstante por sus valores de Chi^2 y P son no significativas estadísticamente. No se encontró asociación en las variables medio de cocción de alimentos, jefe de familia, escolaridad del jefe de familia motivo del embarazo, bebidas alcohólicas así como si no asisten a control prenatal porque influye que el médico sea hombre o mujer.

3. En los factores biológicos la talla, el peso y todas las complicaciones consultadas en la entrevista fueron asociadas al bajo peso al nacer, sin embargo las que tuvieron significancia estadística fueron haber tenido un niño muerto o un aborto con un $\text{OR} = 8.9$ $\text{Chi}^2 = 5.1$ y tener el bebé antes de tiempo con un $\text{OR} = 6.2$ $\text{Chi}^2 = 16.1$ comprobándose así que hay asociación entre tener un aborto o un niño muerto y tener el bebé antes de tiempo, considerándose ambos factores de riesgo para el bajo peso del bebé.

4. En cuanto a los factores económicos se encontró asociación estadísticamente significativa en la variable suplementos nutricionales con un $\text{OR} = 8.8$ y $\text{Chi}^2 = 5$, fundamentando de ésta manera que la no ingesta de Hierro y Ácido Fólico es un factor de riesgo para tener un niño bajo peso al nacer. Variables como ingreso, control prenatal y alimentación mostraron asociación careciendo de significancia estadística.

XII. RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud Alonso Suazo

A las autoridades del centro de Salud Alonso Suazo promover a través de la recién inaugurada clínica del adolescente la salud integral de las madres de esa edad que permitan abarcar todos los embarazos que ocurren como también la salud y cuidados de sus hijos y aportar elementos para el desarrollo adecuado de ellos.

Al director del Centro de salud Alonso Suazo sugerir de manera consistente la importancia de llevar separadamente y de una manera más estricta y ordenada los expedientes de las madres adolescentes y de ésta manera estará llevándose a cabo un adecuado control prenatal durante el período de gestación.

A la Región Metropolitana del Distrito Central

Por ser el ente encargado del Programa de Atención Integral al Adolescente promover de una manera más efectiva la prevención de embarazos en adolescentes a través de educación para la salud en las Escuelas e Institutos ubicados en el Municipio de Tegucigalpa.

A la Secretaría de Salud Pública

Incitar a las autoridades de la secretaría de salud a reforzar el Programa de Atención Integral al Adolescente que a través de talleres se capacite a la población estudiantil acerca de la prevención en embarazos a temprana edad, y dirigido a las madres adolescentes, que atención y cuidados especiales debe recibir durante el período de gestación y el parto, dado que la salud del recién nacido está vinculada estrechamente a la salud de la madre.

Incentivar a los profesionales de la salud de todas las áreas a realizar estudios que puedan complementar esta información realizando investigaciones basándose en la incidencia, y de ésta manera brindar más información acerca de la situación actual que se vive en el país con éste problema que cada vez afecta más al sistema de salud.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aroche O., Marroquín J., Monroy R. (2008). *Tesis "Factores de Riesgo Materno asociados al Bajo Peso al Nacer"* Guatemala, Universidad de San Carlos. Disponible en página web <http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis>.
2. Barreto S. (2003) "*Factores de Riesgo y Resultados Perinatales en la Pre eclampsia severa: Un estudio caso control*". Argentina. Vol. 22 No. 3 pp.116-120 Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Disponible en página web: <http://redalyc.org>.
3. Canales V. J. (2011) Tesis Factores Relacionados al Embarazo en las Adolescentes que asisten a los Clubes del Centro de Salud José Dolores Fletes. Nueva Segovia Nicaragua.
4. Da Silva S., Santos S., Coca L. (2011) "*Nacimiento de recién nacidos de bajo peso en institución filantrópica terciaria del Municipio de Piracicaba*" Brasil. Vol.10 No. 23 Enfermería Global. Disponible en Página web <http://scielo.isciii.es>.
5. Díaz A., Sanhueza P., Yaksic N., (2002) "*Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: Estudio Comparativo de Resultados Obstétricos y Perinatales con Pacientes Embarazadas Adultas*". Universidad de Chile. Revista chilena OBSTET GINECOL 2002; 67(6): 481-487 Vol. 67. Disponible en página web <http://scielo.cl/scielo.php>.
6. Chen P. J. MD (2008) Bajo Peso al Nacer. Department of Obstetrics & Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network.
7. Diccionario Básico Lengua Española. (2006).
8. Ediciones Larousse, Londres número 247, México D.F.

9. Entrevista Escuela de Enfermería y Estadística Centro de Salud Luis Alonso Suazo (2012). Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia Tegucigalpa, Honduras.
10. Gala H., Crespo E. (2010) "*Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana*". MEDISAN v.14 n.2 Cuba. Disponible en página web <http://www.scielo.sld.cu>.
11. Glasziou P. Mackerras D. (2006) "*Vitaminas en el Embarazo y la lactancia*" Department of Social and Preventive Medicine and Department of Public Health University of Sydney, Australia. Anales Nestlé Vol.53 # 2.
12. Gómez A. (2001) "*Hijo de Madre Adolescente, Características de la Madre, Parto, Neonato y Definición de las Causas de Morbimortalidad en los mismos*". Honduras REV MED POST UNAH. Vol. 6 No. 1 Disponible en página web <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2008>.
13. Instituto de Profesionalización y Superación Docente. (2010). Curso de Metodología de la Investigación. Ciudad Universitaria Universidad Nacional Autónoma. Tegucigalpa, Honduras.
14. Issler J. (2001). "*Embarazo en la Adolescencia*" Chile. Medicina No. 107. Disponible en página web <http://scholar.google.com>.
15. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. (2009). Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona, España. Editorial Elsevier, España. Volumen I, 18ª. Edición Versión en Español.
16. Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. (2009). Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona, España. Editorial Elsevier, España. Volumen II, 18ª. Edición Versión en Español.

17. Medina A. (2008) "*Factores de Riesgo Maternos Asociados a Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer*" Honduras. Revista Médica Hondureña 76:12-18.
18. Neyra N., Neyra A. (1998) "*Factores que inciden en el bajo peso al nacer*". San Luis, Santiago de Cuba. Revista Cubana Volumen 14. Disponible en página web www.bvs.sld.cu/revistas/enf.
19. OMS (2004). Método Madre Canguro, Guía Práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas OMS Ginebra. Disponible en la página web bookorders@who.int.
20. OPS (2004) Peso Inferior al Normal Talla Baja y Sobrepeso en Adolescentes en América Latina y El Caribe. Disponible en página web adolescentAnthropometric_spa.pdfnew.paho.org.
21. Peraza G., J. Pérez S., Figueroa Z. (2001). "*Factores Asociados al Bajo Peso al Nacer*" La Habana, Cuba. 2001;17 (5):490-6. Disponible en página web http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI14501.htm
22. Riva N. S. (2004) Tesis Factores de riesgo para parto pre término en gestantes Adolescentes del Hospital de apoyo número 2. Yarinacocha, Pucallpa, Lima Perú.
23. Rodríguez L., Romero P., (2005) "*Prevalencia de Bajo Peso al Nacer y Factores Asociados*" México. Ginecología Obstétrica 2005;73:132-6. Disponible en página web <http://www.medigraphic.com>.
24. Rodríguez P.L., Hernández J. Reyes A. (2006) "*Obstetricia Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre*". La Habana, Cuba. Volumen 32. Disponible en página web http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_3_06/gin01306.htm.

25. Roque GJP (2001) *Med Gen Integr* 2001: 17(5): 490-6. Disponible en página web www.bvs.sld.cu/revistas/mgi by GJP Roque.
26. Ruíz J., Romero G., Moreno H. (1998). “*Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia*”. *Revista Salud Pública* Vol. 4. Disponible en página web <http://www.scielo.org>.
27. Salinas H., Erazo M., Pastene C., Reyes A., Catalán J., Carmona S., (2004) “*Factores de Riesgo Asociados Al Bajo Peso al Nacer*”. *Revista chilena Salud Pública*, Vol. 8 (2): 78-83. Disponible en página web <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl>.
28. Shutt J.A MPH, Maddaleno M. MD, MPH, (2003). “*Salud y Desarrollo en Adolescentes y Jóvenes en las Américas Implicaciones en Programas y políticas*”. OPS, México. Vol. 45. Disponible en página web <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000434>.
29. Soriano T., Juarranz M., (2002) “*Estudio del Bajo peso al Nacer en dos Áreas Sanitarias de Madrid*”. España. Universidad Complutense. Disponible en página web <http://www.mgyf.org/medicina-general/abril2002>.
30. Yu-Tang J. (1997) “*Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías*”. Callao, Perú. Anales de la facultad de Medicina Volumen 61, pags. 46-50. Disponible en página web <http://sisbib.unmsm.edu.pe>.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo No. 1 Características Sociodemográficas

Variable	Definición Operacional	Valores	Indicador	Escala de Medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	9-12 13-15 16-19	¿Cuántos años tiene?	Razón
Procedencia	Lugar de origen.	Rural Urbano	¿A qué zona pertenece?	Cualitativa Nominal
Estado Civil	Situación de la persona físicamente determinada por sus relaciones de familia.	Soltera Casada Acompañada	¿Cuál es su estado civil?	Cualitativa Nominal
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Católica Evangélica Mormona Ninguna	¿A qué religión pertenece?	Nominal
Escolaridad	Último año en grados.	Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Universidad Ninguna	¿Cuál es el grado de escolaridad que usted ha alcanzado?	Ordinal
Número de hijos	Cantidad de hijos	Es mi primer hijo. 1 2 3 + de 3	¿Cuántos hijos tiene?	Discreta
Número de embarazos	Cantidad de gestaciones	Este fue mi primer embarazo. 1 2 3 + de 3	¿Cuántos embarazos ha tenido?	Discreta
Habitan en la vivienda	Habitan bajo un mismo techo	2-3 personas de 3-5 personas + de 5 personas	¿Cuántas personas viven en su casa?	Discreta

Objetivo No. 2 Factores Culturales/Conductuales.

Variable	Definición Operacional	Valores	Indicador	Escala de Medición
Jefe de familia	Persona responsable de la manutención del hogar.	Padre Madre Esposo o compañero Otro familiar	¿Quién es el responsable de los gastos de la casa?	Nominal
Escolaridad del jefe de familia	Último año en grados	Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Universidad Ninguna	¿Cuál es el grado de escolaridad que ha alcanzado el que mantiene la casa?	Ordinal
Fumador	Hábito de fumar	Si fuma No fuma	¿Alguien fuma cigarrillo en su casa? ¿Usted ha fumado o fuma cigarrillo actualmente?	Nominal
Cocción de Alimentos	Medio de cocción	Leña Carbón Estufa de gas Estufa eléctrica	En su casa se cocina con:	Nominal
Bebidas alcohólicas	Ingesta de bebidas alcohólicas.	Si No	¿Usted ha ingerido bebidas alcohólicas antes, ahora?	Nominal
Acuda o no al control prenatal		Si No	¿El hecho de que el médico sea hombre o mujer influye en que usted acuda al centro de salud para control?	Nominal

Objetivo No. 3 Factores Biológicos.

Variable	Definición Operacional	Valores	Indicador	Escala de Medición
Peso de la madre	Acción de pesar. Su medida en unidades determinadas.	Peso expresado en Kilogramos o en libras.	¿Cuál es su peso corporal?	Razón
Talla de la madre	Instrumento para medir a las personas. Estatura.	Expresada en Metros o en Centímetros	¿Cuánto mide?	Razón
Complicaciones Prenatales	Síntoma distinto de los habituales de una enfermedad. Antes del Nacimiento	Anemia Pre eclampsia ETS Hipertensión Dificultad respiratoria Sepsis cervicovaginal Embarazo gemelar Embarazo pre término Embarazo pos término Parto prolongado Cesárea Recién nacido de bajo peso Prematuridad Ninguna	¿Ha tenido usted de alguna complicación como ésta?	Nominal
Peso del Recién Nacido	Acción de pesar. Su medida tomando como punto de comparación unidades determinadas.	Peso expresado en gramos, Kilogramos o libras	¿Cuánto pesó su niño al nacer?	Razón
Talla del Recién Nacido	Instrumento para medir a las personas. Estatura	Estatura expresada en Metros o en Centímetros	¿Cuánto midió su niño al nacer?	Razón
Muerte neonatal	Cesación completa de la vida.	Un niño muerto en los últimos tres meses del embarazo. Algún aborto. Un niño que murió en las primeras horas de nacido. Un niño que murió en el primer mes de nacido.	Usted ha tenido:	Nominal

Objetivo No. 4 Factores Económicos

Variable	Definición Operacional	Valores	Indicador	Escala de Medición
Ingresos	Ingreso monetario de forma mensual.	2000-4000 lps. 5000-6000 lps. + de 6000 lps.	¿Cuánto es el ingreso en lempiras que reciben cada mes?	Razón
Suplementos Nutricionales	Cualquier producto cuya ingesta tenga como finalidad la de complementar la dieta alimenticia.	Ácido Fólico Hierro Otras vitaminas Ninguna	¿Usted ha tomado algunas éstas vitaminas antes o durante el embarazo?	Nominal
Control Prenatal	Conjunto de actividades de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento con el fin de lograr una adecuada gestación.	1 vez al mes Cada 2 o 3 meses Sólo al principio o al final del embarazo Nunca Si No	¿Con qué regularidad visita al ginecólogo? ¿El hecho de que el médico sea hombre o mujer influye en que usted acuda al centro de salud para control?	Discreta Nominal
Alimentación	Proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objeto de obtener los nutrientes necesarios para sobrevivir.	Almuerzo del día anterior. Cena del día anterior. Desayuno del día actual.	¿Qué almorzó ayer? ¿Qué cenó ayer? ¿Qué desayunó hoy?	Nominal

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente estudio se realiza con el fin de analizar los factores asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Luis Alonso Suazo de la Ciudad de Tegucigalpa. Solicito a usted muy respetuosamente su colaboración en la obtención de respuestas a las siguientes interrogantes. Toda la información brindada se guardará con la discreción y confidencialidad debida.

ENCIERRE UNA O VARIAS RESPUESTAS QUE CORRESPONDAN A SUS DATOS

1.- ¿Cuántos años tiene?

- a) 9-12
- b) 13-15
- c) 16-19

2.- ¿A qué zona pertenece?

- a) Rural
- b) Urbano

3.- ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Acompañada

4.- ¿A qué religión pertenece?

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Mormona
- d) Ninguna

5.- ¿Cuál es el grado de escolaridad que usted ha alcanzado?

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Universidad
- f) Ninguna

6.- ¿Cuántos hijos tiene?

- a) Es mi primer hijo
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) + de 3

7.- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a) Éste fue mi primer embarazo
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) + de 3

8.- ¿Cuántas personas viven en su casa?

- a) 2-3 personas
- b) de 3-5 personas
- c) + de 5 personas

9.- ¿Quién es el responsable de los gastos de su casa?

- a) Padre
- b) Madre
- c) Mi esposo o compañero
- d) Otro familiar

10.- ¿Cuál es el grado de escolaridad que ha alcanzado el que paga los gastos de la casa?

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Universidad
- f) Ninguna

11.- ¿Alguien fuma cigarrillo en su casa?

- a) Si
- b) No

12.- ¿Usted ha fumado o fuma cigarrillo actualmente?

- a) Si
- b) No

13.- En su casa se cocina con:

- a) Leña
- b) Carbón
- c) Estufa

14.- ¿Usted ha ingerido bebidas alcohólicas antes o ahora?

- a) Si
- b) No

15.- ¿Por qué se embarazó?

- a) Por curiosidad
- b) Por enamoramiento
- c) Por deseo propio
- d) Por descuido
- e) Por otros motivos

16.- ¿Cuánto pesa usted?

17.- ¿Cuánto mide usted?

18.- ¿Ha tenido usted alguna de éstas complicaciones?

- a) Pre eclampsia
- b) Enfermedad de Transmisión Sexual
- c) Tener el bebé antes de tiempo
- d) Parto prolongado
- e) Aumento de cesáreas
- f) Recién nacido de bajo peso
- g) Anemia
- h) Enfermedad bacteriana complicada
- i) Algún niño con malformación física
- j) Tener un niño Prematuro
- k) Dificultades respiratorias
- l) Hipertensión
- m) Problemas del corazón
- n) Ninguna de las anteriores

19.- ¿Cuánto pesó su niño al nacer?

20.- ¿Cuánto midió al nacer?

21.- Si su niño nació con bajo peso ¿cómo ha sido su crecimiento?

- a) Sigue con bajo peso
- b) Le ha costado ganar peso
- c) Ha ganado peso y ha crecido de una manera satisfactoria

22.- Usted ha tenido:

- a) Un niño muerto en los últimos tres meses del embarazo
- b) Algún aborto
- c) Un niño que murió en las primeras horas de nacido
- d) Un niño que murió en el primer mes de nacido
- e) Ninguno

23.- ¿Cuánto es el ingreso en lempiras que reciben mensualmente?

- a) 2000-4000 los.
- b) 5000-6000 los.
- c) + de 6000 los.

24.- ¿Usted tomó tomado algunos de éstos suplementos alimenticios antes o durante el embarazo?

- a) Ácido Fólico
- b) Hierro
- c) Otras vitaminas
- d) Ninguna de las anteriores

25.- ¿Con qué regularidad visitó al ginecólogo durante el embarazo?

- a) 1 vez al mes
- b) Esporádicamente cada 2 o 3 meses
- c) Sólo al principio del embarazo
- d) Solo al final del embarazo
- e) Nunca

26.- ¿El hecho de que el médico sea hombre o mujer influye en que usted acuda al centro de salud para control prenatal?

- a) si
- b) no

27.- ¿Qué almorzó ayer?

28.- ¿Qué cenó ayer?

29.- ¿Qué desayunó hoy?

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy Orestila Díaz Ordóñez, Microbióloga y Química Clínica, actualmente finalizando mi maestría de Epidemiología en CIES Ocotol, Nicaragua. Como parte de los requisitos de graduación se llevará a cabo una investigación de un estudio para optar a mi título de Maestro en Epidemiología. La Investigación se trata sobre Los Factores de Riesgo Asociados al Bajo Peso Al Nacer en Hijos de Madres Adolescentes.

El propósito de éste estudio es analizar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Alonso Suazo. Se le hará una serie de preguntas cuya duración será de aproximadamente 15 minutos. En este tiempo se le solicitará información personal y datos de su hijo al momento de su nacimiento. La participación es voluntaria y usted tiene el derecho de no participar si así lo desea y de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio material. No recibirá compensación por participar y cualquier negativa no incurrirá en ninguna penalidad o pérdida de beneficio alguno.

El beneficio será una charla que se impartirán en el Centro de Salud luego de finalizado el estudio para explicar los resultados obtenidos en la investigación y sobre los cuidados que se deben tener con el niño y con la adolescente antes, durante y después del embarazo. La información recibida se mantendrá bajo estricta confidencialidad y no se utilizará su nombre ni ninguna otra información que pueda identificarla.

He escuchado el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Mi firma en este documento certifica que doy el consentimiento y que tengo capacidad para consentir y que consiento a participar (o a que mi hija, o a que mi esposa participe en este estudio).

Paciente Menor de Edad _____

Firma del Padre, Madre o esposo

Fecha

ANEXO 4: TABLAS DE RESULTADOS

TABLA 1: ESTUDIO CASO CONTROL. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

CASO CONTROL		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASO	36	33.3
CONTROL	72	66.7
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 2: GRUPOS ETAREOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

GRUPOS ETÁREOS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-15 AÑOS	6	5.6
16.19 AÑOS	102	94.4
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 3: EDAD. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

EDAD		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13AÑOS	1	0.9
14 AÑOS	3	2.8
15 AÑOS	2	1.9
16 AÑOS	10	9.3
17 AÑOS	14	13.0
18 AÑOS	24	22.2
19 AÑOS	54	50.0
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 4: PROCEDENCIA DE LAS ENTREVISTADAS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

PROCEDENCIA

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	7	6.5
URBANA	101	93.5
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 5: ESTADO CIVIL. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

ESTADO CIVIL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIUDA	1	0.9
CASADA	7	6.5
SOLTERA	31	28.7
ACOMPAÑADA	69	63.9
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 6: RELIGIÓN. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

RELIGIÓN

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MORMONA	2	1.9
NINGUNA	19	17.6
CATÓLICA	24	22.2
EVANGÉLICA	63	58.3
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 7: GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

ESCOLARIDAD

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNIVERSIDAD	1	0.9
P. INCOMPLETA	8	7.4
P. COMPLETA	18	16.7
SEC. COMPLETA	19	17.6
SEC. INCOMPLETA	62	57.4
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 8: NÚMERO DE HIJOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

NÚMERO DE HIJOS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	6	5.6
2	9	8.3
MI PRIMER HIJO	93	86.1
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 9: NÚMERO DE EMBARAZOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

NÚMERO DE EMBARAZOS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2	20	18.5
ÚNICO EMBARAZO	88	81.5
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 10: HABITAN EN LA VIVIENDA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

HABITAN EN LA VIVIENDA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2-3 PERSONAS	30	27.8
3-5 PERSONAS	31	28.7
MAS DE 5	47	43.5
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 11: RESPONSABLE DE LOS GASTOS DE LA CASA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

RESPONSABLE DE LOS GASTOS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRE	17	15.7
OTRO FAMILIAR	18	16.6
MADRE	25	23.1
ESPOSO	48	44.4
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 12: ESCOLARIDAD DEL JEFE DE LA CASA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

ESCOLARIDAD DEL JEFE DE LA CASA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	2	1.9
UNIVERSIDAD	2	1.9
P. COMPLETA	25	23.1
SEC. INCOMPLETA	25	23.1
P. INCOMPLETA	26	24.1
SEC. COMPLETA	28	25.9
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 13: FUMAN CIGARRILLO EN LA CASA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

FUMAN EN LA CASA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	30	27.8
NO	78	72.2
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 14: FUMA O HA FUMADO CIGARRILLO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

FUMA CIGARRILLO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	7.4
NO	100	92.6
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 15: COCCIÓN DE ALIMENTOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

MEDIO DE COCCIÓN		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEÑA	18	16.7
ESTUFA DE GAS	23	21.3
E. ELÉCTRICA	67	62.0
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 16: BEBIDAS ALCOHÓLICAS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

BEBIDAS ALCOHÓLICAS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	23.1
NO	83	76.9
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 17: MOTIVO DEL EMBARAZO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

MOTIVO DEL EMBARAZO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POR CURIOSIDAD	4	3.7
OTROS MOTIVOS	7	6.5
POR DESEO	29	26.9
POR DESCUIDO	34	31.5
ENAMORAMIENTO	34	31.5
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 18: SEXO DEL GINECÓLOGO INFLUYE EN QUE ACUDA O NO A CONTROL PRENATAL. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

ACUDE O NO A CONTROL PRENATAL		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	31	28.7
NO	77	71.3
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 19: PESO DE LA MADRE. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

PESO EN KG		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
36 - 47.7	16	14.8
50 – 56.8	63	58.3
57.2 – 68,1	26	24.0
70.4 Y MÁS	3	2.7
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 20: TALLA DE LA MADRE. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

TALLA EN METROS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1.63 – 1.73	21	19.4
1.46 – 1.54	35	32.4
1.55 – 1.62	52	48.1
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 21: COMPLICACIONES PREECLAMPSIA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

PREECLAMPSIA

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	16.7
NO	90	83.3
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 22: ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	13.0
NO	94	87.0
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 23: TENER EL BEBÉ ANTES DE TIEMPO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

TENER EL BEBÉ ANTES DE TIEMPO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	28	25.9
NO	80	74.1
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 24: TENER EL BEBÉ DESPUÉS DE TIEMPO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

TENER EL BEBÉ DESPUÉS DE TIEMPO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	16.7
NO	90	83.3
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 25: PARTO PROLONGADO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

PARTO PROLONGADO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	34	31.5
NO	74	68.5
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 26: CESÁREA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

CESÁREA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	14.8
NO	92	85.2
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 27: RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	16.7
NO	90	83.3
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 28: ANEMIA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

ANEMIA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	19.4
NO	87	80.6
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 29: ENFERMEDAD BACTERIANA COMPLICADA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

ENFERMEDAD BACTERIANA COMPLICADA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	13.9
NO	93	86.1
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 30: ALGUN HIJO CON MALFORMACIÓN FÍSICA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

HIJO CON MALFORMACIÓN FÍSICA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	2.8
NO	105	97.2
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 31: ALGUN HIJO PREMATURO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

HIJO PREMATURO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	2.8
NO	105	97.2
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 32: DIFICULTADES RESPIRATORIAS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

DIFICULTADES RESPIRATORIAS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	4.6
NO	103	95.4
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 33: HIPERTENSIÓN. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

HIPERTENSIÓN

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	7.4
NO	100	92.6
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 34: PROBLEMAS DEL CORAZÓN. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

PROBLEMAS DEL CORAZÓN

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	0.9
NO	107	99.1
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 35: NINGUNA COMPLICACIÓN. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

NINGUNA

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	16	14.8
ALGUNA	92	85.2
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 36: PESO DEL HIJO AL NACER. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

PESO EN GRAMOS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1,364 – 2,273	36	33.3
2,727 – 3,636	64	59.2
4,091 – 5,455	8	7.5
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 37: TALLA DEL HIJO AL NACER. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

TALLA EN CENTIMETROS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
34 – 46	31	40.7
47 – 56	45	59.1
TOTAL	76	
NO SABE	32	29.6

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 38: CRECIMIENTO DEL HIJO CON BAJO PESO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

CRECIMIENTO

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIGUE BAJO PESO	10	27.8
INADECUADO	8	22.2
ADECUADO	18	50.0
TOTAL	36	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 39: MUERTES NEONATALES Y ABORTOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

MUERTES NEONATALES Y ABORTOS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUERTE NEONAT.	2	1.9
ABORTO	3	2.8
NINGUNO	103	95.4
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 40: INGRESOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

INGRESOS EN LEMPIRAS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAS DE 6,000	19	17.6
5,000 – 6,000	29	26.9
2,000 – 4,000	60	55.6
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 41: SUPLEMENTOS NUTRICIONALES. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	5	4.6
A.FOLICO HIERRO	103	95.4
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 42: CONTROL PRENATAL. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

CONTROL PRENATAL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	4	3.7
CADA 2 O 3 MESES	6	5.6
AL FINAL DEL EMB	6	5.6
AL INICIO DEL EMB	9	8.3
CADA MES	83	76.9
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 43: DESAYUNO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

DESAYUNO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PANCAKES	5	4.6
BUEN DESAYUNO	7	6.5
CORN FLAKES	9	8.3
PAN Y CAFÉ	12	11.1
NO DESAYUNO	75	69.4
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 44: ALMUERZO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

ALMUERZO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ALMORZO	8	7.4
ENSALADA, FRUTA	10	9.3
SOPA	17	15.7
ESPAGUETIS	20	18.5
BUEN ALMUERZO	53	49.0
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA 45: CENA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

CENA		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO CENO	10	9.3
SOLO FRIJOLES	25	23.1
BUENA CENA	34	31.5
CENA REGULAR	39	36.1
TOTAL	108	100.0

FUENTE: BASE DE DATOS

ANEXO 5: RESULTADO ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 46: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CASOS Y CONTROLES. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

Características Socio demográficas	Entrevistadas				Total	%	OR	IC (95%)	X2	P
	Caso	%	Control	%						
Grupos Etéreos										
13 – 15 Años	2	5.6	4	5.6	6	5.6	1.00	0.17 - 5.73	0.00	0.48
16 – 19 Años	34	94.4	68	94.4	102	94.4				
Total	36	100	72	100	108	100				
Número de hijos										
1 o 2 hijos	7	19.4	8	11.1	15	14				
Su primer hijo	29	80.6	64	88.9	93	86	1.93	0.69 - 4.45	1.38	0.24
Total	36	100	72	100	108	100				
Número de Embarazos										
2 Embarazos	10	27.8	10	13.9	20	18.5				
Mi primer Emb.	26	72.2	62	86.1	88	81.5	2.38	0.88 – 6.41	3.04	0.047
Total	36	100	72	100	108	100				
Grado de Escolaridad Alcanzado										
Primaria	19	52.7	34	47.2	53	49	1.25	0.52 – 3.01	0.29	0.58
Secundaria	17	47.2	38	52.7	55	51				
Total	36	100	72	100	108	100				

Fuente: Entrevista de Casos y Controles

TABLA 47: FACTORES CULTURALES CONDUCTUALES DE LOS CASOS Y CONTROLES. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

Factores Culturales Conductuales	Entrevistadas				Total	%	OR	IC (95%)	X2	P
	Caso	%	Control	%						
Fuman en su casa										
Si	14	38.9	16	22.2	30	27.7	2.23	0.93 - 5.31	3.3	0.07
No	22	61.1	56	77.8	78	72.2				
Total	36	100	72	100	108	100				
Fuma o ha fumado										
Si	3	8.3	5	6.9	8	7.4	1.22	0.27 - 5.40	0.07	0.79
No	33	91.7	67	93.1	100	92.6				
Total	36	100	72	100	108	100				
Cocina con										
Leña	6	16.6	12	16.6	18	16.6	1.0	0.30 – 3.25	0.00	1.00
Estufa	30	83.3	60	83.3	90	83.3				
Total	36	100	72	100	108	100				
Sexo del Ginecólogo influye a que asista a control										
Si	6	16.6	25	34.7	31	28.7	0.38	0.14 – 1.02	3.79	0.03
No	30	83.3	47	65.3	77	71.3				
Total	36	100	72	100	108	100				

Fuente: Entrevista de Casos y Controles

TABLA 48: FACTORES BIOLÓGICOS DE LOS CASOS Y CONTROLES. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

Factores Biológicos	Entrevistadas				Total	%	OR	IC (95%)	X2	P
	Caso	%	Control	%						
Peso de la Madre										
36 – 56.8 kg	30	83.3	49	68	79	73.1	2.35	0.79 - 7.30	2.83	0.09
57.2 y Más Kg	6	16.6	23	32	29	26.9				
Total	36	100	72	100	108	100				
Talla de la Madre										
1.46 – 1.62 Metros	31	86.1	56	77.7	87	81	1.77	0.54 – 6.16	1.05	0.30
1.63 – 1.73	5	13.9	16	22.3	21	19				
Total	36	100	72	100	108	100				
Pre eclampsia										
Si	9	25	9	12.5	18	16.6	2.33	0.83 – 6.52	2.7	0.10
No	27	75	63	87.5	90	83.3				
Total	36	100	72	100	108	100				
Tener el Bebé antes de Tiempo										
Si	18	50	10	14	28	26	6.2	2.44 – 15.8	16.1	0.00006
No	18	50	62	86	80	74				
Total	36	100	72	100	108	100				

Fuente: Entrevista de Casos y Controles

TABLA 48: FACTORES BIOLÓGICOS DE LOS CASOS Y CONTROLES. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

Factores Biológicos	Entrevistadas				Total	%	OR	IC (95%)	X2	P
	Caso	%	Control	%						
Anemia										
Si	10	27.8	11	15.3	21	19.4	2.13	0.81 - 5.64	2.37	0.12
No	26	72.2	61	84.7	87	80.5				
Total	36	100	72	100	108	100				
Enfermedad Bacteriana Complicada										
Si	6	16.7	9	12.5	15	14	1.40	0.43 - 4.34	0.35	0.56
No	30	83.3	63	87.5	93	86				
Total	36	100	72	100	108	100				
Algún niño con malformación física										
Si	2	5.6	1	1.4	3	2.77	4.18	0.37 - 47.7	1.53	0.23
No	34	94.4	71	98.6	105	97.22				
Total	36	100	72	100	108	100				
Hipertensión										
Si	5	13.9	3	4.2	8	7.4	3.71	0.83 - 16.5	3.3	0.07
No	31	86.1	69	95.8	100	92.6				
Total	36	100	72	100	108	100				
Ha tenido										
Niño muerto o un aborto	4	11.1	1	1.4	5	4.63	8.9	0.87 - 217	5.1	0.024
Ninguna	32	88.8	71	98.6	103	95.37				
Total	36	100	72	100	108	100				

Fuente: Entrevista de Casos y Controles

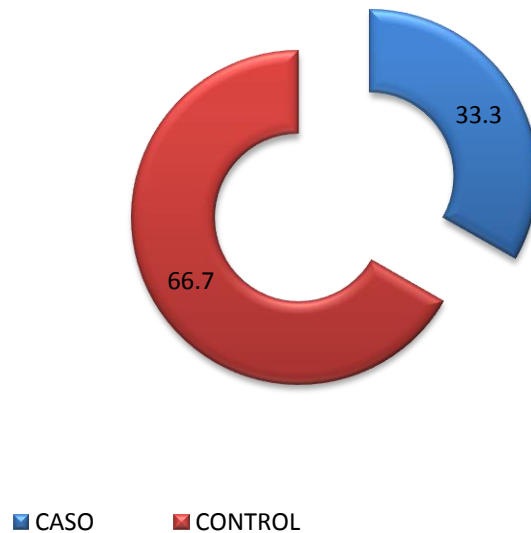
TABLA 49: FACTORES ECONÓMICOS DE LOS CASOS Y CONTROLES. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

Factores Económicos	Entrevistadas				Total	%	OR	IC (95%)	X2	P
	Caso	%	Control	%						
Ingresos										
2,000-6,000 Lps.	31	86.1	58	80.5	89	82.4	1.5	0.45 - 5.29	0.51	0.48
6,000 y más Lps.	5	13.9	14	19.4	19	17.6				
Total	36	100	72	100	108	100				
Suplementos Nutricionales										
Ninguno	4	11.1	1	1.39	5	4.63	8.8	0.87 – 217	5.0	0.02
Ácido Fólico, Hierro	32	88.8	71	98.6	103	95.37				
Total	36	100	72	100	108	100				
Control Prenatal										
Esporádicamente o nunca	11	30.5	14	19.4	25	23.1	1.82	0.66 – 5.02	1.65	0.19
1 vez al mes	25	69.4	58	80.5	83	76.9				
Total	36	100	72	100	108	100				

Fuente: Entrevista de Casos y Controles

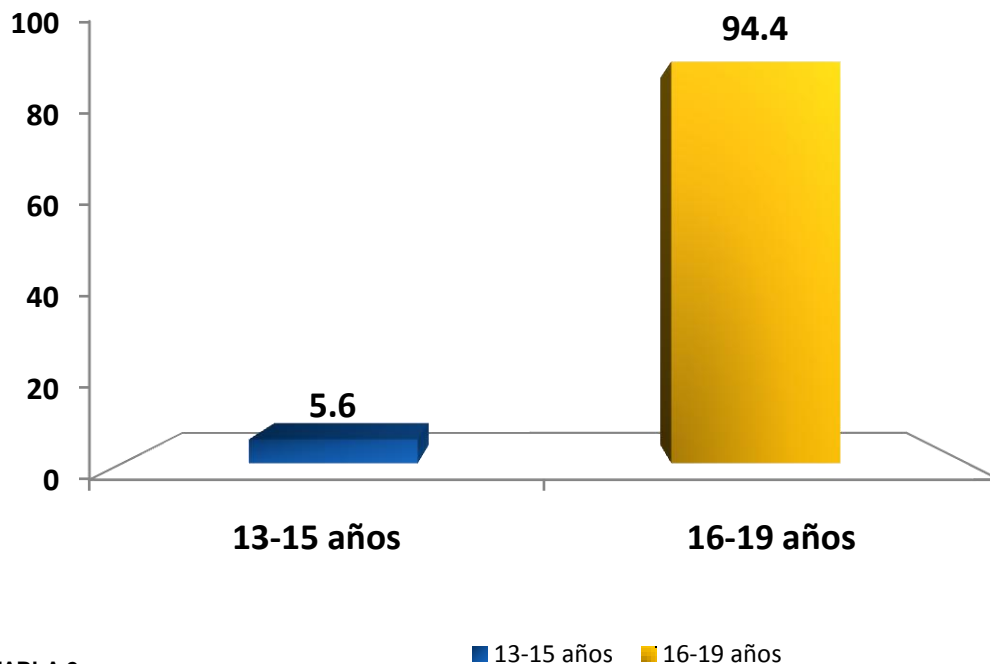
ANEXO 6: GRAFICOS DE LOS RESULTADOS

GRAFICO 1: ESTUDIO CASO CONTROL FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



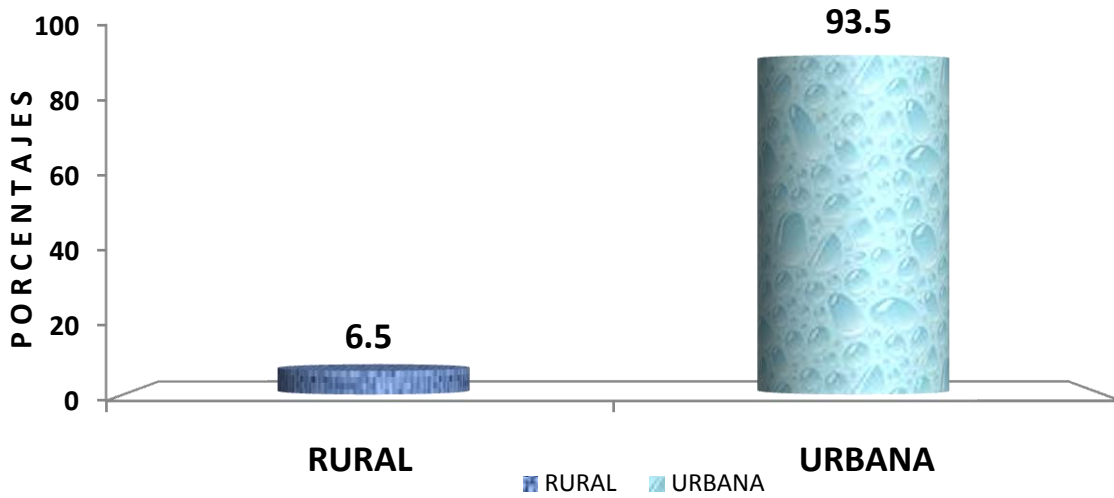
FUENTE: TABLA 1

GRAFICO 2: GRUPOS ETÁREOS DE LAS ENTREVISTADAS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



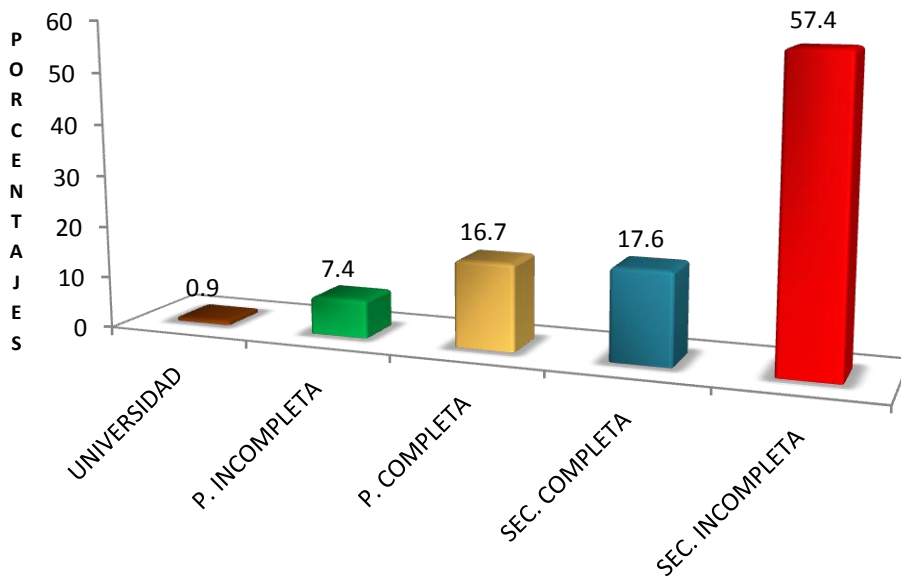
FUENTE: TABLA 2

GRAFICO 3: ZONA DE PROCEDENCIA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



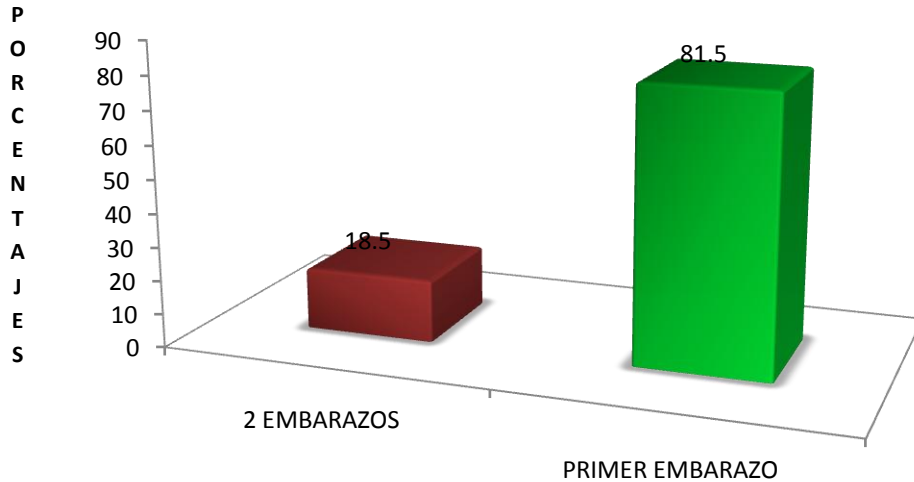
FUENTE: TABLA 4

GRAFICO 4: GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



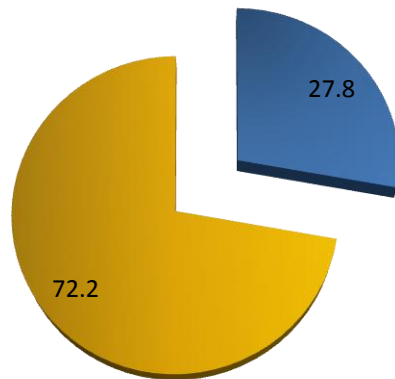
FUENTE: TABLA 7

GRAFICO 5: NUMERO DE EMBARAZOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



FUENTE TABLA 9

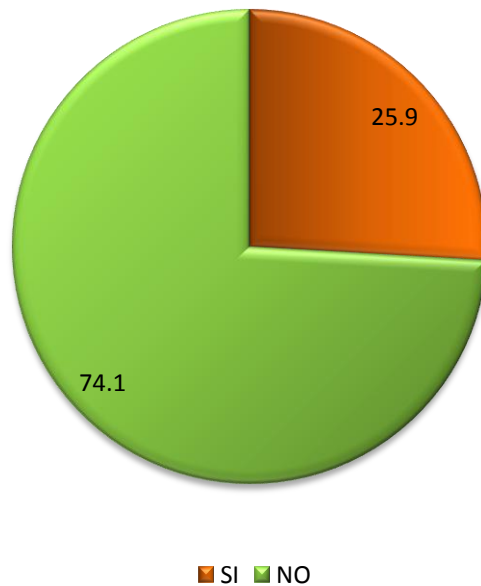
GRAFICO 6: FUMAN CIGARRILLO EN LA CASA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



FUENTE TABLA 13

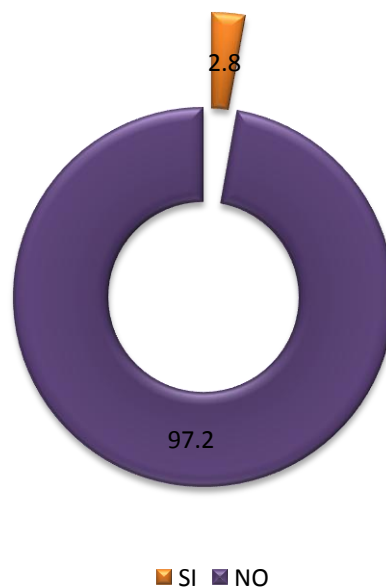
■ SI ■ NO

GRAFICO 7: TENER EL BEBÉ ANTES DE TIEMPO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



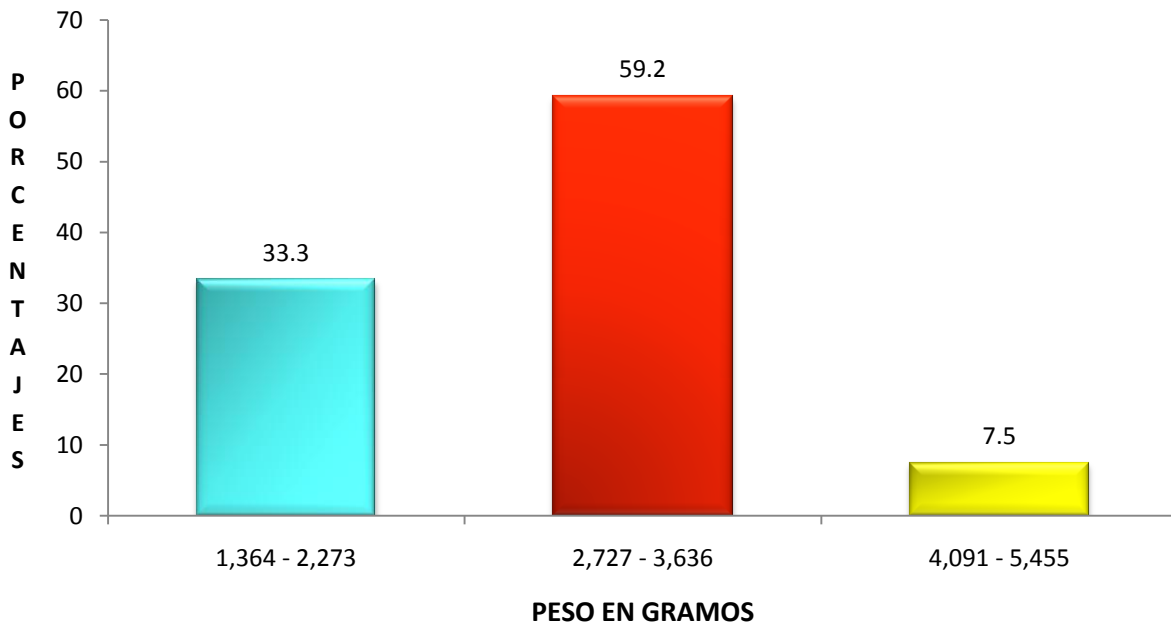
FUENTE TABLA 23

GRAFICO 8: ALGÚN HIJO CON MALFORMACIÓN FÍSICA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



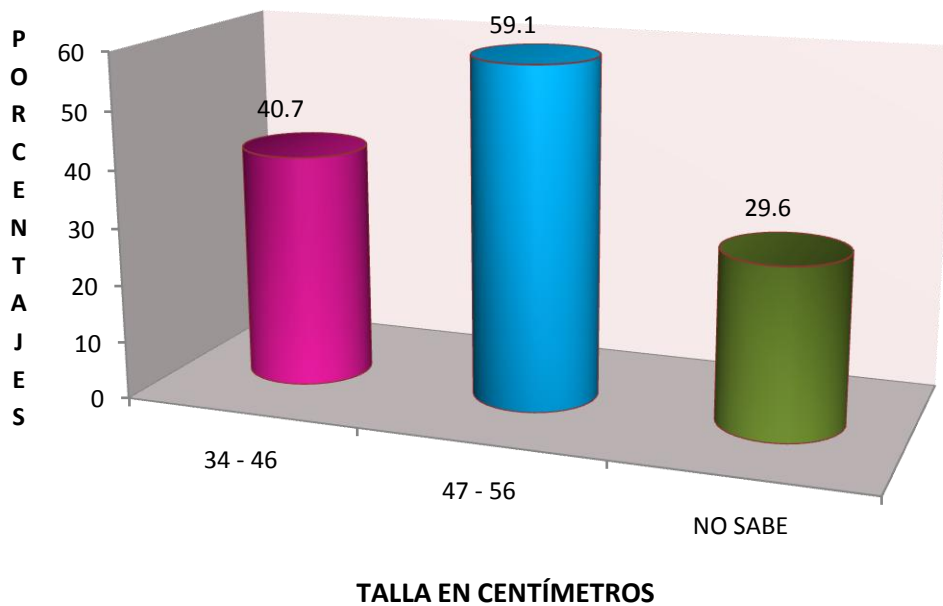
FUENTE TABLA 30

GRAFICO 9: PESO DEL HIJO AL NACER EN GRAMOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



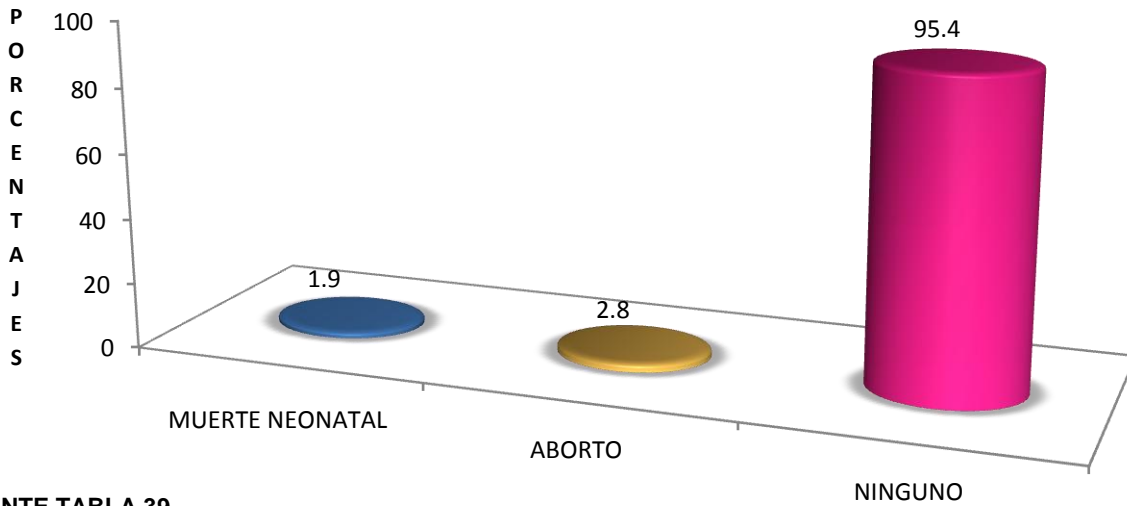
FUENTE TABLA 36

GRAFICO 10: TALLA DEL HIJO AL NACER EN CENTÍMETROS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



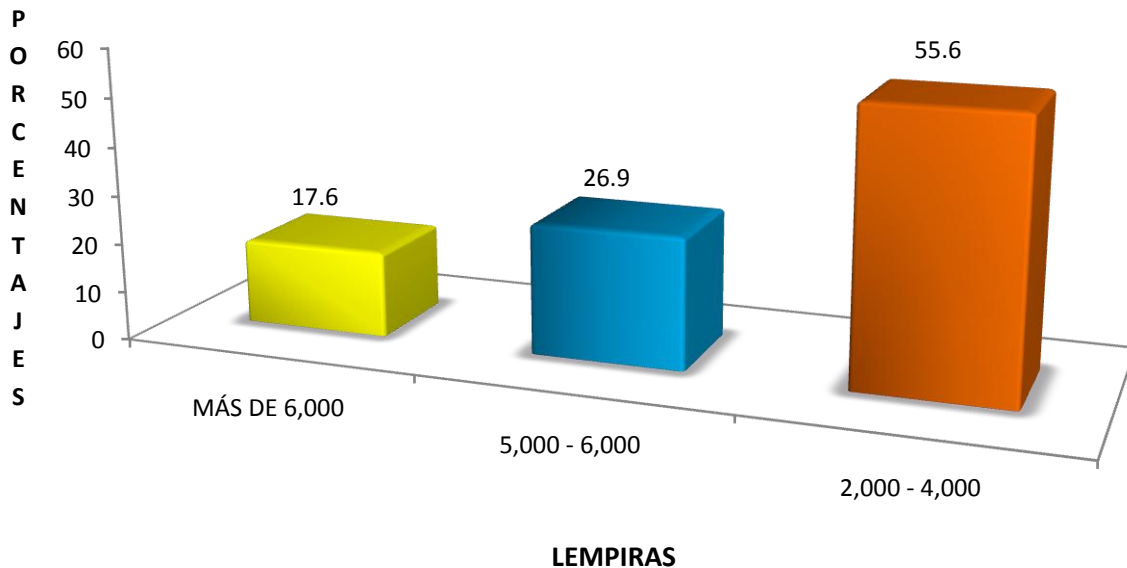
FUENTE TABLA 37

GRAFICO 11: MUERTES NEONATALES Y ABORTOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



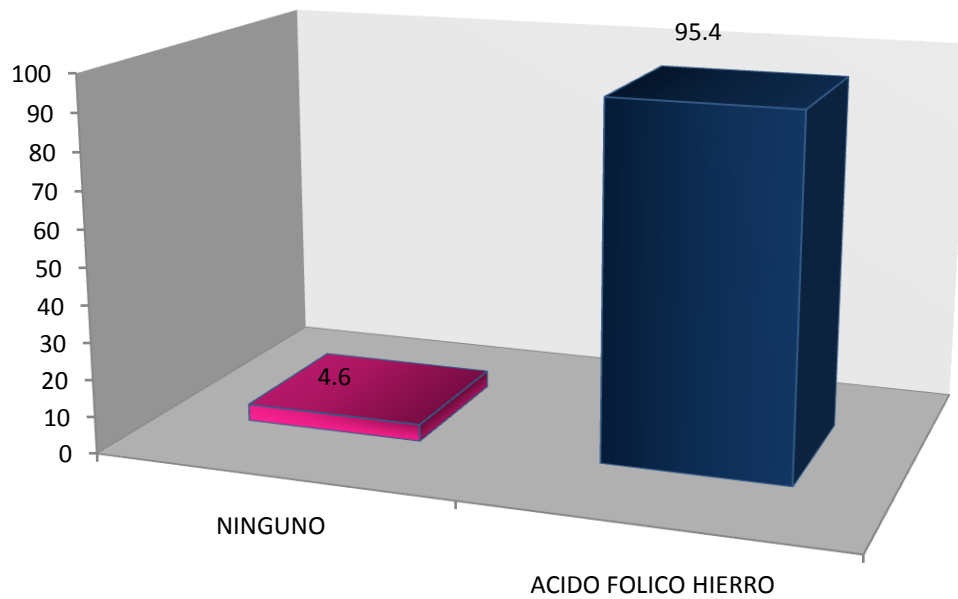
FUENTE TABLA 39

GRAFICO 12: INGRESOS EN LEMPIRAS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

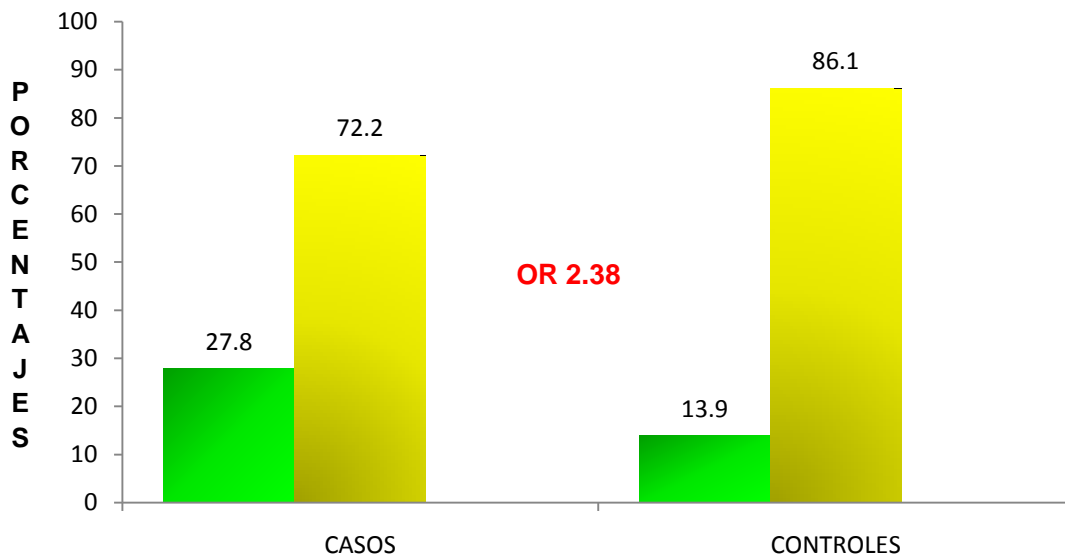


FUENTE TABLA 40

GRAFICO 13: SUPLEMENTOS NUTRICIONALES. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.



FUENTE TABLA 41



FUENTE: TABLA 46

■ 2 Embarazos ■ Mi Primer Embarazo

GRÁFICO 14: NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS ENTREVISTADAS CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

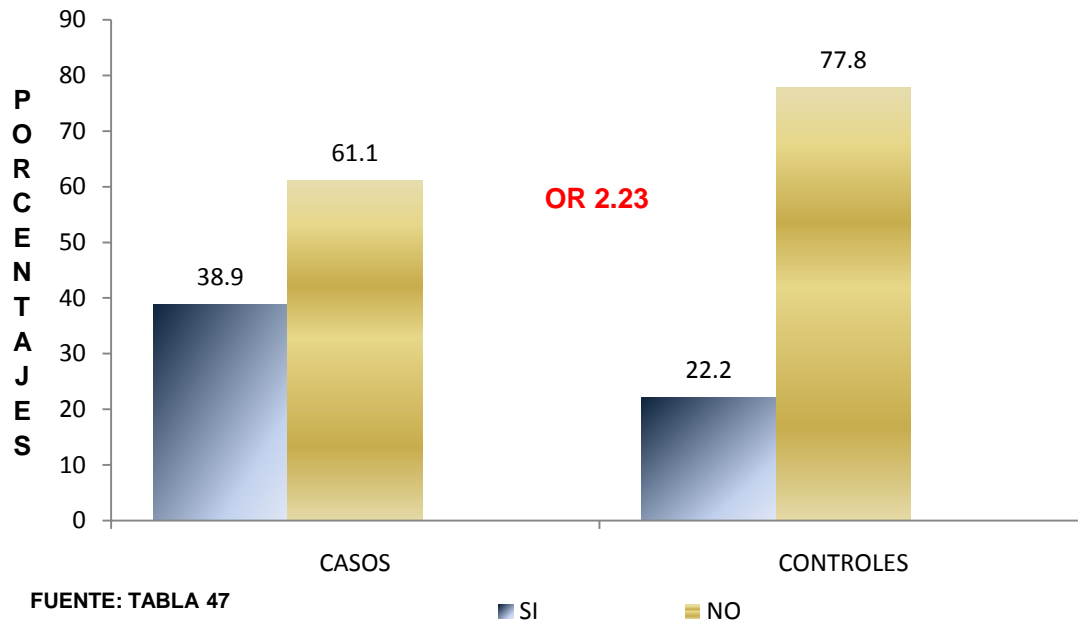


GRÁFICO 15: FUMAN O NO EN LA CASA DE LAS ENTREVISTADAS CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

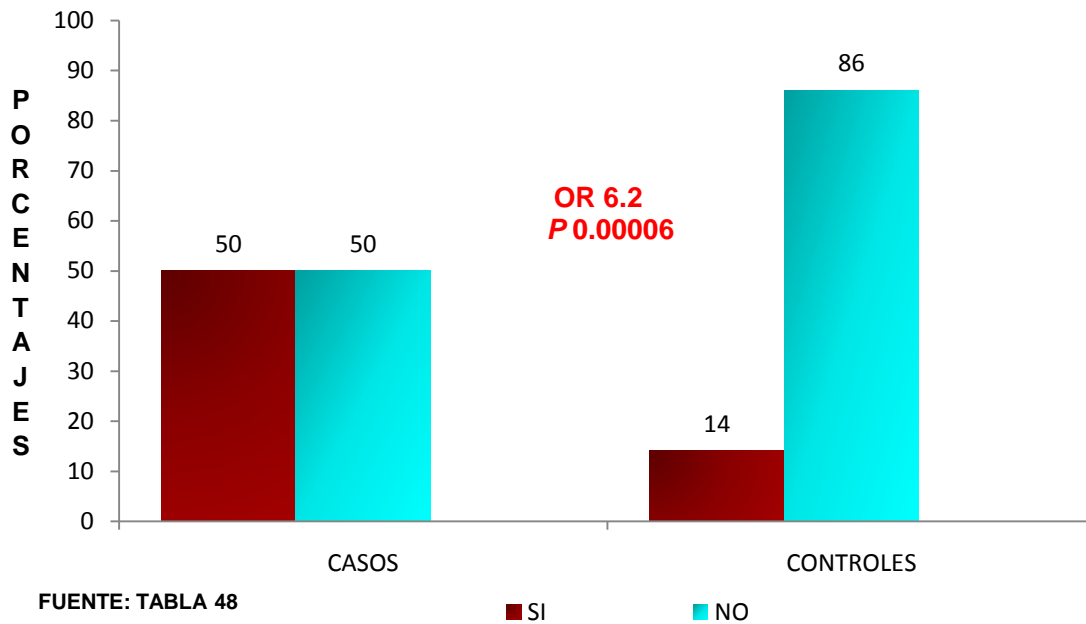


GRÁFICO 16: TENER EL BEBÉ ANTES DE TIEMPO EN LAS ENTREVISTADAS CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

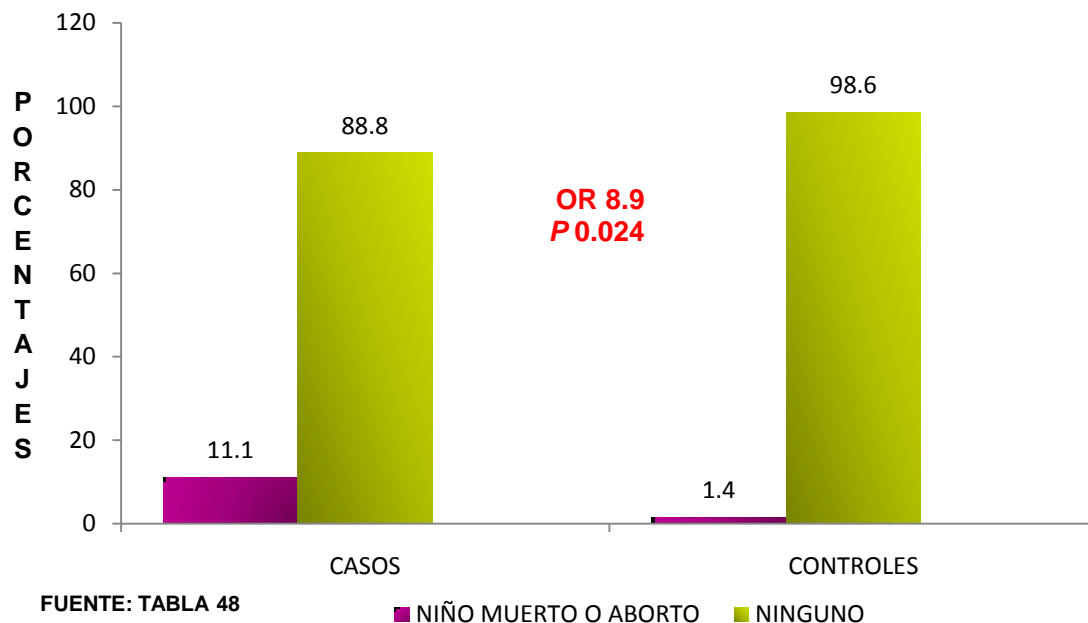


GRÁFICO 17: SI LAS ENTREVISTADAS HAN TENIDO UN NIÑO MUERTO O UN ABORTO CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.

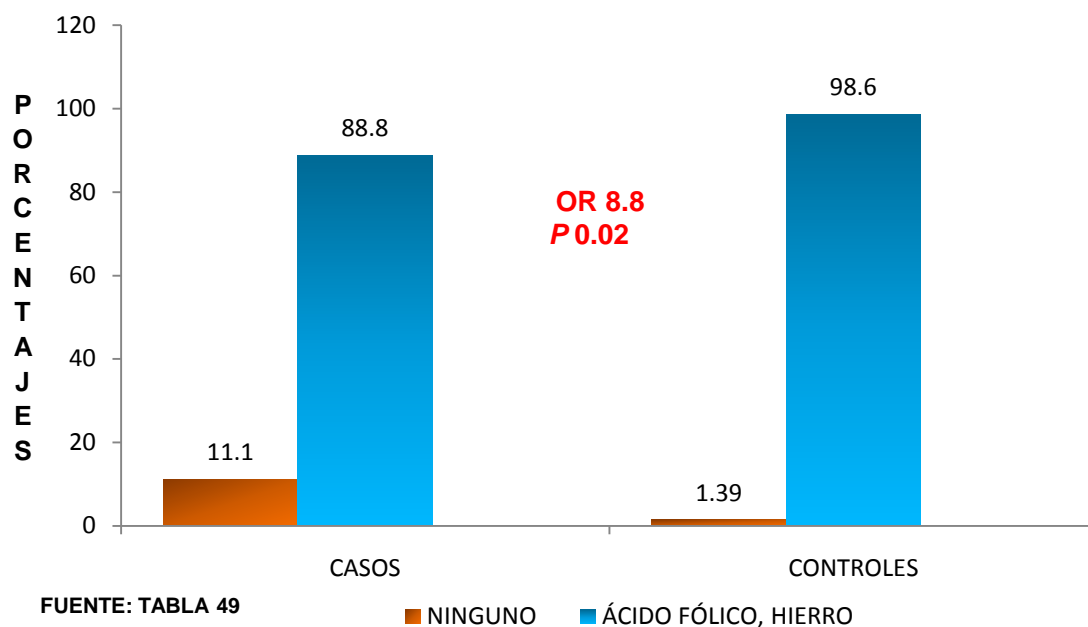


GRÁFICO 18: INGESTA DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN LAS ENTREVISTADAS CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO EN EL MUNICIPIO TEGUCIGALPA HONDURAS DEL 1 DE ENERO AL 30 MAYO 2013.