

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS DE HIJOS
DE MADRES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES**

Brizuela Lezama, Roxenys

Médico

Rivera García, Julieta del Valle

Médico

Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez

roxenysb@gmail.com**Resumen**

Se realizó un estudio bajo el paradigma cuantitativo con diseño de campo en el servicio de perinatología del Hospital Ruiz y Páez, con el objetivo de comparar las medidas antropométricas en hijos de madres adolescentes y no adolescentes. La muestra fueron 1092 recién nacidos, 368 de madres adolescentes y 724 madres no adolescentes. Dentro de las madres adolescentes, las de 18 años fue la edad promedio de embarazos con un 25 % (n=92). Se observó los siguientes resultados que, la talla más frecuente fue el rango entre 51-55 cm con un 47.2 % (n=515). El rango de peso más frecuente en hijos de madres adolescentes fue de 2806-3206 con un 12.4% (n=135) y en madres no adolescentes fue el rango de 3207-3607 con 20.1% (n=220). Así mismo el perímetro cefálico que predominó en este estudio fue el de 35 cm tanto en hijos de madres adolescentes con 7.1 % (n=78) como en las madres no adolescentes con 15.3 % (n=167). Estado nutricional en los recién nacidos femeninos según curva peso/edad es normal tanto en madres adolescentes con un 21.9 % (n=116) como en las no adolescentes con un 43.5% (n=230). Recién nacidos masculinos de madres adolescentes arrojó 20.5 % (n=141) y en las madres no adolescentes 46.4% (n=261). Estado nutricional según talla/edad en los recién nacidos femeninos fue normal de madres adolescentes con 22.3 % (n=118) y en las no adolescentes con 46.9% (n=248), recién nacidos de sexo masculino se evidenció mayor talla, hijos madres adolescentes con 29.1 % (n=164) y las no adolescentes con 45.1% (n=254).

Palabras clave: Antropometría, crecimiento, desarrollo, hijo de madre adolescente.

**Comparative study of anthropometric measurements of children of
adolescent and non-adolescent mothers****Abstract**

A study was conducted in the perinatology service of the Ruiz y Páez Hospital to compare anthropometric measurements in infants born to adolescent and non-adolescent mothers. The sample consisted of 1092 newborns: 368 to adolescent mothers and 724 to non-adolescent mothers. Among the adolescent mothers, the average age at pregnancy was 18 years, representing 25% (n=92). The most frequent height range was 51-55 cm, accounting for 47.2% (n=515). The most

frequent weight range in infants born to adolescent mothers was 2806-3206 g, representing 12.4% (n=135), while in infants born to non-adolescent mothers it was 3207-3607 g, representing 20.1% (n=220). Similarly, the predominant head circumference in this study was 35 cm, both in children of adolescent mothers (7.1%, n=78) and in those of non-adolescent mothers (15.3%, n=167). Nutritional status in female newborns, according to the weight-for-age curve, was normal in both adolescent mothers (21.9%, n=116) and non-adolescent mothers (43.5%, n=230). Male newborns of adolescent mothers showed normal nutritional status in 20.5% (n=141) and in non-adolescent mothers in 46.4% (n=261). Nutritional status according to height/age in female newborns was normal in adolescent mothers with 22.3% (n=118) and in non-adolescent mothers with 46.9% (n=248), male newborns showed greater height, children of adolescent mothers with 29.1% (n=164) and of non-adolescent mothers with 45.1% (n=254).

Keywords: Anthropometry, growth, development, child of an adolescent mother.

Étude comparative des mesures anthropométriques d'enfants de mères adolescentes et non adolescentes

Résumé

Une étude quantitative reposant sur une méthodologie de recherche de terrain a été menée dans le service de périnatalogie de l'hôpital Ruiz y Páez afin de comparer les mesures anthropométriques des nourrissons nés de mères adolescentes et de mères non adolescentes. L'échantillon se composait de 1 092 nouveau-nés : 368 nés de mères adolescentes et 724 nés de mères non adolescentes. Chez les mères adolescentes, l'âge le plus fréquent au moment de la grossesse était de 18 ans (25 % ; n=92). Les résultats ont montré que la tranche de taille la plus courante était de 51 à 55 cm (47,2 % ; n=515). La tranche de poids la plus fréquente pour les nourrissons de mères adolescentes était de 2 806 à 3 206 g (12,4 % ; n=135), tandis que pour les mères non adolescentes, elle se situait entre 3 207 et 3 607 g (20,1 % ; n=220). De même, le périmètre crânien prédominant était de 35 cm, tant pour les nourrissons de mères adolescentes (7,1 % ; n=78) que pour ceux de mères non adolescentes (15,3 % ; n=167). Concernant l'état nutritionnel basé sur la courbe poids/âge, les nouveau-nés de sexe féminin ont été classés comme normaux dans 21,9 % (n=116) des cas impliquant des mères adolescentes et 43,5 % (n=230) des cas impliquant des mères non adolescentes ; pour les nouveau-nés de sexe masculin, les chiffres étaient de 20,5 % (n=141) pour les mères adolescentes et de 46,4 % (n=261) pour les mères non adolescentes. S'agissant de l'état nutritionnel basé sur la courbe taille/âge, 22,3 % (n=118) des nouveau-nés de sexe féminin issus de mères adolescentes et 46,9 % (n=248) de ceux issus de mères non adolescentes ont été classés comme normaux ; chez les nouveau-nés de sexe masculin, une taille plus élevée a été observée chez 29,1 % (n=164) des nourrissons nés de mères adolescentes et 45,1 % (n=254) de ceux nés de mères non adolescentes.

Mots-clés: Anthropométrie, croissance, développement, enfant de mère adolescente.

Introducción

La adolescencia se define como el período de tiempo en el cual la persona alcanza su madurez física, psicológica, afectiva, intelectual y social. Los límites de la adolescencia según la OMS, han sido fijados entre los 10 y 19 años. A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas, con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar la sexualidad y el embarazo: adolescencia temprana (10 a 14 años), adolescencia media (15 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años) (Montero *et al.*, 2008).

Durante el proceso de gestación ocurren cambios fisiológicos que permiten a la mujer adaptarse, los cuales afectan el desarrollo fetal, y varían según la edad y estado nutricional de la gestante. (Carrillo *et al.*, 2021). Los adolescentes representan el 20,9% de la población venezolana, registrando uno de los más altos índices de embarazos en adolescentes en relación a la región de Latinoamérica y el Caribe: en el año 2002, el 21,4% de los nacimientos ocurrieron en menores de 20 años, lo cual ubica a Venezuela en un modelo de fecundidad temprana con una tasa global de fecundidad de 2,7% en el año 2005, encontrando que del total de recién nacidos por cada 1000 mujeres, 91,3 fueron hijos de madres entre los 15 y 19 años (Cabrera *et al.*, 2009).

Los peores resultados durante el embarazo, referidos al bajo peso al nacer, morbilidad y mortalidad son más frecuentes en las adolescentes que en las mujeres adultas. Diversos autores consultados, aseguran que el estado nutricional materno es un importante factor que incide sobre el crecimiento prenatal de los descendientes de la mujer adulta; aunque no ha sido posible extrapolarlo a la gestante adolescente joven, pues al estar creciendo y no haber completado su madurez fisiológica, sus requerimientos nutricionales son mayores que los de la mujer adulta y éstos, a su vez, compiten con las necesidades de obtener nutrientes para el crecimiento de sus fetos (Ortiz *et al.*, 2005).

Los indicadores antropométricos de la madre tienen relación directa con el peso de los recién nacidos, siendo el IMC pregestacional, el ponderado total de

ganancia de peso durante el embarazo y la estatura materna los que mayor influencia tienen; sin embargo, de los mencionados, el que ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como indicador principal es el IMC pregestacional. (Ayerza et. al, 2011)

Por otro lado, se ha determinado, que en la gestante adolescente que no ha completado su crecimiento, se hace necesaria una ganancia de peso superior a la de la embarazada adulta para lograr un neonato con peso adecuado. A su vez, existe correlación de la ganancia de peso con el estado nutricional preconcepcional, la paridad, el origen étnico, el estado socioeconómico, la ingesta calórica y el gasto energético; pues cada uno de estos factores actúa como covariante de la ganancia de peso de la madre y del producto de la concepción (Trave *et al.*, 2011).

El embarazo temprano se considera de alto riesgo debido a la mayor proporción de desenlaces perinatales y maternos adversos, como: prematurez, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, anemia, parto complicado, preeclampsia, sufrimiento fetal y abortos espontáneos. Las adolescentes que presentan complicaciones durante el embarazo o el parto, tienen 2 veces más probabilidad de morir que una mujer adulta. El niño con el tiempo, también puede presentar alteraciones funcionales, como menor desarrollo cognoscitivo, retraso en crecimiento, menor desenvolvimiento social y seguridad personal entre muchas otras consecuencias. Además, cada vez más hay evidencia de que el embarazo temprano se asocia a bajo peso al nacer y el niño que sobrevive a esta etapa, padece distintas formas de desnutrición (Escobedo *et al.*, 2008).

El embarazo en la adolescencia, es inevitable verlo con un matiz catastrófico, sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde el medio proporciona factores como bajo nivel cultural, hacinamiento, falta de programas gubernamentales de apoyo específico a la madre adolescente, etc., que actuarán potenciando los efectos adversos que el embarazo traerá a la adolescente, así como a las condiciones propias del adolescente (inestabilidad emocional, dependencia económica, inexperiencia, uso de alcohol y otras drogas). Es decir, las consecuencias más

comunes que se pueden encontrar en una adolescente embarazada son las Biológicas, entre ellas las enfermedades y complicaciones relacionadas con el embarazo y parto, mortalidad infantil y mortalidad de la madre por complicaciones, Infecciones e infertilidad, desarrollo fetal insuficiente, parto prematuro y tendencias a desarrollar cáncer de cuello cérvico-uterino. Consecuencias psicosociales como la interrupción de las actividades propias del adolescente, deserción del sistema escolar, rechazo de los padres y del entorno social, multiparidad, embarazos sucesivos, vinculación con parejas sucesivas y matrimonio precoz. Seguidamente las consecuencias Socioculturales entre ellas la prostitución, maltrato, abandono y delincuencia infanto-juvenil y rechazo del circuito de la pobreza. (Satin *et al.*, 2004).

El hijo de madre adolescente tiene, en general, mayores riesgos que el de madres adultas. Este riesgo se expresa en mayor frecuencia de partos pretérmino y de morbilidad en el período perinatal evidenciada en una mayor prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, trastornos metabólicos, problemas infecciosos, síndrome icterico, anemia e incluso malformaciones congénitas (particularmente aquellas relacionadas con cierre del tubo neural), que eventualmente condicionan un mayor riesgo de mortalidad. El peso bajo al nacer y retardo del crecimiento intrauterino, es significativamente mayor en aquellos recién nacidos hijos de madres menores de 15 años, en relación a los de madres entre 15–19 años o mayores, pudiendo llegar a tener un riesgo 2 veces mayor, Este hecho es importante al considerar que el peso al nacer es un determinante clave de la salud inmediata y tardía del niño, fuertemente asociado a su riesgo de mortalidad (Escobedo *et al.*, 2008).

En experiencias internacionales, aproximadamente el 14% de los recién nacidos de los adolescentes de 17 años o menos son prematuros en comparación con el 6% de mujeres de 25-29 años, mientras que las adolescentes de 14 o menos años tienen un mayor riesgo de tener prematuros de bajo peso. Los factores biológicos que se han asociado consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio

de la gestación y la pobre ganancia de peso durante el embarazo, variables no analizadas en este estudio (Pérez *et al.*, 2010).

Metodología

El tipo de investigación que se llevó a cabo en este trabajo fue analítico de casos y controles, comparativo, de corte transversal, de campo no experimental. El universo estuvo representado por la totalidad de los recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes atendidos en el servicio de perinatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el período comprendido entre marzo y mayo de 2015, en Ciudad Bolívar, estado Bolívar. La muestra estuvo conformada por el 100% de los recién nacidos de madres adolescentes y el 100% de los recién nacidos de madres no adolescentes atendidos en dicho servicio durante el mismo período. Se incluyeron los recién nacidos hijos de madres adolescentes y no adolescentes atendidos en el servicio de perinatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez durante la recolección de datos, y se excluyeron los recién nacidos fallecidos en menos de 24 horas. Como materiales se utilizaron un infantómetro modelo 1522 KLLS, serial 00000000449803, marca HealthThomer, con precisión de 0,1 kg, y una cinta métrica.

Se acudió al servicio de perinatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez para la realización del estudio. Asimismo, se explicó al personal de salud encargado el objetivo de la investigación, con la finalidad de obtener su consentimiento. El estudio se basó en la toma de información y exploración de las medidas antropométricas del recién nacido, estableciendo una comparación entre las madres adolescentes y las no adolescentes; además, se obtuvo información básica como edad y sexo. Igualmente, se solicitó a los padres, representantes o responsables de los lactantes información relacionada con las características clínicas del menor. Todos estos datos fueron recogidos en una hoja de recolección de datos (ver apéndice).

Se pesó al recién nacido, procurando que estuviera desnudo o con la menor cantidad de ropa posible y de peso conocido, con el equipo previamente ajustado al

cero de la escala. El recién nacido fue colocado en posición de firmes o en decúbito supino en el centro de la balanza, realizándose la lectura con una precisión de 0,1 kg. También se obtuvo la talla del recién nacido en decúbito supino sobre el área de apoyo horizontal del instrumento; la cabeza, colocada en el plano de Frankfort, se puso en contacto con la tabla fija mediante una ligera tracción. Un segundo medidor sostuvo al niño por las rodillas, con los dedos de los pies dirigidos hacia arriba, y aplicó una ligera tracción para desplazar el carro móvil del equipo hasta hacerlo coincidir con ellos. En esta medición, el plano de Frankfort permaneció perpendicular al plano de medición, cuidando que hombros y caderas se mantuvieran alineados en ángulo recto respecto al eje sagital del cuerpo y que los brazos descansaran a ambos lados.

Como referencia se utilizaron las tablas de crecimiento de FUNDACREDESA, peso/edad y talla/edad, como guía e instrumento para conocer el comportamiento del desarrollo infantil propio de cada lactante. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva y presentados en tablas de frecuencia simple de una y doble entrada, con números y porcentajes. Para realizar las comparaciones antropométricas se aplicó la comparación de medias y varianzas mediante la prueba t de Student, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y Excel 2007.

Resultados

Tabla 1
Adolescentes según edad y número de gesta.

EDAD (AÑOS)	I		II		III		IV		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
13	6	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	1,6
14	16	4,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	17	4,6
15	32	8,7	8	2,2	0	0,0	0	0,0	40	10,9
16	54	14,7	7	1,9	1	0,3	0	0,0	62	16,8
17	55	14,9	20	5,4	2	0,5	1	0,3	78	21,2
18	58	15,8	28	7,6	6	1,6	0	0,0	92	25,0
19	46	12,5	19	5,2	6	1,6	2	0,5	73	19,8
TOTAL	267	73	83	23	15	4	3	1	368	100

Nota. Formulario de recolección de datos y cálculo de tasa porcentual.

Tabla 2

Talla en recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes.

TALLA (cm)	Madre Adolescente		Madre No Adolescente		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%
26-30	1	0,1	2	0,2	3	0,3
31-35	1	0,1	7	0,6	8	0,7
36-40	2	0,2	9	0,8	11	1,0
41-45	18	1,6	39	3,6	57	5,2
46-50	154	14,1	313	28,7	467	42,8
51-55	184	16,8	331	30,3	515	47,2
56-61	8	0,7	23	2,1	31	2,8
TOTAL	368	34	724	66	1092	100

Nota. Formulario de recolección de datos y cálculo de tasa porcentual.

Tabla 3

Recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes según peso.

PESO (gr)	Madre Adolescente		Madre No Adolescente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
801-1.201	2	0,2	10	0,9	12	1,1
1.202-1.602	2	0,2	9	0,8	11	1,0
1.603-2.003	6	0,5	16	1,5	22	2,0
2.004-2.404	22	2,0	38	3,5	60	5,5
2.405-2.805	54	4,9	119	10,9	173	15,8
2.806-3.206	135	12,4	209	19,1	344	31,5
3.207-3.607	102	9,3	220	20,1	322	29,5
3.608-4.008	38	3,5	82	7,5	120	11,0
4.009-4.409	4	0,4	17	1,6	21	1,9
4.410-4.810	3	0,3	3	0,3	6	0,5
4.811-5.211	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5.212-5.612	0	0,0	1	0,1	1	0,1
TOTAL	368	34	724	66	1092	100

Nota. Formulario de recolección de datos y cálculo de tasa porcentual.

Tabla 4

Perímetro cefálico (cm) en recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes

Perímetro Cefálico (cm)	Madre Adolescente		Madre No Adolescente		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%
25	2	0,2	11	1,0	13	1,2
26	0	0,0	2	0,2	2	0,2
27	0	0,0	2	0,2	2	0,2
28	3	0,3	4	0,4	7	0,6
29	2	0,2	5	0,5	7	0,6
30	13	1,2	13	1,2	26	2,4
31	19	1,7	24	2,2	43	3,9
32	46	4,2	79	7,2	125	11,4
33	66	6,0	112	10,3	178	16,3
34	77	7,1	162	14,8	239	21,9
35	78	7,1	167	15,3	245	22,4
36	39	3,6	106	9,7	145	13,3
37	15	1,4	26	2,4	41	3,8
38	8	0,7	9	0,8	17	1,6
39	0	0,0	2	0,2	2	0,2
TOTAL	368	34	724	66	1092	100

Nota. Formulario de recolección de datos y cálculo de tasa porcentual.

Tabla 5

Recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes según las tallas, peso y perímetro cefálico.

Variables	Madres adolescentes		Madres no adolescentes		t de Student
	Media	Varianza	Media	Varianza	
Talla	50,334	12,948	50,026	16,722	1,232 (p>0,025)
Peso	3080,098	264394,9	3074,7	349794,98	0,153 (p>0,025)
Perímetro encefálico	33,455	3,229	33,423	2,873	0,940 (p>0,025)

Nota. Datos procesados de comparación de medias con t de Student empleando Excel 2007 y SPSS 20.0.

Tabla 6

Estado nutricional de los recién nacidos de sexo femenino según curva peso/edad en hijos de madres adolescentes y no adolescentes.

Estado Nutricional Según curva Peso / Edad	Madre Adolescente		Madre No Adolescente		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%
Grave	1	0,2	6	1,1	7	1,3
Leve	18	3,4	25	4,7	43	8,1
Moderado	1	0,2	5	0,9	6	1,1
Normal	116	21,9	230	43,5	346	65,4
Sobre la norma	4	0,8	13	2,5	17	3,2
Zona critica	33	6,2	77	14,6	110	20,8
TOTAL	173	33	356	67	529	100

Nota. Formulario de recolección de datos de diagnóstico de FUNDACREDESA y cálculo de tasa porcentual.

Tabla 7

Estado nutricional de los recién nacidos de sexo masculino según curva peso/edad en hijos de madres adolescentes y no adolescentes.

Estado Nutricional Según curva Peso / Edad	Madre Adolescente		Madre No Adolescente		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Grave	1	0,2	12	2,1	13	2,3
Leve	13	2,3	27	4,8	40	7,1
Moderado	2	0,4	5	0,9	7	1,2
Normal	141	25,0	261	46,4	402	71,4
Sobre la norma	6	1,1	11	2,0	17	3,0
Zona critica	32	5,7	52	9,2	84	14,9
TOTAL	195	35	368	65	563	100

Nota. Formulario de recolección de datos de diagnóstico de FUNDACREDESA y cálculo de tasa porcentual.

Tabla 8

Estado nutricional en los recién nacidos de sexo femenino según curva talla/edad en hijos de madres adolescentes y no adolescentes.

Estado Nutricional Según curva Talla/ Edad	Madre Adolescente		Madre No Adolescente		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
Grave	5	0,9	10	1,9	15	2,8
Leve	10	1,9	11	2,1	21	4,0
Moderado	1	0,2	5	0,9	6	1,1
Normal	118	22,3	248	46,9	366	69,2
Sobre la norma	19	3,6	53	10,0	72	13,6
Zona critica	20	3,8	29	5,5	49	9,3
TOTAL	173	33	356	67	529	100

Nota. Formulario de recolección de datos de diagnóstico de FUNDACREDESA y cálculo de tasa porcentual.

Tabla 9

Estado nutricional en los recién nacidos de sexo masculino según curva talla/edad en hijos de madres adolescentes y no adolescentes

Estado Nutricional Según curva Talla/edad	Madre Adolescente		Madre No Adolescente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Grave	3	0,5	15	2,7	18	3,2
Leve	4	0,7	19	3,4	23	4,1
Moderado	2	0,4	6	1,1	8	1,4
Normal	164	29,1	254	45,1	418	74,2
Sobre la norma	12	2,1	32	5,7	44	7,8
Zona critica	10	1,8	42	7,5	52	9,2
TOTAL	195	35	368	65	563	100

Nota. Formulario de recolección de datos y cálculo de tasa porcentual.

Tabla 10

Relación tipo de parto en madres adolescentes y no adolescentes.

Tipo de Parto	Madre Adolescente		Madre No Adolescente		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Cesárea	125	11,4	310	28,4	435	39,8
PSN	243	22,3	414	37,9	657	60,2
TOTAL	368	34	724	66	1092	100

Nota. Formulario de recolección de datos y cálculo de tasa porcentual.

Discusión

En el estudio realizado resaltan dos hechos importantes, en primer lugar, se evidencia que las mujeres de 18 años fue la edad promedio de embarazos con un 25 % (n=92), seguido de las pacientes de 17 años con 21.2% (n=78), esto coincide con el estudio realizado por Alonso *et al.*, en el 2005, donde predominó el embarazo en la adolescencia tardía. Llama la atención que adolescentes de 13 años ya cursen con su primera gesta, esto sugiere el inicio precoz de las relaciones sexuales, el no uso de anticonceptivos, la promiscuidad, la presencia de familiares con embarazos en adolescencia y los hogares monoparentales, otros estudios coinciden como el realizado en Cuba por Doblado *et al.*, en el 2010 demostrando que la edad de las primeras relaciones sexuales de las adolescentes encuestadas fueron en primer lugar los 15, 14 y 13 años representativamente.

Se estudiaron 1092 recién nacidos de los cuales por cada 1.96 hijo de madres no adolescentes hay 1 hijo de madres adolescentes, donde se observó que la talla más frecuente fue el rango entre 51-55 cm con un 47.2 % (n=515) predominando tanto en madres adolescentes como en las no adolescentes. Esto coincide con un estudio realizado en Paraguay por Mendoza L *et al.*, en el 2008 donde se evaluaron 75 madres sanas del hospital de Lambaré y sus recién nacidos. La talla de nacimiento que se registró fue una media de 50,0 ± 2,2 cm, con un mínimo de 40,0 cm y un máximo de 55,0 cm.

Cabe destacar, que el estado nutricional pre-gestacional puede influir en los valores antropométricos del recién nacido, ya que, por lo general en el último

trimestre del embarazo, las madres tienden a presentar algún grado de malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad). El rango de peso más frecuente en hijos de madres adolescentes fue de 2806-3206 con un 12.4% (n=135) y en madres no adolescentes fue el rango de 3207-3607 con 20.1% (n=220).

A pesar de que el rango que más resalto en este estudio fue diferente tanto en madres adolescentes como en las no adolescentes, no predominó el bajo peso al nacer. Esto difiere con el estudio realizado en México por Verdura *et al.*, en el 2011, en un servicio materno-neonatal público de la ciudad de corrientes. Donde el total de partos fue de 1668 de los cuales 394 fueron nacidos vivos de madres adolescentes. Destacando que un número impórtate de nacidos vivos presentó bajo peso al nacer y de este, la mayor parte se asoció a prematurez. Afirma que es 12 veces más frecuente el bajo peso en el embarazo precoz que en aquellos en los cuales las madres tienen mayor edad.

Así mismo el perímetro cefálico que predominó en este estudio fue el de 35 cm tanto en hijos de madres adolescentes con 7.1 % (n=78) como en las madres no adolescentes con 15.3 % (n=167), arrojando un perímetro cefálico dentro de los límites normales sin importar la edad de la madre. Esto coincide con el estudio hecho en Paraguay por Mendoza L *et al.*, en el 2008. Donde han encontrado cifras muy similares, su perímetro cefálico promedio fue de 34,0 $\pm$ 1,4 cm en los recién nacidos, un valor mínimo de 30,0 y un máximo de 37,0 cm.

Se encontró que las madres adolescentes que asistieron al servicio de perinatología del hospital Ruiz y Páez tuvieron una edad promedio de 18 años, así mismo, se halló que adolescentes de 13 años cursaron con su primera gesta. De la misma forma, se demostró que de los 1092 recién nacidos estudiados, la talla más frecuente estuvo entre el rango de 51-55 cm tanto en madres adolescentes como en las no adolescentes. Por otro lado, se observó una diferencia estadísticamente significativa, ya que el rango de peso más frecuente en hijos de madres adolescentes fue de 2806-3206 gramos y en madres no adolescentes fue el rango de 3207-3607 gramos.

En el mismo orden de ideas, el perímetro cefálico que predominó en este estudio fue el de 35 cm tanto en hijos de madres adolescentes como en las madres no adolescentes. Al realizar las comparaciones de medias y varianzas de las medidas antropométricas de niños de madres adolescentes y no adolescentes, se pudo determinar que no existen diferencias significativas, por lo cual se infiere que las medias de ambos grupos no difieren estadísticamente en sus valores y por lo tanto en este caso la condición de adolescencia o no adolescencia no determina que existan mayores o menores medidas antropométricas entre los niños de ambos grupos.

Referencias

- Ayerza Casas A, Rodríguez Martínez G, Samper Villagrasa MP, Murillo Arnal P, Álvarez Sauras ML, Moreno Aznar LA (2011). Características nutricionales de los recién nacidos de madres con sobrepeso y obesidad. *An Pediatr* (Barcelona). 75(3):175–81. <https://www.analesdepediatría.org/es-caracteristicas-nutricionales-reciennacidos-madres-articulo-S1695403311001615>
- Cabrera, G., Tascon, J., Lucumi, D. (2009). Creencia en salud historia y aporte del modelo. *Rev. Fac. de Sal. Púb.* 19(1):99-101. www.nutricionhospitalaria.com/pdf/5895.pdf [Enero, 2015].
- Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex.* 64(1):39–48. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039
- Doblado, E. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 2010, vol.36, n.3, pp. 409-421. ISSN 1561-3062.
- Escobedo, E., Fletes, J., Velásquez, V., Flores, G., Tompson, O. (2008). Embarazo en adolescente: seguimiento de sus hijos, durante el primer año de vida. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 52:415-419.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000500008&script=sci_arttext

Mendoza, L. (2008). Estado nutricional de embarazadas en el último mes de gestación y asociación con las medidas antropométricas de sus recién nacidos. *Pediatr (Asunción)* 37(2):91–96

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4800205.pdf>.

Montero, A., González, E., Molina, T. 2008. "Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes". *Rev. Chil. Sal. Púb.* 12(1):42-7.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011001000001&script=sci_arttext

[Enero, 2015].

Pérez *et al.*, 2010. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 11(3):239-45.

Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000500011&script=sci_arttext