

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Unported.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



“No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

**UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ”**



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

**“RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA TEMPRANA Y LA MORBILIDAD DEL
LACTANTE MAYOR, EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DE
NUEVO CUSCATLÁN”**

INTEGRANTES

Br. Patricia Jeannette González Peña

Br. José Roberto Moreno Ruiz

ASESORA

Dra. Gloria Patricia Argueta de Cativo

Antiguo Cuscatlán, La Libertad, El Salvador 12 de diciembre 2019.



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

AUTORIDADES

Dr. José Enrique Sorto Campbell
RECTOR

Dr. David Escobar Galindo
RECTOR EMÉRITO

Dr. José Roberto Fernández

DECANO INTERINO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD “Dr. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ”.

COMITÉ EVALUADOR

Dra. Claudia María Lara Montalvo.
COORDINADOR

Dra. María José Rivera de Reyes.
MIEMBRO DEL COMITÉ EVALUADOR

Dra. Andrea Virginia Martínez Linares.
MIEMBRO DEL COMITÉ EVALUADOR

Dra. Gloria Patricia Argueta de Cativo

ASESOR

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, EL SALVADOR 12 DE DICIEMBRE 2019.

ACTA DE EVALUACION DE TESIS POR EL JURADO N°

En la ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO, a las nueve horas con cinco minutos del día doce del mes de diciembre de 2019

reunidos los suscritos miembros del jurado examinador de la Tesis de Grado titulada:

TEMA:

Relación entre la edad materna temprana y la morbilidad del lactante mayor, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán

Presentada por los egresados:

1. **Patricia Jeannette González Peña**
2. **José Roberto Moreno Ruíz**

Para optar al Grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación
ACORDARON DECLARARLA:

- APROBADA SIN OBSERVACIONES
- APROBADA CON OBSERVACIONES
- REPROBADA

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaría de esta Unidad Académica.

Dra. Claudia María Lara Montalvo
Presidente

Dra. María José Rivera de Reyes
Primer Vocal

Dra. Andrea Virginia Martínez Linares
Segundo Vocal



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme estos años de vida, llenos de salud y bendiciones, para poder cumplir una de mis metas.

Agradezco a mi mamá, por siempre estar ahí para mis hermanos y para mí, por confiar en mí, apoyarme y siempre enseñarme a no darme por vencida. A mis hermanos por el apoyo que me brindaron todos estos años.

Agradezco a mi esposo por apoyarme, siempre creer en mí y por cada día que me enseña a ser mejor profesional y persona.

Agradezco a mi mejor amigo, José Moreno por la paciencia, dedicación, apoyo, confianza y el cariño que a lo largo de estos años han ido creciendo y seguirán creciendo mediante pasen los años.

Patricia Jeannette González.

Agradezco a Santa María Virgen de Guadalupe por permitirme culminar una de mis más grandes metas.

A mi madre, hermano y abuela por su apoyo incondicional, paciencia y sabios consejos.

A mi familia por apoyarme cada día y guiarme a ser un mejor profesional.

A la Doctora Gloria Patricia Argueta de Cativo por su paciencia, guía y apoyo.

José Moreno Ruiz.

ÍNDICE

I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
II.	JUSTIFICACIÓN	10
III.	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	12
IV.	OBJETIVOS	14
	Objetivo general:	14
	Objetivos específicos:.....	14
V.	PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.....	15
	- Hipótesis de investigación	15
	- Hipótesis nula	15
VI.	MARCO TEÓRICO	16
	6.1 Adolescencia.....	16
	6.1.1 Definición	16
	6.1.2 Etapas de la adolescencia	16
	6.1.3 Cambios sexuales en los adolescentes.....	17
	6.1.4 Cambios psicológicos en los adolescentes.....	18
	6.2 Embarazo en la adolescencia	20
	6.2.1 Definición	20
	6.2.2 Factores de riesgo	21
	6.2.3 Efectos en la salud de la madre.....	23
	6.2.4 Situación en El Salvador	23
	6.3 Lactante	25
	6.3.1 Definición	25
	6.3.2 Cuidados del lactante mayor.....	26
	6.3.3 El baño	26
	6.3.4 Higiene de la piel y anexos.....	27
	6.3.5 Vestimenta.....	28
	6.3.6 Sueño.....	28
	6.3.7 Alimentación del lactante mayor	29
	6.4 Enfermedades más comunes en el lactante mayor	33

6.4.1	Infección respiratoria aguda	33
6.4.2	Enfermedad febril aguda	34
6.4.3	Gastroenteritis aguda	34
6.4.4	Parasitismo	36
6.4.5	Infecciones urinarias	36
VII.	METODOLOGÍA	38
7.1	Tipo de estudio	38
7.2	Población y muestra	38
7.2.1	Población	38
7.2.2	Muestra	39
7.3	Criterios de inclusión	41
7.4	Criterios de exclusión	42
7.5	Recolección de datos	42
7.8	Definición operacional de variables	43
7.9	Análisis estadístico de los datos	44
7.10	Consideraciones éticas	45
VIII.	RESULTADOS	47
IX.	DISCUSIÓN	59
X.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	63
XI.	CONCLUSIONES	64
XII.	RECOMENDACIONES	67
XIII.	ANEXO DE RESULTADOS	68
XIV.	ANEXOS	74
XV.	Referencias Bibliográficas	80

RESUMEN

El trabajo de investigación tiene como objetivo Determinar la relación entre la madre adolescente y la morbilidad de su hijo lactante mayor en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán en el periodo de enero a diciembre de 2018. Se desarrolló un estudio observacional, analítico de tipo casos y controles, retrospectivo; separándose en el grupo de casos a todos los lactantes mayores hijos de madres adolescentes que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el periodo de enero a diciembre de 2018 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán y en el grupo de control a todos los lactantes mayores hijos de madres adultas que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el periodo de enero a diciembre de 2018 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el programa Graphpad Prism 8.2.1, las variables cualitativas se evaluaron con la prueba de test exacto de Fisher y para determinar asociación entre la edad materna temprana y la morbilidad del lactante mayor se usó el cálculo de Odds Ratio, con un intervalo de confianza del 95%; los hallazgos que surgieron fueron que el sexo masculino es el más susceptible a enfermarse, Las morbilidades por infecciones respiratorias agudas constituyeron el principal problema de consulta y la probabilidad de enfermarse es 1.9 veces mayor entre los lactantes mayores hijos de madres adolescentes que entre los lactantes mayores hijos de madres adultas.

Palabras claves: madre adolescente, lactante mayor.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia es un problema de origen multifactorial de importancia en Salud Pública debido a un inicio temprano de la actividad sexual y que ocasiona un alto riesgo de complicaciones para la madre y su hijo. Los hijos de madres adolescentes representan aproximadamente 11% de todos los nacimientos a nivel mundial, 95% de ellas viven en países en vías de desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que 20% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años y 40% de estos embarazos no son deseados (1).

En América Latina y el Caribe para el periodo de 2010 - 2015 se encontró la segunda tasa estimada de fecundidad en adolescentes más elevada del mundo, de 66,5 nacimientos por 1 000 adolescentes de 15 a 19 años, solo superada por África (2), para El Salvador según la Encuesta Nacional de Salud, desarrollada en 2014 se cuenta con una tasa de fecundidad de 74 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años (3).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) describe que en El Salvador para el año 2015 los embarazos en adolescentes entre 10 y 19 años representaron el 30% del total de embarazos, siendo estos 25,132 significando que cada día aproximadamente 69 adolescentes quedaron embarazadas (4).

En Colombia se describe que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser solteras, vivir en un área rural y tener menor acceso a los servicios de salud (5). En un estudio realizado en Perú se encontró que 43.3% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio sobre signos de alarma de enfermedades del recién nacido (6). Anaya R. et al, describen en su estudio la relación entre una edad materna mayor a

17 años y un nivel de escolaridad mayor como principales determinantes a la hora de poder reconocer signos de alarma de una infección respiratoria aguda (7).

Tamayo C. et al, describen en Guatemala una frecuencia de 60.2% de desarrollo de enfermedades en la edad pediátrica de 1 a 4 años con 62.5% de los casos asociados a enfermedades diarreicas agudas seguido por casos de desnutrición proteico calórica e infecciones respiratorias agudas relacionados en 44.9% a madres adolescentes como factor de riesgo principal para el desarrollo de las mismas (8).

La creciente crisis de embarazos en adolescentes en países en vías de desarrollo y la escasa información que existe en relación a la asociación entre madres adolescentes y la salud de sus hijos lactantes en El Salvador, nos hacen formular la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre la edad materna temprana y la morbilidad del lactante mayor de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán en el periodo de enero a diciembre de 2018?

II. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la edad que comprende desde los 10 a 19 años, siendo este un proceso físico y biológico en el cual se prepara a una persona sexual y emocionalmente inmadura en un adulto fisiológicamente y psicológicamente maduro. A nivel mundial se han creado más servicios de salud, que van desde la atención prenatal hasta los cuidados posnatales, así mismo, la implementación de planes para la prevención de adolescentes embarazadas y los múltiples riesgos que conlleva un embarazo en esta edad (9).

En algunos países se propuso el uso de programas preventivo e informativos, en los cuales se educa a la población sobre como es el uso adecuado de métodos de planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (9). Así mismo, se debe enfatizar a la población sobre el respeto que debe recibir cualquier mujer embarazada sin importar la edad que tenga, tanto en la sociedad como en su grupo familiar (10).

Aríz O. et al, describen que en madres mayores de 20 años se cuenta con mejor estabilidad económica, aumento de la responsabilidad y madurez psicológica de parte de ambos padres para con sus hijos (11), (12). La tasa de mortalidad en hijos de madres que no son adolescentes es menor comparada con aquellas que sí lo son (13). Al mismo tiempo la incidencia de recién nacidos con bajo peso, partos prematuros y mortalidad neonatal es menor en madres adultas (10).

Se ha evidenciado que a nivel psicosocial las madres que son mayores de edad presentan menos estrés por factores sociales, lo que conlleva a una disminución de

casos de maltrato físico, psicológico o negligencia para con los hijos. Así mismo, el nivel académico que tienen las madres es un factor importante en el desarrollo intelectual, adaptación académica y la autoestima de los niños. Los niños que no padecen de maltrato físico, psicológico o negligencias por parte de sus padres tienen un mayor bienestar psicológico, desarrollo socioemocional, de lenguaje y cognitivo (14).

Es por ello que no se recomienda tener embarazos a edad adolescente, ya que no se encuentran preparadas para cuidar de sí mismas y de sus hijos, conllevando a no tener un crecimiento y desarrollo en comparación con madres adultas (14).

III. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

El embarazo en la adolescencia representa un problema de alta prevalencia en América Latina, Bulgach V. et al. Describen en su estudio la diferencia entre las madres que se encontraban en la adolescencia temprana- media y tardía encontrándose que 54 % de las madres mayores a 17 años catalogadas como adolescentes tardías, tenían 2 o más hijos y de estas madres 77% habían sido hijas de madres adolescentes (15).

Espinoza D. y Paz E. estudiaron a 31 madres entre las edades de 14 a 19 años sobre el nivel de conocimientos acerca de los cuidados físicos que requiere un recién nacido encontrando cerca de 45% del total de los individuos estudiados que tenían conocimiento bajo, acerca del cuidado del recién nacido asociado a la falta de madurez y capacidad de discernir de la madre (16). Así mismo, Acctosa R. estudió el nivel de conocimiento de las madres adolescentes en relación al cuidado del lactante menor de 1-6 meses de edad encontrando 60% de los individuos con un nivel de conocimiento bajo (17).

Parada-Rico D. y García-Suárez C. describen que los adolescentes no son vistos como personas aptas para la crianza y el desarrollo adecuado de sus hijos, al no poder cumplir con las necesidades que estos puedan presentar en cada ámbito de la vida y al no haber alcanzado la madurez de la edad adulta y por ello pueden desarrollarse padres desentendidos de sus responsabilidades (18).

Guidos A. et al, señalan que la edad temprana de los progenitores es un factor de riesgo marcado para producirse negligencia por parte de los padres para con sus hijos, pudiendo ser de tipo voluntaria o involuntaria, perjudicando la salud del hijo. De igual

manera describen que la juventud de los padres es un factor repetitivo para el desarrollo de cualquier tipo de maltrato infantil (19).

IV. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la relación entre la madre adolescente y la morbilidad de su hijo lactante mayor en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán en el periodo de enero a diciembre de 2018.

Objetivos específicos:

- Categorizar epidemiológicamente a la población de madres adolescentes y madres adultas en relación a su edad, procedencia, número de hijos, nivel educativo y estado civil en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.
- Determinar las causas de consultas en lactantes mayores hijos de madres adolescentes y madres adultas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.
- Establecer la prevalencia de morbilidad en los lactantes mayores según hijo de madre adolescente y madre adulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

V. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

- Hipótesis de investigación

La madre adolescente representa un factor de riesgo a la morbilidad de su hijo lactante mayor en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

- Hipótesis nula

La madre adolescente no representa un factor de riesgo a la morbilidad de su hijo lactante mayor en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 Adolescencia

6.1.1 Definición

Adolescencia proviene del latín, “adolescere” que significa crecer, desarrollarse (20). Según la OMS, la adolescencia comprende de los 10 a los 19 años de vida, etapa en la cual logra su desarrollo de manera física, biológica y social una persona para llegar a la edad adulta, este periodo se ve influenciado por diferentes factores como son la cultura, el grado académico y apoyo de los padres, es por eso que varios autores describen que para cada persona, por más características semejantes que se tengan, siempre será diferente el proceso para llegar a la edad adulta, ya que cada individuo reacciona de diferente manera a cada situación que se le presenta en el diario vivir (21), (22).

Calero et al define que la adolescencia es una etapa en la cual se está expuesto a riesgos como consumo de drogas, alcohol, accidentes de tránsito, muerte prematura, inicio temprano de relaciones sexuales, embarazos no deseados y comienzo de enfermedades crónicas que se desarrollaran en la etapa adulta a consecuencia de los malos hábitos de salud adquiridos en la adolescencia (21).

6.1.2 Etapas de la adolescencia

El desarrollo de la adolescencia no es uniforme en toda la población, ya que cada uno presenta diferentes variables en su crecimiento, pero se puede dividir en etapas, no hay un consolidado de dichas etapas, pero algunos autores describen 3 etapas: adolescencia temprana (de los 10 a los 13-14 años), adolescencia media (14-15 años a los 16-17 años)

y tardía (17-18 años en adelante), cada una teniendo sus diferentes peculiaridades. Habitualmente las mujeres presentan más tempranamente la pubertad, es por ello que comienzan la adolescencia antes que los hombres (22).

6.1.3 Cambios sexuales en los adolescentes

Para describir los cambios sexuales que se desarrollan en la adolescencia, se debe hablar de la pubertad, dicha palabra viene del latín “púberes” que significa pubis con vello, en esta etapa se dan cambios físicos, psicológicos y funcionales que tiene como fin alcanzar y preparar para la reproducción (21), (23). Es en esta etapa de la vida en la que se alcanzara el desarrollo de las glándulas suprarrenales y gonadal, así mismo, se alcanzara un pico de masa muscular, ósea y de grasa magra (24). La pubertad inicia con la telarquia en las niñas y el aumento tamaño de los testículos en los niños, en esta etapa las interacciones entre el sistema nervioso central, gónadas, glándulas suprarrenales, hipotálamo e hipófisis, van de la mano con la cultura y los factores ambientales en que se desarrolla el individuo.

El sistema del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal tiene una gran importancia en esta fase de la vida ya que al secretarse la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh), estimula la secreción pulsátil de gonadotropinas hipofisarias, que son la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo-estimulante (FSH), quienes desencadenan la señal para la maduración gonadal y de sus células germinales, el ovulo en las mujeres o el espermatozoide en los hombres (23), (24). (Ver descripción del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en anexo1).

A su vez los caracteres sexuales secundarios son desarrollados por la hormona testosterona en los hombres, permitiendo el apareamiento de vello en axilas y pubis, el desarrollo de barba y bigote, el cambio de voz a un tono más grave y el ensanchamiento del tórax y los hombros; la hormona estradiol en las mujeres, marca el desarrollo del crecimiento de vello en pubis y axilas, la maduración de las glándulas mamarias, el inicio de menstruación y el aumento de depósitos de grasa en caderas, piernas y busto (23), (24).

Para evaluar los caracteres secundarios de la adolescencia y el desarrollo de los órganos genitales exteriores se utilizan los estadios de Tanner (1962), y clasificar el desarrollo normal del patológico. El botón mamario es en las mujeres el primer signo de desarrollo, teniendo un aumento rápido del crecimiento de las glándulas mamarias en el estadio II y III de Tanner, en la mayoría de las mujeres la telarquia se presenta cuando hay un estadio IV de Tanner. En los hombres el crecimiento, la rugosidad y el cambio de coloración rojiza en el saco escrotal marca el inicio del desarrollo de la pubertad, luego existe un aumento en el tamaño del pene y la pubarquia, la eyaculación se presenta en gran porcentaje en el estadio III de Tanner y en el estadio IV hay un cambio del tono de voz (23), (24). (Ver estadios puberales de la mujer y el hombre en anexo 2 y 3).

6.1.4 Cambios psicológicos en los adolescentes

A medida el adolescente va creciendo, experimenta diferentes etapas que lo afectan psicológicamente, ya que debe ir adaptándose a su nueva imagen corporal, las responsabilidades que se le irán demandando y las relaciones con sus amigos y el sexo opuesto; así como también comienzan las diferencias de opiniones con sus padres,

maestros y demás de la sociedad en la que él interactúa, ya que se inicia una opinión propia, con la cual se ira forjando para las demás etapas de su adolescencia y la adultez.

Adolescencia temprana, al principio de la adolescencia puede experimentar inseguridad ya que su apariencia, por los cambios corporales pueden no ser los esperados, comparándose, así mismo, con sus pares de mismas edades y el desarrollo físico que ellos tienen. Es aquí donde las relaciones con sus compañeros de mismo sexo son más fuertes, ya que las opiniones de ellos son de gran importancia y la de los padres comienza a perder relevancia (24), (25), (26).

Estando en la adolescencia media existe una mejor aceptación de los cambios físicos que se han realizado, y comienza la seguridad en sí mismo por sus cambios corporales, pero también es una etapa donde se pueden evidenciar trastornos alimentarios, por la presión social en la cual se desarrolla y formar aún más la inseguridad en sí y poner en riesgo su salud. Es también aquí donde tiene mayor importancia la relación con los amigos y las opiniones que tiene ellos de los diferentes aspectos de la vida, se inicia el interés por los pares del sexo opuesto y las relaciones interpersonales con ellos. La proyección del futuro es aun confusa, y puede presentar cuadros de depresión al no poder alcanzar sus ideas irreales. En esta etapa es donde se nota más acciones que ponen en riesgo la vida de los adolescentes, ingesta de sustancias ilícitas, relaciones sexuales sin protección, embarazos no deseados, entre otros (24), (25), (26).

En la adolescencia tardía hay un pensamiento abstracto en el cual comienza a consolidar sus valores, religión, vocación, proyección hacia que quiere ser en un futuro, se inicia una dependencia económica, ya las opiniones de amigos no son tan importantes como la propia, además hay un mayor interés por la búsqueda de parejas del sexo opuesto.

En este punto de la adolescencia, ya se tiene un mejor panorama de la persona adulta a la cual quiere convertirse y cuáles son los planes para ellos (24), (25), (26).

6.2 Embarazo en la adolescencia

6.2.1 Definición

El embarazo en la adolescencia a nivel mundial ocupa entre 10 y 11% de los nacimientos, y la mayoría son en países en vías de desarrollo, Perkal señala en su estudio que 60% de los embarazos en estas edades, son a partir de los primeros 6 meses de inicio de relaciones coitales, y que de igual manera un 60% de estas madres quedaran nuevamente embarazadas en un promedio de 2 años siguientes al nacimiento de su primer hijo, es un problema que conlleva varias problemáticas en la sociedad, siendo un riesgo tanto para la madre como para el hijo, aumentando cuanto menor sea la edad en la que ocurre el embarazo y la situación económica en la que la adolescente se encuentre, tanto si cuenta con apoyo familiar y de pareja o no (27), (28).

El embarazo a esta edad se ve relacionado con el consumo de sustancias ilícitas, alcohol, problemas conductuales o por abusos sexuales por las parejas sentimentales con las que se encuentren. Mora-Cacino y Hernández en su estudio describen que las madres adolescentes tiene menos actitudes para la crianza de un hijo, ya que no tienen claro cuál es el desarrollo normal de un niño, no saben la manera adecuada de atender las necesidades que puedan tener, más aun en aquellas que no reciben apoyo de su grupo familiar (29), (30), (34).

6.2.2 Factores de riesgo

El inicio temprano de relaciones sexuales marca el mayor factor de riesgo para un embarazo en la adolescencia, tanto la cultura como el nivel sociocultural en el que se encuentre la mujer son factores detonantes para el inicio a corta edad de relaciones coitales. Además, las conductas antisociales, el consumo de drogas ilícitas o alcohol conllevan a aumentar la probabilidad de concebir un embarazo no deseado que tendrá riesgo tanto para la embarazada, como para el desarrollo fetal del producto. La mayoría de países en vías de desarrollo todavía hacen ver como tabú el hablar sobre sexualidad en los hogares, es por ello que muchos adolescentes no saben cómo actuar ante esta situación (28), (29), (34).

El no tener una relación adecuada con los padres o que alguno de estos, falte en el hogar, limita la vigilancia y la orientación que los adolescentes pueden tener cuando están en un noviazgo, al mismo tiempo la presión social que ejercen los pares contribuyen a el inicio de relaciones sexuales o no iniciarlas. Algunos autores también mencionan que un ambiente muy estricto puede hacer que los adolescentes inicien su sexualidad (28), (29), (31).

A nivel mundial se describe en múltiples estudios que a menor escolaridad se aumenta el riesgo de embarazos en adolescentes, en El Salvador según la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en la Niñez y la Adolescencia 2017-2027, reporta que las mujeres que solo han realizado estudios de primaria tiene 25 veces más probabilidad de tener un hijo antes de los 18 años en comparación a aquellas que han alcanzado estudios universitarios. Para el año 2015, 25,584 embarazadas estaban en

edades de 10 a 19 años, de ellas 15,453 no recibían educación al momento de iniciar el embarazo, y 10,131 si recibían educación. Las que si recibían educación 7,900 no continuaron sus estudios y solo 2,231 los retomaron, siendo 8 de cada 10 las que tienen deserción escolar, situación la cual se describe detalladamente en la tabla 1 (32).

Tabla 1. Estimación de niñas y adolescentes que abandonaron sus estudios a consecuencia de un embarazo (según grado alcanzado).

Grado obtenido al momento de la deserción	Distribución porcentual según estudio	Estimacion del número de embarazadas 2015
3.º grado	4.6%	363
4.º grado	8.4%	664
5.º grado	4.6%	363
6.º grado	18.3%	1,446
7.º grado	11.5%	909
8.º grado	21.4%	1,691
9.º grado	16.0%	1,264
10.º grado	4.6%	363
11.º grado	4.6%	363
12.º grado	6.0%	474
Total	100%	7,900

Fuente: Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes

2017- 2027.

6.2.3 Efectos en la salud de la madre

Las complicaciones en las adolescentes embarazadas pueden ocurrir en la estancia gestacional, parto y puerperio. Tiene más riesgo un embarazo en esta etapa de la vida, que, en mujeres adultas, tanto como por que el cuerpo y útero aún no están preparados para concebir una vida en él, además que a nivel psicológico no están preparados para cuidar de alguien más que no sea ellas mismas. La pre eclampsia, eclampsia, hipertensión arterial, inicio de consumo de tabaco y drogas ilícitas, anemia, VIH/SIDA, desnutrición se ven más en la adolescencia, además del hecho que muchas de estas mujeres no llevan controles adecuados de embarazo, por rechazo de la sociedad, inseguridad, falta de apoyo de la familia y/o la pareja (28), (29), (33).

Al no acudir o no ser constantes en los controles prenatales, las adolescentes embarazadas puede presentar en el periodo gestante, infecciones de vías urinarias, bacteriuria asintomática, abortos intencionales o no, anemia, desnutrición u obesidad, hemorragias, partos prematuros, rupturas prematuras de membranas, en el parto puede haber desproporción con respecto al tamaño de la pelvis y el perímetro cefálico del producto, lo que conlleva a desgarros vaginales, cesáreas o hasta muerte cuando no acuden a centros de atención en el momento de dar a luz (28), (29), (33), (34).

6.2.4 Situación en El Salvador

Para El Salvador en el año 2016 22% de la población era adolescente, y la mayoría del área rural, se reportaban 83,478 embarazadas en el territorio nacional, siendo 25,132 las embarazadas que estaban en edades de 10 a 19 años, es este el grupo etario con más riesgo, ya que la población se inscribe tardíamente a controles prenatales, no asiste o lo

hace intermitentemente, lo cual conlleva mayor riesgo a desarrollar patologías que interfieran en la vida del feto y de ellas mismas. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS), 96% de embarazadas, asiste a controles prenatales (35).

El Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) implementa programas para evitar los embarazos en adolescentes, y hace mayor énfasis en evitar un segundo embarazo antes de la edad adulta. Se brinda educación sobre métodos anticonceptivos, se crean espacios amigables en los centros asistenciales para que los adolescentes puedan acudir a estas instituciones, se capacita promotores de salud con enfoque en adolescentes, así mismo, se crean grupos de embarazadas adolescentes que puedan compartir y solidarizarse con pares en sus mismas condiciones (34).

Una de las metas del MINSAL, es que toda embarazada sin importar la edad, se inscriba antes de cumplir 12 semanas de embarazo, y llevar al menos 4 o 5 controles prenatales, para poder llevar un control adecuado en la etapa gestacional, sin embargo, para el año 2016 no se superaba el 66.2% de inscripciones en mujeres de 15 a 17 años. En las edades de 10 a 12 años, la mayoría de estos embarazos surgen a partir de violaciones, y los departamentos con mayor número de casos de embarazo en estas edades son, San Salvador, La Libertad, La Paz, San Miguel y Cuscatlán con un porcentaje entre 42 y 54%, siendo estos los departamentos que aportan mayor número de atenciones especializadas por las patologías que se pueden presentar en las gestantes, en el año 2017 se agregaba Sonsonate y Santa Ana a los departamentos con tasas altas de embarazadas de entre 10 a 12 años (35), (36).

En las edades de 13 a 14 años, en 2016 los departamentos con más inscripciones reportadas son, San Salvador, La Libertad, Santa Ana y San Miguel teniendo un 40% de

casos a nivel nacional. Para las edades de 15 a 17 años, San Salvador, La Libertad y Santa Ana ocupan el 39% de inscripciones en todo el país, de 18 a 19 años se mantienen San Salvador y La Libertad como los principales, pero en este caso se les suma Sonsonate, teniendo un total del 40% de inscripciones prenatales en el territorio salvadoreño. El estado nutricional en la etapa gestante se ve un alza de sobrepeso y obesidad en las mayores de 12 años a la hora de inscribirlas en los controles prenatales, en relación entre el año 2013 y 2017, las adolescentes de 13 a 14 años tenían 6.2% y alcanzaron 9%, entre 15 a 17 años, pasaron de 7.3% a 12.8% y las de 18 a 19 años incrementaron de 11.3% a 16.6%, de tendencia a estos estados nutricionales (35), (36).

En 2016, 28% de los partos a nivel nacional son por embarazo en la adolescencia, destacando que existen reportes de cesáreas subsecuentes, es decir adolescentes que han quedado embarazadas por segunda vez entre los 10 a 19 años y que su primer parto fue realizado por cesárea, en el año 2017 se vio un descenso en el porcentaje de partos a nivel nacional de adolescentes, siendo 26.5%. A nivel nacional para el año 2016 se reportaban 42 mil inscripciones a métodos anticonceptivos, de estos 28% fueron adolescentes (35), (36).

6.3 Lactante

6.3.1 Definición

Esta etapa de vida para el niño se extiende desde los 28 días de vida extrauterina hasta los 24 meses y este a su vez se subdivide en:

- Lactante Menor: desde los 28 días de nacido hasta los 12 meses de edad.

- Lactante Mayor: desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad (37), (38).

6.3.2 Cuidados del lactante mayor

El lactante mayor, por su condición de inmadurez en su desarrollo necesita una serie de cuidados y atenciones con el fin de poder garantizar su salud y mejorar la calidad de vida; entre los cuidados básicos que la madre debe tener sobre lactante mayor encontramos: el baño, higiene de la piel y anexos, vestimenta y el sueño, y la alimentación.

6.3.3 El baño

Este se debe iniciar desde los primeros días de vida y deberá ser realizado todos los días, aunque el lactante este enfermo ya que proporciona limpieza y satisfacción, así mismo, es un referente de los hábitos higiénicos que deberá tener para el resto de su vida. Para este se recomienda contar con una bañera de materiales resistentes y de estructura estable, así mismo, no debe tener orificios de un diámetro que permita introducir el dedo del lactante, la forma de la bañera debe facilitar al lactante mayor, la posición sentado y no se deberá dejar solo en ningún momento, reduciendo el riesgo de resbalar bajo el agua (39), (40).

La temperatura ideal del agua debe rondar entre los 36 °C a 37 °C y se debe realizar el baño en un ambiente controlado donde no existan corrientes de aire tales como ventanas abiertas o ventiladores, el jabón ideal debe ser neutro, reduciendo así la probabilidad de presentar reacciones alérgicas (39), (40), (41).

6.3.4 Higiene de la piel y anexos

La piel del lactante, es mucho más delgada en comparación a la del adulto, esta cuenta con un pH más reducido y un menor número de glándulas sebáceas y sudoríparas, el desarrollo inmunitario insuficiente lo hace más propenso a padecer patologías dermatológicas. La piel del lactante representa más del 13% del total de su peso corporal en comparación al 3% del peso corporal total del adulto. El cuidado correcto de la piel en esta etapa es fundamental para poder tener una piel sana el resto de la vida (40), (41).

Durante el baño es necesario lavar el cabello de 2 a 3 veces por semana, una vez realizado el baño es necesario hidratar la piel aplicando aceite corporal teniendo la precaución de aplicarlo con la piel mojada con el fin de que este emulsione de la manera correcta y evitar el uso de talcos en polvo que puedan ocasionar reacciones alérgicas.

Para realizar la limpieza de los odios, retirar secreciones de los ojos y limpiar las fosas nasales se debe utilizar solución salina normal a 0.9% en pequeñas gotas, se debe evitar el uso en los oídos de “bastoncillos” de algodón dado que estos pueden adherir el cerumen a las paredes del conducto auditivo y dificultar su eliminación posterior, así mismo, aumentar el riesgo de padecer una infección (40), (41).

Las uñas deben de ser cortadas de forma periódica, haciéndolo de forma recta usando tijeras de puntas romas para evitar accidentes en los dedos de los lactante, estas deben de cortarse siguiendo la curva de la punta del dedo y la de los pies para evitar la formación de panadizos o uñas encarnadas (42).

6.3.5 Vestimenta

La vestimenta debe permitirle al lactante moverse con libertad, esta debe de ser sencilla, amplia y fácil de quitar; durante los dos primeros años de vida la ropa debe ser lavada con jabón neutro, enjuagándola con abundante agua para evitar que restos de jabón provoquen irritaciones en la piel, se debe evitar el uso de ropa con zipper dado que estas pueden producir pellizcos dolorosos.

El calzado, tiene que ser holgado, flexible y ligero este debe de ser lo suficientemente amplio para favorecer el desarrollo de la musculatura del pie y permitir al lactante mover sus dedos; a la vez debe de contar con suelas flexibles y antideslizantes, si el médico tratante del lactante no indica algún tipo de plantillas especiales estas no deben de ser ocupadas (40), (42).

6.3.6 Sueño

Se espera que a los 12 meses de edad el lactante ya haya desarrollado un patrón de sueño sin problemas, lo habitual es que entre los 12 meses a los 24 meses duerman entre 11 y 16 horas al día divididas entre siestas matinales y vespertinas así como el sueño por la noche, alrededor de los 18 meses las siestas matinales desaparecerán. El tiempo que el lactante tarda en dormirse puede variar entre 15 y 30 minutos. Una habitación con temperatura agradable, con una adecuada ventilación y un ambiente tranquilo será ideal para asegurar el descanso del lactante (40), (42).

6.3.7 Alimentación del lactante mayor

En la etapa de lactante mayor entre los 18 y 24 meses de edad la velocidad de crecimiento disminuye, lo que ocasiona un descenso relativo de las necesidades nutricionales, y consecuentemente una disminución fisiológica del apetito. A partir del primer año de edad, se le deberá ir incorporando paulatinamente los hábitos y características de la alimentación del grupo familiar, respetando sus necesidades de alimentación y ciclo sueño-vigilia. En esta etapa deberá realzar entre 4-5 comidas al día divididas en 3 comidas importantes como el desayuno, almuerzo y cena; y dos ligeras a media mañana y media tarde.

Los procesos de erupción dentaria y maduración de las funciones bucales, permiten al lactante estar en condiciones aptas de ingerir alimentos de mayor consistencia, introduciendo al inicio puré de sólidos y luego alimentos picados en trozos blandos. Acá el lactante deberá de comer con sus propias manos utilizando paulatinamente cuchara y aprenderá a beber de un vaso con el fin de promover la autosuficiencia (40), (43).

La introducción de alimentos nuevos deberá ser de manera lenta y progresiva en porciones pequeñas y en función del apetito del lactante. A partir de los 12 meses se introducirán derivados lácteos, legumbres y o claras de huevos, alrededor de los 15-18 meses se inician las frutas como fresa y melocotón, así como pescado en piezas pequeñas como, por ejemplo: sardinas (40).

Alimentación láctea

Durante esta etapa la lactancia materna debe continuar hasta los 2 años de edad complementándola con alimentos sólidos. El lácteo de primera elección es la leche

materna y a partir de los 12 meses se puede introducir leche de vaca entera o leche de vaca en polvo reconstituida al 7.5%, recomendándose ingerir menos de 2 raciones de productos lácteos diario con un total de aproximadamente 500 ml al día (43), (44).

Consumo de sal

La Organización Mundial de la Salud recomienda que para niños mayores a 2 años la ingesta de sal al día sea no mayor de 5 gramos de sal. Por su inmadurez renal a los menores de 2 años esta ingesta debe de ser reducida a 2 gramos de sal al día los cuales representan 0.8 gramos de sodio (44).

Alimentación sólida

La introducción progresiva de alimentos de blandos a sólidos estimula la masticación. Al iniciar esta etapa se deben de dar comidas en puré y avanzar de manera paulatina a brindar alimentos de consistencia grumosa y luego blandos hasta llegar a dar la comida en trozos pequeños, alrededor de los 18 a 24 meses el lactante deberá comer en trozos. La frecuencia de administración de los diferentes alimentos sólidos se describe en la tabla 2 (40), (43).

Tabla 2. Frecuencia y cantidad de consumo de alimentos recomendada para el (la) niño (a) entre 1 a 2 años de edad.

Alimentos	Frecuencia	Cantidad sugerida
Cereales	Diaria	Cereal precocido en la leche (3 ½ medias en 250 ml). Arroz, fideos, papas, chuchoca, otros. Almuerzo y cena (1/2 taza/vez).
Vegetales	Diaria	Verduras crudas o cocidas: zanahorias, acelga, zapallos, porotos verdes, y otras en el almuerzo y cena (1/2 taza/vez).
Frutas	Diaria	Frutas crudas como manzana, durazno, kiwi, frutillas, plátanos y otras. Como postre o en colocaciones 2 veces al día (1 unidad). Preferir frutas de la estación.
Lácteos semidescremados	Diaria	Lácteos semidescremados: leche, yogurt o quesos blancos 3 veces al día. Ejemplo: desayuno, once y colocación.
Carnes vacuno, pollo, pavo, cerdo	2 veces/semana	Incluye aves (pollo, pavo), cerdo, vacuno y otras con poca grasa.
Pescados-mariscos	2 veces/semana	Pescados y mariscos variados, dando preferencia a los pescados grasos (jurel, atún,

		salmón, sardina). Si son enlatados preferir “al agua”.
Legumbres	1- 2 veces/semana	Variar por frecuencia de consumo, 40 gramos en el almuerzo y cena.
Guisos verduras, huevo	1- 2 veces/semana	Guisos o tortillas de verduras + huevos (2-3/semana).
Aceites y otras grasas	Diaria	Aceites vegetales, de preferencia sin cocción, 2 cucharaditas/día dando preferencia para aceite de canola, soya/mezcla vegetal, oliva, maravilla (6ml). La palta puede ser incorporada 2-3 veces/semana (1 cucharada al almuerzo o cena o acompañada con pan en el desayuno o colación). Nueces, maní hasta después de los 4 años.
Azúcar y golosinas		Evitar su consumo.
Agua	Diaria	Incluye todos los líquidos ingeridos. Aproximadamente 4-5 tazas/día.
Cereales incluyen: cereal instantáneo agregado a la leche al 3% o ½ porción de pan (1/4 de marraqueta) al desayuno u once, o distribuido en ambas. Medidas: definida como aquella para la preparación de 5 gramos de leche en polvo.		

Fuente: Ministerio de Salud Chile. Guía de Alimentación del niño menor a 2 años.

6.4 Enfermedades más comunes en el lactante mayor

En Guatemala, Tamayo C. et al, describen una frecuencia de 60.2% de desarrollo de enfermedades en la edad pediátrica durante las edades de 1 a 4 años con un predominio de 52 % en varones, De estas 62.5% de los casos son asociados a enfermedades diarreicas agudas seguido por 49.1% de los casos asociados a infecciones respiratorias agudas y en menor cantidad a otras afecciones como parasitismo e infecciones urinarias (8).

6.4.1 Infección respiratoria aguda

El termino infección respiratoria aguda (IRA) agrupa a un número de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio superior e inferior y son causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, las cuales aparecen de forma repentina y duran menos de dos semanas; representando 20% de las muertes en niños menores a 5 años a nivel mundial. Los principales agentes causales son el Virus Sincitial Respiratorio y el Virus tipo tres de la Parainfluenza siendo los responsables de cerca de 20 al 25 % de los casos de neumonía y del 45 al 50 % de bronquiolitis en niños hospitalizados.

Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas entre las más comunes se pueden encontrar en casi 99 % de los casos tos y dificultad respiratoria, congestión nasal en un 96% y sibilancias en 92% acompañado de síntomas en menor porcentaje de aparición como fiebre, rechazo a alimentos, tirajes, crepitaciones o cianosis. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar infecciones respiratorias agudas están: bajo nivel socio-económico, escolaridad de los padres, hacinamiento y malas condiciones ambientales (45), (46), (47).

Los tratamientos deberán ir orientados al agente causal y principal sintomatología que el lactante mayor presente, brindado especial atención a las sibilancias, medidas antitérmicas por medios físicos o por medicamentos siendo el acetaminofén la primera elección de tratamiento calculado a 10 mg por kilogramo de peso del lactante consultando previamente a un centro de salud para su valoración (60).

6.4.2 Enfermedad febril aguda

El síndrome febril agudo (SFA), se define como el estado mórbido de inicio repentino de fiebre, de menos de 7 días de evolución. Los episodios febriles en niños menores a 5 años representan aproximadamente 30% de las consultas de pediatría, siendo el tiempo entre el inicio del cuadro febril y la consulta con el profesional de salud muy corto (48), (49), (50).

La presentación del síndrome no distingue en relación al sexo o a la condición socio-económica y es más frecuente entre los 3 a los 36 meses de vida. Durante este periodo el niño puede llegar a presentar entre 4 a 6 episodios febriles al año. Su etiología puede ser a causa de trastornos orgánicos o patógenos virales, bacterianos o parasitarios, así mismo, el tratamiento dependerá de la causa que origine la elevación de la temperatura, siendo el medicamento antitérmico de elección acetaminofén calculada a 10 mg por kilogramo de peso del lactante (48), (49), (50), (60).

6.4.3 Gastroenteritis aguda

La gastroenteritis aguda (GEA) se define como una disminución en la consistencia de las deposiciones o un aumento en el número de las mismas siendo estas de 3 o más en 24 horas, pudiendo ir acompañadas de vómitos, dolor abdominal y en algunos casos fiebre.

La duración por lo general suele ser menor a 7 días, pero se puede extender hasta 14 días para poder ser considerada como un episodio agudo de diarrea (51), (52).

Su incidencia varia a nivel mundial y está relacionada a las condiciones socio-económicas y sanitarias de cada región, en países desarrollados como Europa la gastroenteritis aguda cuenta con una incidencia de 0,5-2 casos al año en menores de 3 años, con una marcada diferencia en países subdesarrollados en los cuales se cuenta hasta 6 episodios al año.

Los agentes más frecuentemente involucrados son los virus seguidos por bacterias y parásitos, los cuales pueden ocasionar cuadros diarreicos al afectar la absorción o secreción de nutrientes y agua en diferentes partes del intestino delgado y grueso (51), (52), (53).

El tratamiento deberá de ir orientado a tratar la causa de la gastroenteritis por medio de antibióticos o antiparasitarios , así mismo, este deberá de prevenir la deshidratación por medio de planes estandarizados por el Ministerio de Salud de El Salvador dentro de los cuales se encuentran el plan A: que tiene como fin tratar la deshidratación desde casa continuando la lactancia materna y la alimentación, brindar líquidos después de cada evacuación y educar a la madre sobre los signos de alarma; y El plan B: el cual busca corregir la deshidratación por medio del uso de sales de rehidratación oral calculados a 75 ml por kilogramo de peso del lactante los cuales deberán de administrarse en 4 horas por vía oral, si el lactante no tolera la vía oral se deberá calcular líquidos endovenosos a 20 ml por kilogramo a pasar en 20 minutos en máximo de 3 ocasiones y deberá de ser referido a un hospital para brindar mayor atención (60).

6.4.4 Parasitismo

El parasitismo intestinal ocurre cuando se produce una ingesta de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos los cuales se reproducen a nivel intestinal u otros órganos del ser humano; estas infecciones cuentan con una distribución a nivel mundial siendo más frecuentes en países en vías de desarrollo y están relacionadas estrechamente con la pobreza, higiene personal deficiente, falta de servicios sanitarios, hacinamiento, falta de agua potable y contaminación fecal del ambiente. Se estima que cerca de 46 millones de niños a nivel mundial corren el riesgo de contraer una infección parasitaria, siendo más frecuente entre las edades de 1 a 3 años (54), (55), (56).

El protozoario de mayor prevalencia a nivel mundial es Giardia Lamblia presentándose con mayor frecuencia en países de Asia, África y América Latina, seguido por Áscaris Lumbricoide y Trichuris Trichura. Estas infecciones provocan molestias abdominales, náuseas, vómitos y diarrea, así mismo, pueden causar anemia por deficiencia de hierro, mala absorción de nutrientes y desnutrición crónica e incluso afectar a nivel intelectual llegando a disminuir hasta 3.75 puntos de coeficiente intelectual aumentando la pérdida de memoria y disminuyendo su capacidad de aprender (54), (55), (56).

El tratamiento adecuado será utilizar un antiparasitario sensible al agente causal, este estará acompañado del manejo sintomatológicos de la diarrea, náuseas, vómitos y molestias abdominales (60).

6.4.5 Infecciones urinarias

La infección de vías urinarias (IVUs) se define como la invasión microbiana sintomática o no, adquirida principalmente por vía ascendente, tras la colonización por gérmenes

intestinales del epitelio peri uretral, uretral y vesical (cistitis), pudiendo afectar hasta el tejido renal (pielonefritis); o bien, vía hematógica o directa dada por procedimientos invasivos en el tracto urinario, ocasionando una reacción inflamatoria que producirá alteraciones morfológicas y funcionales (55), (58), (59).

Las infecciones en el tracto urinario tienen una prevalencia estimada de 2 a 5% en lactantes y niños, contando con una tasa de recurrencia de más del 30% durante los primeros 6 a 12 meses después de la primera infección; el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para evitar la formación de cicatrices en el parénquima renal que posteriormente puede guiar al niño a sufrir enfermedades como hipertensión arterial e incluso insuficiencia renal crónica.

El 70% de los casos de infecciones urinarias son a causa de *Escherichia coli* pero estas también pueden ser ocasionadas por otros microorganismos como: *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus del grupo B*, e incluso hongos como *Candida albicans* o virus como el Adenovirus. El tratamiento antibiótico será en base al resultado del urocultivo permitiendo adecuar el uso de los medicamentos en base al patrón de sensibilidad (57), (58), (59).

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio analítico, observacional de tipo casos y controles, retrospectivo.

7.2 Población y muestra

7.2.1 Población

Se tomó en cuenta todas las madres adolescentes entre las edades de 10 a 19 años y madres adultas de 20 a 34 años, así como sus hijos que se encontraban en la edad pediátrica de lactante mayor que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el periodo de enero a diciembre de 2018.

Población diana: madres adolescentes entre 10 y 19 años y madres adultas de 20 a 34 años con sus hijos lactantes mayores de Nuevo Cuscatlán.

Población accesible: madres adolescentes entre 10 y 19 años y madres adultas de 20 a 34 años con sus hijos lactantes mayores, inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el periodo de enero a diciembre de 2018.

Caso: lactantes mayores hijos de madres adolescentes que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el periodo de enero a diciembre de 2018 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

Controles: lactantes mayores hijos de madres adultas que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el periodo de enero a diciembre de 2018 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

7.2.2 Muestra

Unidad de análisis: madres adolescentes de 10 a 19 años y madres adultas de 20 a 34 años así como sus hijos lactantes mayores.

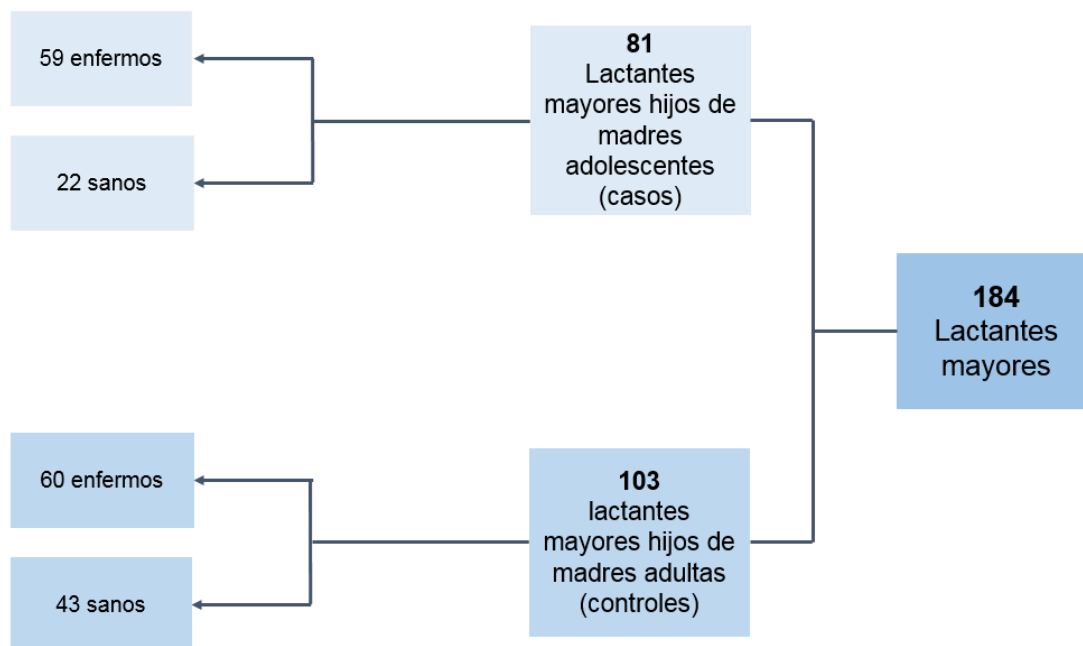
Unidad reportante: expedientes clínicos maternos, expedientes clínicos del lactante mayor y libro de embarazadas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

No se realizó muestreo dado que se tomó en cuenta a todos lactantes mayores hijos de madres adolescentes de 10 a 19 años y madres adultas de 20 a 34 años que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el periodo de enero a diciembre de 2018, todos pertenecientes a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán, los datos fueron recolectados a partir de la revisión de expedientes maternos y del lactante mayor

así mismo, del libro de embarazadas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán, dividiéndose a los lactantes mayores en dos grupos; siendo los casos todos aquellos lactantes mayores hijos de madres adolescentes que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el periodo de enero a diciembre de 2018 y los controles todos los lactantes mayores hijos de madres adultas que consultaron por morbilidad y control de niño sano en el mismo periodo de tiempo.

Se recolectó una muestra de 349 de lactantes mayores, hijos de madres adolescentes y adultas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán de los cuales 165 fueron excluidos al no cumplir con los criterios de inclusión, por lo que el tamaño de la muestra lo constituyen 81 casos de lactantes mayores hijos de madres adolescentes y 103 controles de lactantes mayores hijos de madres adultas, para un total de 184 pacientes (imagen 1).

Imagen 1. Tamaño de muestra de lactantes mayores hijos de madres adolescentes y adultas que consultaron en el periodo de enero a diciembre de 2018 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

7.3 Criterios de inclusión

- Lactante mayor inscrito en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.
- Lactante mayor que haya consultado en el periodo de enero a diciembre de 2018 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

- Madre adolescente de 10 a 19 años y madre adulta de 20 a 34 años, que posean hijos lactantes mayores inscritas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

7.4 Criterios de exclusión

- Hijo de madre mayor a 35 años.
- Expedientes incompletos y con letra ilegible.
- Hijos que se encuentren en otra edad pediátrica, diferente al lactante mayor.
- Lactantes mayores que solamente se presentaron a colocación de vacunas.

7.5 Recolección de datos

Se obtuvo la información mediante la revisión del libro de embarazadas, expedientes maternos y del lactante mayor inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán. Los datos obtenidos fueron vaciados en una base de datos realizada en el programa de Microsoft Excel 2013 adquirido con la licencia de Microsoft Office, asignándole a cada expediente un número correlativo para facilitar el vaciado de datos los cuales fueron introducidos solo por los investigadores.

7.8 Definición operacional de variables

Tabla 3. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Categorías	Indicador
Edad materna	Tiempo delimitado en años que ha vivido la madre.	<ul style="list-style-type: none"> - Madre adolescente temprana: de 10 a 13 años - Madre adolescente media: de 14 a 16 años - Madre adolescente tardía: de 17 a 19 años - Madre adulta: de 20 a 34 años 	Datos obtenidos a través de la revisión de expedientes maternos.
Edad del lactante mayor	Tiempo delimitado en años que ha vivido el hijo de madre adolescente o adulta.	<ul style="list-style-type: none"> - Lactante de 1 año con cero días a 1 año con 364 días 	Datos obtenidos a través de la revisión de expedientes del lactante mayor.
Sexo del lactante	Condición orgánica que distingue a hombres y mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Datos obtenidos a través de la revisión de expedientes del lactante mayor.
Características sociodemográficas maternas	Atributos generales que presenta la población de madres adolescentes o madres adultas.	<ul style="list-style-type: none"> - Lugar de residencia: rural o urbano - Número de hijos - Nivel educativo: ninguno, primaria, secundaria, bachillerato, técnico, universidad - Estado civil: soltera, casada, 	Datos obtenidos a través de la revisión de expedientes maternos.

		acompañada, viuda, divorciada	
Estado nutricional del lactante mayor	Definirá el estado de salud del lactante mayor en relación a la ingesta de alimentos y su utilización por parte del organismo.	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición severa - Desnutrición - Normal 	Datos obtenidos a través de la revisión de expedientes clínicos del lactante mayor en el apartado de grafica de peso para la edad.
Motivo de consultas	Causa principal por la cual la madre lleva a su hijo lactante mayor a revisión por el médico de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.	<ul style="list-style-type: none"> - Infección respiratoria aguda - Enfermedad febril - Gastroenteritis aguda - Parasitismo - Infecciones urinarias - Otras 	Datos obtenidos a través de la revisión de expedientes del lactante mayor.
Características de las consultas	Definirá la cantidad de consultas y referencias entorno a las causas de la consulta del lactante mayor.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de consultas - Se brindó plan de referencia a segundo o tercer nivel 	Datos obtenidos a través de la revisión de los expedientes del lactante mayor.

7.9 Análisis estadístico de los datos

Para el análisis de la información se realizó una base de datos en procesador de datos Microsoft Excel 2013 adquirido con la licencia de Microsoft Office así mismo, se utilizó el programa Graphpad Prism 8.2.1 adquirido bajo licencia de estudiante.

Para el análisis individual de las variables se utilizaron medidas de tendencia central, las variables cualitativas se evaluaron con la prueba de Test exacto de Fisher. Para determinar asociación entre las variables y para la morbimortalidad se usó el cálculo de Odds Ratio. Se aplicó un intervalo de confianza del 95% y un nivel de probabilidad menor de 0.05 como significancia estadística.

Para la realización del estudio se contó con la asesoría de la Doctora Gloria Patricia de Cativo así mismo, contamos con el apoyo la Licenciada María Teresita Bertolli Avella quien desempeña el cargo de Investigador Asociado de la Universidad de Miami Florida, EE.UU. como colaboradora metodológica.

7.10 Consideraciones éticas

Previo a la autorización legal de la actual directora de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán Doctora Briseida Lara (anexo 4), se realizó una investigación sin riesgo (61), al realizar una revisión de expedientes clínicos maternos y de sus hijos lactantes mayores, así como del libro de embarazadas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

Durante la investigación se respetaron los principios éticos básicos de: **justicia**, porque se incluyeron a todas madres adolescentes de 10 a 19 años y madres adultas de 20 a 34 años, así como sus hijos lactantes mayores sin importar su origen étnico o religión; **no maleficencia**, al realizar un estudio de revisión de expedientes, el trato con pacientes será nulo por lo cual no habrá un riesgo para la salud de los pacientes; **autonomía**, por las características del estudio al ser una revisión de expedientes el individuo a estudiar

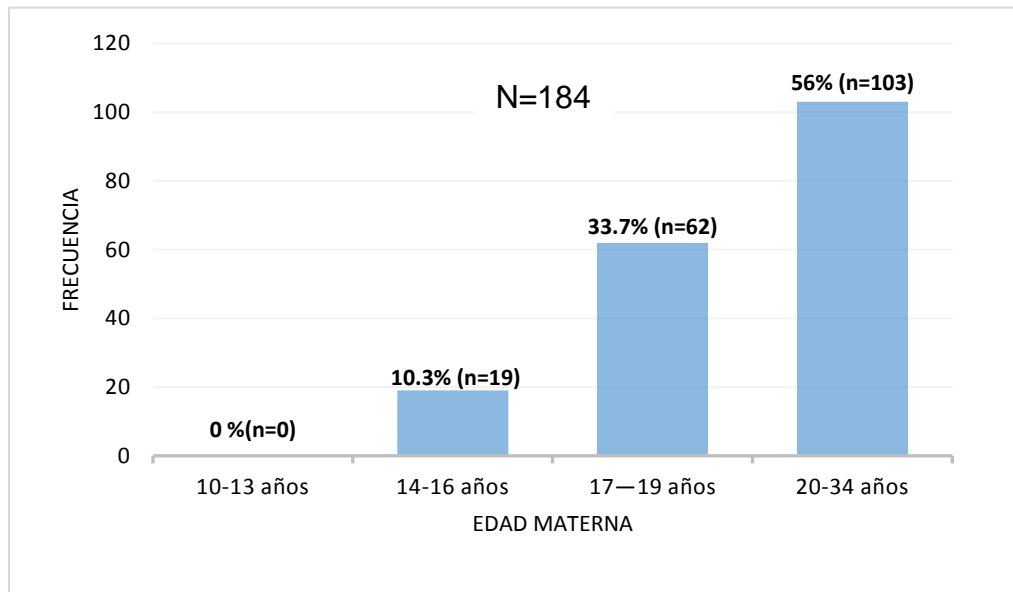
no tuvo la posibilidad de decidir participar o no en base a esto se creó una base de datos en la cual la información se desglosó en base a las características a investigar y no de manera individual hacia la persona asignándole a cada expediente un numero correlativo, siendo los datos llenados en la base de datos exclusivamente por los investigadores manteniendo la confidencialidad de los pacientes; **beneficencia**, el estudio pretendió identificar la presencia o no de un riesgo asociado a la salud del lactante mayor en base a la edad materna, al poder determinar si existe asociación o no con la edad materna temprana y la morbilidad del lactante mayor, pudiéndose realizar programas de mejoramiento de atención y disponibilidad de servicios de salud a las madres adolescentes y a sus hijos, así como desarrollar campañas de atención primaria en salud con el fin de poder disminuir los casos de enfermedades del lactante mayor, mejorando la calidad de vida de las madres adolescentes e hijos que habitan en el municipio de Nuevo Cuscatlán.

El estudio se presentó al Comité de Ética para la Investigación en Salud de la Universidad Doctor José Matías Delgado, el cual fue aprobado (anexo 5). Se realizó un enmienda del protocolo de investigación al Comité de Ética para la Investigación en Salud de la Universidad Doctor José Matías Delgado ya que inicialmente había sido aprobado bajo una metodología de un estudio de cohorte, retrospectivo, analítico; pero por recomendaciones de expertos la metodología fue cambiada a un estudio analítico, observacional de tipo casos y controles, retrospectivo; la demás información presentada en el documento inicial al comité de ética no vario respetándose siempre los principios éticos básicos, enmienda la cual fue aprobada (anexo 6).

VIII. RESULTADOS

Se recolectó una muestra de 349 casos de lactantes mayores, hijos de madres adolescentes y adultas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán de los cuales 165 fueron excluidos al no cumplir con los criterios de inclusión; con esto se totalizan 184 individuos lactantes mayores incluidos en el estudio, así mismo, se incluyeron los 184 expedientes maternos correspondientes.

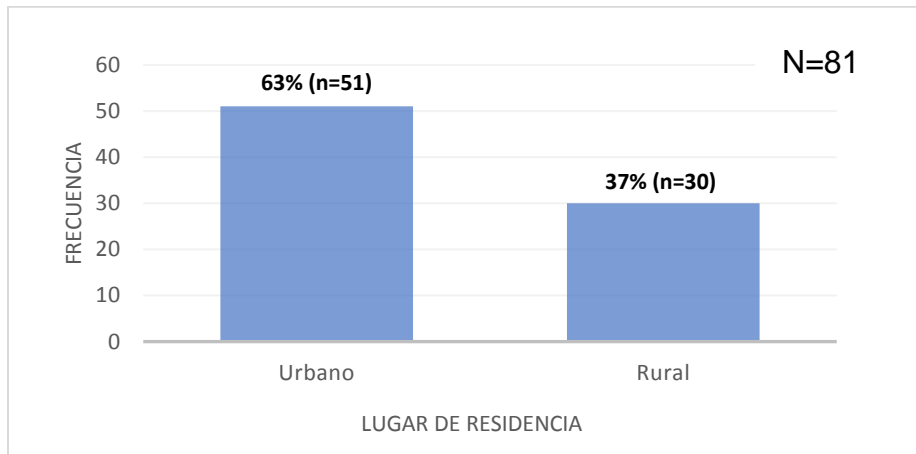
Gráfico 1. Rango de edad de madres de lactantes mayores de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Libro de embarazadas de UCSF Nuevo Cuscatlán 2016-2017.

Gráfico 1. Se observó que 56% (n=103) de las madres de lactantes mayores estuvieron entre los rangos de edad 20 a 34 años, 33.7% (n=62) de 17 a 19 años y 10.3% (n=19) en 14 a 16 años.

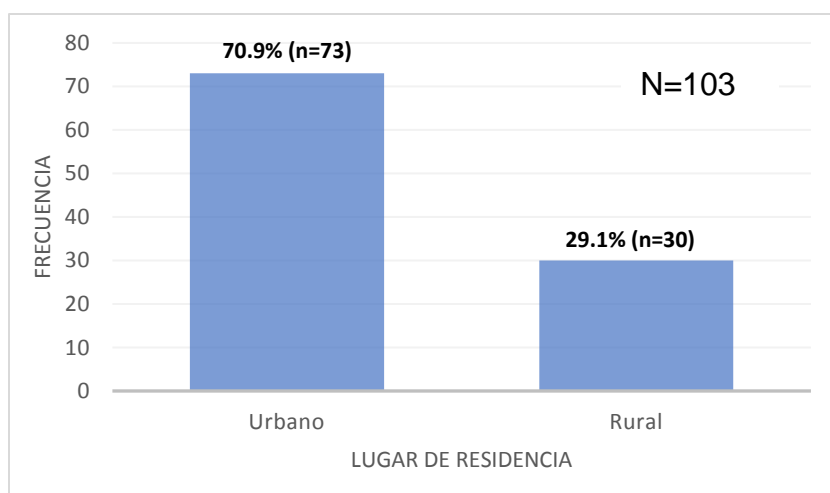
Gráfico 2. Procedencia de madres adolescentes de lactantes mayores de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de madres de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2016-2017.

Gráfico 2. De las 81 madres adolescentes 63% (n=51) de la población estudiada de madres adolescentes procedía de zona urbana y 37% (n=30) rural.

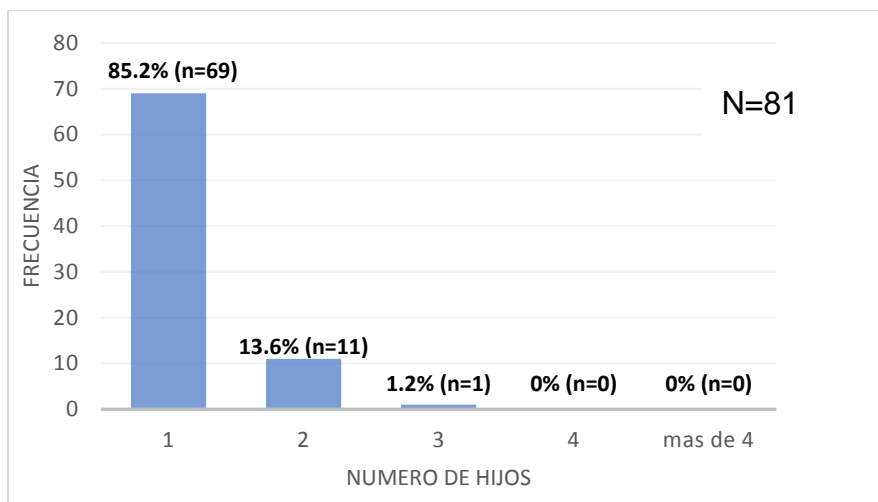
Gráfico 3. Procedencia de madres adultas de lactantes mayores de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de madres de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2016-2017.

Gráfico 3. De las 102 madres adultas 70.9% (n=73) de las madres adultas de lactantes mayores venía de zona urbana y 29.1% (n=30) rural.

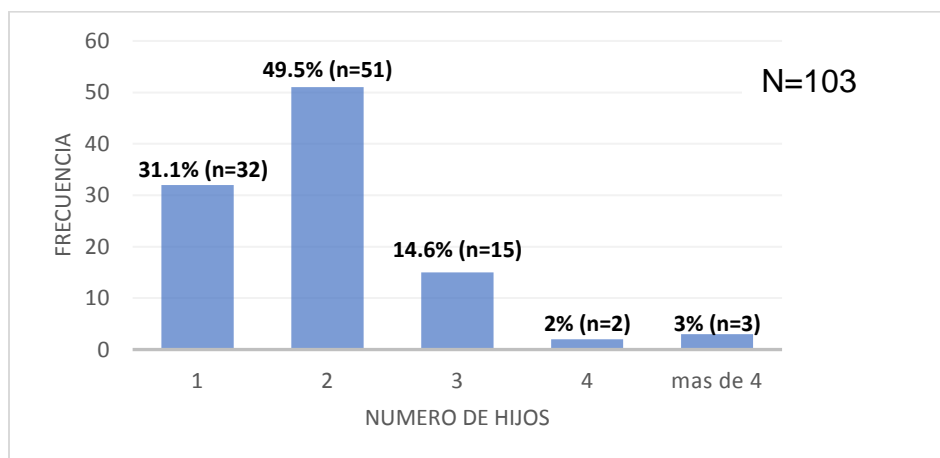
Gráfico 4. Número de hijos de madres adolescentes de lactantes mayores de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expediente y libro de embarazadas 2016-2017 de UCSF Nuevo Cuscatlán.

Gráfico 4. 85.2% (n=69) de las madres adolescentes eran primerizas, mientras que 13.6% (n=11) ya había tenido un hijo previo y 1.2% (n=1) tenía 3 hijos.

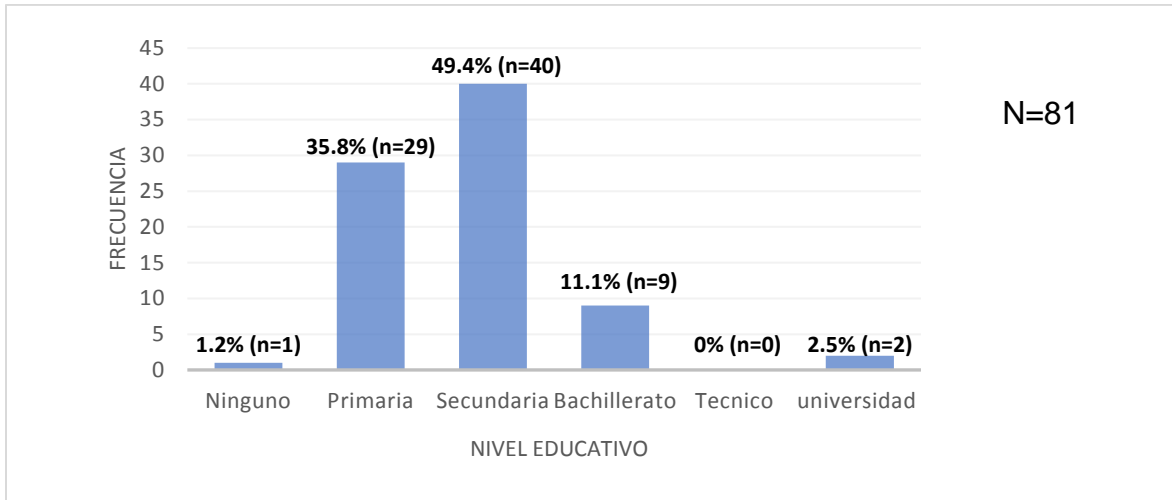
Gráfico 5. Número de hijos de madres adultas de lactantes mayores de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes y libro de embarazadas 2016-2017 de UCSF Nuevo Cuscatlán.

Gráfico 5. En la población estudiada de madres adultas de lactantes mayores, se evidencio que 31.1% (n=32) eran primerizas, 49.5% (n=51) tenía 2 hijos, 14.6% (n=15) 3 hijos, 2% (n=2) 4 hijos y 3% (n=3) más de 4 hijos.

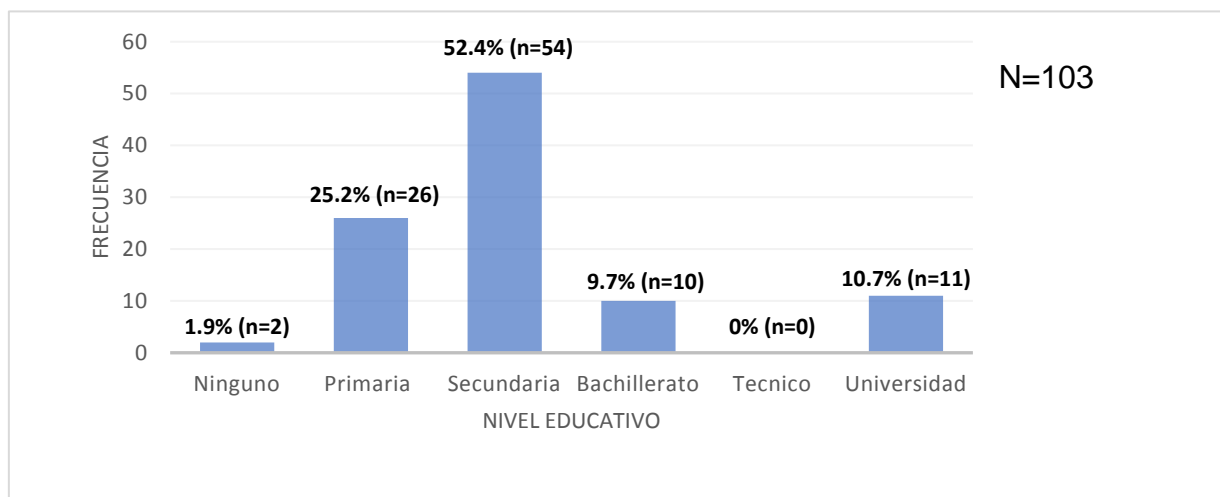
Gráfico 6. Nivel educativo de madres adolescentes de lactantes mayores, Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de madres de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2016-2017.

Gráfico 6. 1.2% (n=1) de las madres adolescentes no recibió ninguna formación académica, 35.8% (n=29) cursaron primaria, 49.4% (n=40) estudiaron hasta secundaria, 11.1% (n=9) bachillerato, 2.5% (n=2) universidad.

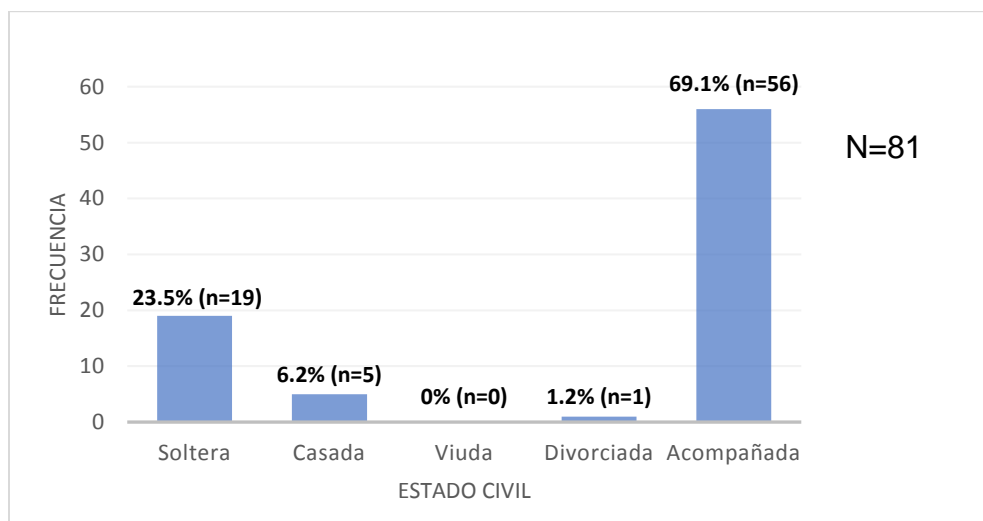
Gráfico 7. Nivel educativo de madres adultas de lactantes mayores, Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de madres de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2016-2017.

Gráfico 7. De la población estudiada de madres adultas, 1.9% (n=2) no realizó ningún estudio, 25.2% (n=26) asistió a primaria, 52.4% (n=54) habían asistido hasta secundaria, 9.7% (n=10) bachillerato, 10.7% (n=11) universidad.

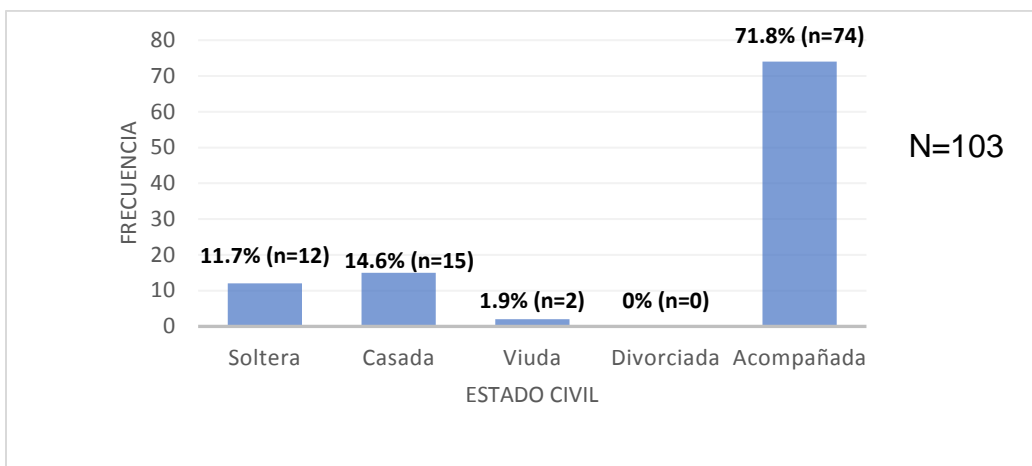
Gráfico 8. Estado civil de madres adolescentes de lactantes mayores, Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de madres de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2016-2017.

Gráfico 8. Con relación al estado civil de las madres adolescentes en estudio, 23.5% (n=19) estaban solteras, 6.2% (n=5) casadas, 1.2% (n=1) divorciadas y 69.1% (n=56) estaban acompañadas.

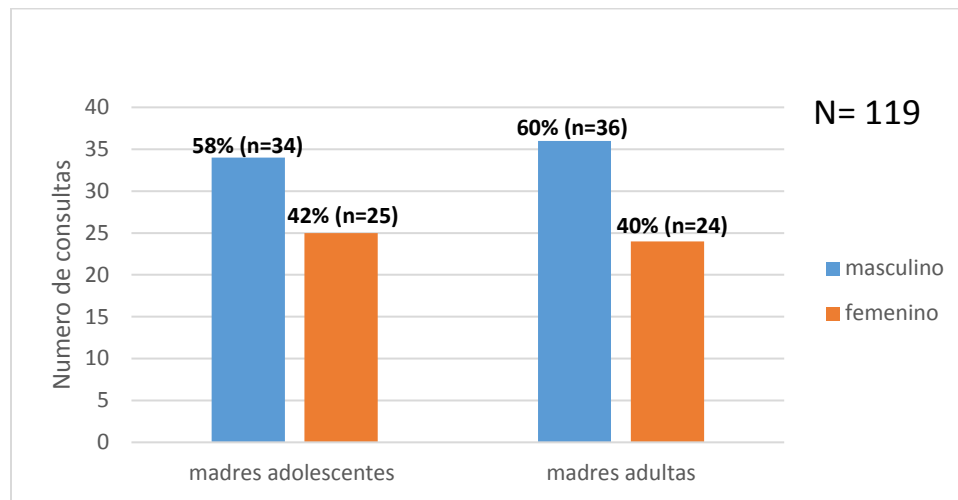
Gráfico 9. Estado civil de madres adultas de lactantes mayores, Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de madres de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2016-2017.

Gráfico 9. El estado civil de las madres adultas en estudio fue 11.7% (n=12) estaban solteras, 14.6% (n=15) casadas, 1.9% (n=2) viudas y 71.8% (n=74) acompañadas.

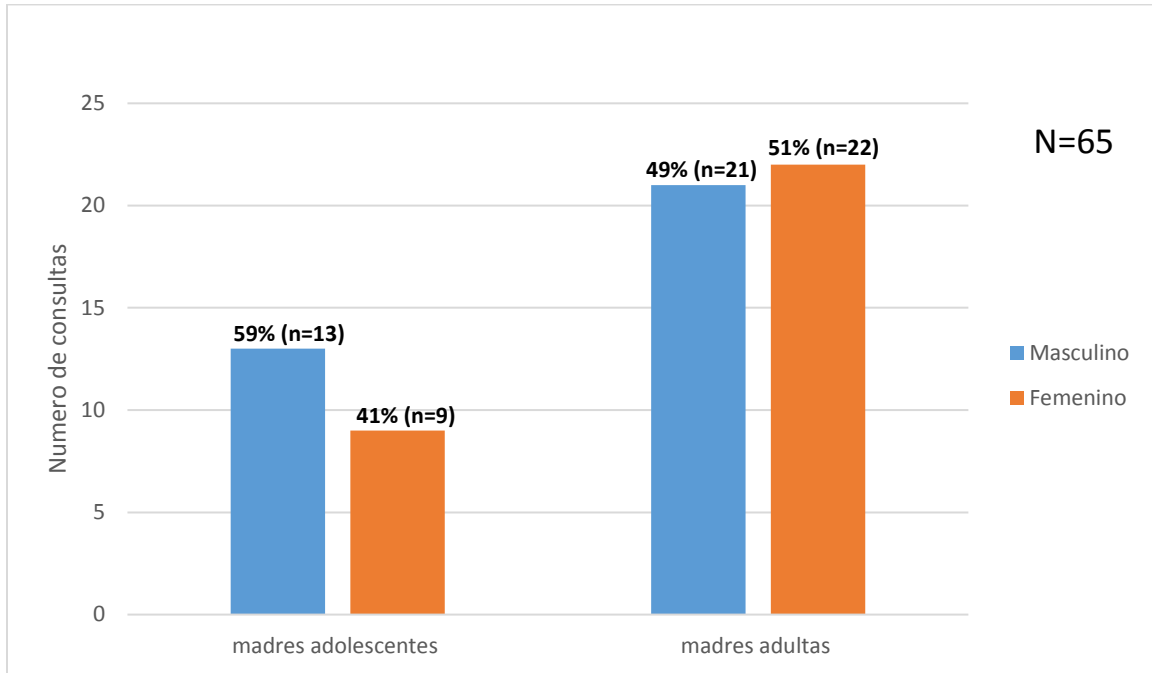
Gráfico 10. Sexo del lactante mayor hijo de madre adolescentes y adulta que consultó por morbilidad a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán, 2018.



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Gráfico 10. De los 119 lactantes mayores que consultaron por morbilidad 59 corresponden a hijos de madres adolescentes de los cuales 58% (n=34) fueron del sexo masculino y 42% (n=25) del sexo femenino, mientras que 60 de lactantes mayores corresponden a hijos de madres adultas de los cuales 60% (n=36) fueron del sexo masculino y 40% (n=24) del sexo femenino.

Gráfico 11. Sexo del lactante mayor hijo de madre adolescente y madre adulta que consulto por control de niño sano a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán, 2018.



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Gráfico 11. De los 65 lactantes mayores que consultaron por control de niño sano 22 corresponden a hijos de madres adolescentes de los cuales 59% (n=13) fueron del sexo masculino y 41% (n=9) del sexo femenino, mientras que 43 de los lactantes mayores corresponden a hijos de madres adultas de los cuales 49% (n=21) fueron del sexo masculino y 51% (n=22) del sexo femenino.

Tabla 4. Cantidad de consultas según morbilidad, del lactante mayor hijo de madre adolescente y madre adulta de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.

Causa	lactantes mayores hijos de madres adolescentes		lactantes mayores hijos de madres adultas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones respiratorias agudas	43	45%	36	40%
Enfermedad febril	7	7%	7	8%
Gastroenteritis aguda	22	23%	21	24%
Parasitismo	3	3%	0	0%
Infección de vías urinarias	4	4%	5	6%
otras	16	17%	20	22%
total	95	100%	89	100%

Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Tabla 4. De los 119 lactantes mayores enfermos hijos de madres adolescentes y adultas que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán se registraron un total de 184 consultas por morbilidad en el periodo de enero a diciembre de 2018; el 45% (n=43) de los lactantes mayores hijos de madres adolescentes consultaron por infecciones respiratorias agudas, 7% (n=7) enfermedad febril, 23% (n=22) gastroenteritis aguda, 3% (n=3) parasitismo, 4% (n=4) infección de vías urinarias y 17% (n=16) por otras causas entre las cuales podemos destacar causas dermatológicas, retraso en el crecimiento, retraso en el habla. Mientras que 40% (n=36) de los hijos de madres adultas consultaron por infecciones respiratorias agudas, 8% (n=7) enfermedad febril, 24% (n=21) gastroenteritis aguda, 0% (n=0) parasitismo, 6%

(n=5) infección de vías urinarias y 22% (n=20) por otras causas entre las cuales podemos destacar causas dermatológicas, retraso en el crecimiento, oftalmológicas, y desnutrición.

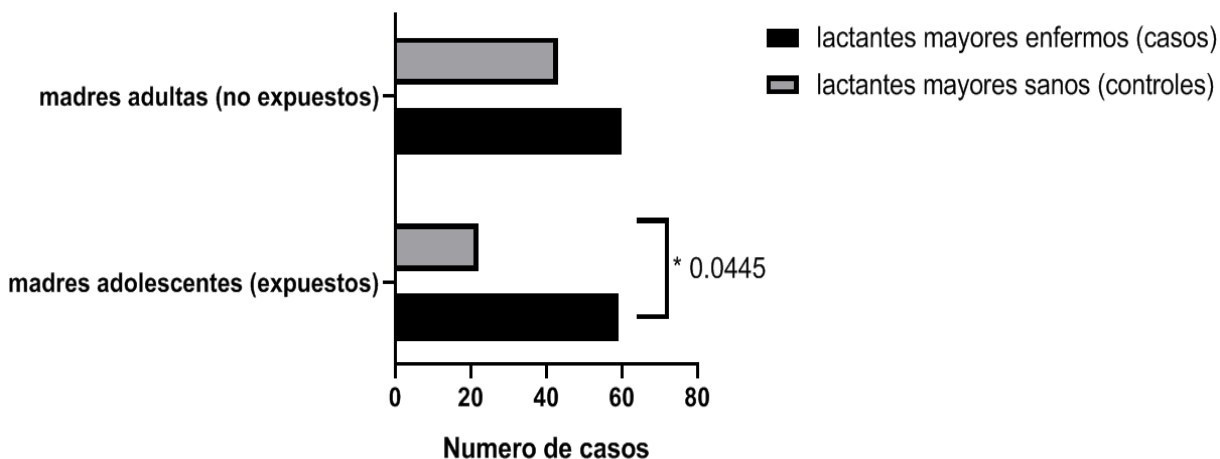
Tabla 5. Tabla de contingencia de lactantes mayores sanos y enfermos hijos de madres adolescentes y adultas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.

	Lactantes mayores enfermos (casos)	Lactantes mayores sanos (controles)	Total
Madres adolescentes (expuestos)	59	22	81
Madres adultas (no expuestos)	60	43	103
Total	119	65	184

Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Tabla 5. Se muestra la tabla de contingencia de 2x2 de los lactantes mayores hijos de madres adolescentes donde se encontraron 59 enfermos y 22 sanos, así mismo, 60 lactantes mayores hijos de madres adultas enfermos y 43 sanos.

Gráfico 12. Relación entre la edad materna y la morbilidad del lactante mayor de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.



*Test de Fisher Exacto

Fuente: Análisis en el programa GraphPad Prism 8.2.1.

Gráfico 12. Se realizó la prueba de significancia estadística Test de Fisher Exacto calculándose mediante una tabla de contingencia de 2x2 (tabla 5) tomando en cuenta a los lactantes mayores hijos de madres adolescentes y madres adultas sanos y enfermos, obteniéndose 59 lactante mayores enfermos y 22 lactantes mayores sanos hijos de madres adolescentes, así mismo, se obtuvo una muestra de 60 lactantes mayores enfermos y 43 lactantes mayores sanos hijos de madres adultas, los datos se analizaron en el programa GraphPad Prism 8.2.1, obteniéndose un valor de $P= 0.0445$, rechazando la Hipótesis inicial que sugiere significancia estadística por lo cual la madre adolescente representa un factor de riesgo a la morbilidad de su hijo lactante mayor en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

Tabla 6. Relación entre la edad materna y la morbilidad del lactante mayor de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018.

Odds Ratios
1.922

Fuente: Análisis en el programa GraphPad Prism 8.2.1.

Tabla 6. Se realizaron medidas de asociación con los datos de la tabla de contingencia utilizados para el cálculo de Test de Fisher exacto obteniéndose un Odds Ratios de 1.922, indicando que el lactante mayor hijo de madre adolescente tiene 1.9 veces más probabilidad de enfermar en comparación a los hijos de madres adultas.

IX. DISCUSIÓN

Datos sociodemográficos

Para las madres adolescentes y adultas de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán se encontró que 56% se encontraban en el rango de edad de 20 a 34 años, 33.7% en adolescencia tardía (17 a 20 años) y 10.3% en adolescencia media (14 a 16 años); esta distribución de edad también se ve reflejada en la valoración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que estima que alrededor del 20% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años (1), (3), (22).

La procedencia de las 81 madres adolescentes tuvo una predominancia del 63% en el área urbana mientras que 37 % viven en el área rural, así mismo, de las 103 madres adultas 70.9% vive en el área urbana y 29.1% en el área rural. Jaramillo-Mejía M describe en Colombia que las madres adolescentes tienen 25 veces más probabilidad de vivir en el área rural que las madres adultas, condición la cual no se cumple en el estudio ya que la mayoría de madres adolescentes del municipio de Nuevo Cuscatlán viven en el área urbana (5).

El 85.2% de madres adolescentes tienen solamente 1 hijo seguido de 13.1% con 2 hijos y 1.2% 3 hijos, mientras que en las madres adultas 31.1% tiene un solo hijo, 49.5% tienen dos hijos, 14.6% 3 hijos. Okumura J. et al. Describen en Perú que 90.8% de las madres adolescentes tienen solamente un hijo en comparación con 50.3% de las madres adultas que tienen más de un hijo (62), situación que concuerda con los resultados obtenidos ya que se observa que más del 85% de madres adolescentes de Nuevo Cuscatlán cuentan

con solo 1 hijo y las madres adultas con más de un hijo. Bulgach V. et al. Describen en su estudio que 54% de las madres adolescentes tardías tienen más de 2 hijos, distribución la cual no fue observada en esta investigación (15).

En el estudio se detectó que 49.4% y 52.4% de las madres adolescentes y adultas respectivamente cursaron hasta secundaria; estos resultados se asemejan a los descritos por Okumura J. et al. En su estudio de embarazo adolescente en Perú donde se describe que 85.8% de las madres adolescentes y 75.4% de las madres adultas cursaron hasta secundaria (62), para El Salvador según la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en la Niñez y la Adolescencia 2017-2027 esto implica que 8 de cada 10 madres adolescentes tienen deserción escolar (32), a nivel mundial se describe en múltiples estudio que a menor nivel de escolaridad se aumenta el riesgo de sufrir complicaciones materno fetales, así mismo, afectar el estado de salud del niño (7), (13), (15), (29).

El estado civil más común que se encontró en el estudio fue acompañada con 69.1% y 71.8% en madres adolescentes y adultas respectivamente, coincidiendo con los resultados expuestos en un estudio en Perú donde encuentran que 57.6% de las madres adolescentes entre 10 a 19 años y 68.7% de las madres adultas de entre 20 a 35 años estaban acompañadas (62), en Colombia se describe que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser solteras en cambio para las madres adolescentes del estudio se encontró que solamente 23.5% de ellas estaban solteras (5), (13). Alamo N. et al. Describen que el ser madres acompañadas aumenta el estrés psicosocial poniendo en riesgo el estado de salud de su hijo aumentando los casos de alteraciones en el desarrollo cognitivo y del lenguaje además de afectar el estado físico y psicológico (14).

Causas de consultas

De las 184 consultas realizadas 58% de los lactantes mayores hijos de madres adolescentes y 60% de los hijos de madres adultas que consultaron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán durante el periodo de enero a diciembre de 2018 fueron del sexo masculino, coincidiendo con lo descrito por Tamayo C. et al. En Guatemala donde encontraron que el sexo masculino es más susceptible a enfermarse en el periodo de lactante mayor (8).

La causa principal de consulta en los lactantes mayores fueron las infecciones respiratorias agudas con 45% en los hijos de madres adolescentes y 40% en los hijos de madres adultas, las gastroenteritis agudas representaron la segunda causa de consulta con 23% en los hijos de madres adolescentes y 24% en hijos de madres adultas, resultados que no se asemejan a los descritos en Guatemala para el mismo grupo de etario (8). Del 30 a 50% de las consultas pediátricas las constituyen las infecciones respiratorias agudas y siendo responsables del 20% de las muertes en niños menores a 5 años a nivel mundial (45), (46), (47).

El 99% de los niños y 98% de las niñas lactantes mayores se encontraron normo nutridos (ver anexo de resultados), resultados que difieren de los encontrados por Tamayo C et al. Que describe la desnutrición proteica caloría como la segunda causa de morbilidad para los lactantes mayores (8). El 84% de los lactantes mayores que viven en el área urbana realizaron de 1 a 3 consultas al igual que 76% de los que viven en el área rural, consultas de las cuales 59% fueron atendidas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, significando que más del 50% de las consultas realizadas por las madres

adolescentes y adultas fueron oportunas siendo capaces de detectar los signos de alarma de las enfermedades pudiéndose manejar en el primer nivel de atención, reduciendo la mortalidad de los lactantes mayores (7), (13), (16).

Asociación de variables

Con el fin de determinar si existe una relación entre la edad materna temprana y la morbilidad del lactante mayor de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán se procedió a realizar una prueba de significancia estadística Test de Fisher Exacto (ver gráfico 12) en el cual se obtuvo una $P= 0.0445$ demostrando que la madre adolescente representa un factor de riesgo a la morbilidad de su hijo lactante mayor de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán, relación de la cual expone también Mendoza T. en su estudio de madres adolescentes en Colombia (13).

Los lactantes mayores hijos de madres adolescentes de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán tienen 1.9 veces más probabilidad de enfermar que los lactantes mayores hijos de madres adultas, al momento de la realización de este estudio no se encontraron investigaciones que describan este dato por lo cual no pudo ser comparado.

Las madres adolescentes representan un riesgo a la salud del lactante mayor al tener un bajo nivel de escolaridad, falta de madurez psicológica, dificultad para satisfacer sus necesidades básicas (11), (12), (13). Vinculándose a consecuencias no deseadas como deserción escolar, delegación del cuidado de los hijos, uniones conyugales forzadas y dificultad a la inserción laboral afectando directamente al estado de salud de su hijo (5), (18), (19).

X. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Fue la primera vez que se midió la relación de la edad materna temprana con el estado de salud del lactante mayor en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán por lo que no se contaba con un registro de datos agrupados adecuadamente y estos tuvieron que ser extraídos de diferentes fuentes.
- Disponibilidad del tiempo ya que solo se podía recolectar los datos en tiempos laborales de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- Recelo por parte del personal de salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán al momento de revisar los expedientes clínicos maternos, expedientes clínicos del lactante mayor y libro de embarazadas.
- Disponibilidad de los expedientes clínicos maternos y del lactante mayor ya que al momento de la recolección de datos algunos de ellos estaban siendo ocupados por el personal de salud.
- El trabajo de investigación fue sometido a enmienda en el Comité de Ética para la Investigación en Salud de la Universidad Doctor José Matías Delgado por cambio en la metodología del estudio.
- Las madres pudieron haber llevado a sus hijos lactantes mayores a otras consultas fuera de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, lo que ocasionaría

un posible sesgo de información al no contar con la revisión de todos los cuadros clínicos que pudieron haber consultado.

XI. CONCLUSIONES

- Más de la mitad de las madres de Nuevo Cuscatlán que consulto en el periodo de enero a diciembre de 2018 fueron madres adultas, representando un mayor compromiso a mantener el estado de salud de su hijo lactante mayor.
- Dos tercios de las madres adolescentes y 8 de cada 10 madres adultas de Nuevo Cuscatlán vivían en el área urbana permitiéndoles realizar con mayor facilidad consultas en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- 8 de cada 10 madres adolescentes tenían un hijo y más de la mitad de las madres adultas tienen 1 gestación previa, permitiéndole a la madre adulta tener un mayor conocimiento sobre los signos de alarma y saber identificar, cuándo consultar con mayor prontitud en caso sus hijos se enfermen.
- De las 81 madres adolescentes y de las 103 madres adultas la mitad habían estudiado hasta secundaria, teniendo un menor nivel de escolaridad afectando directamente a la salud del lactante mayor a la hora de decir cuando consultar, y aumentando consecuentemente en las madres adolescentes el nivel de deserción escolar.

- 7 de cada 10 madres adolescentes y madres adultas contaban con un estado conyugal de acompañadas, al ser más del 50% de las madres adolescentes acompañadas, representa un riesgo a la salud del lactante mayor ya que no cuentan con una unión estable afectando a su hijo lactante mayor en su nivel de bienestar físico, psicológico, socioemocional, de lenguaje y cognitivo como lo expresa Alamo N. et al. en su estudio en Argentina.
- El sexo masculino de los lactantes mayores hijos tanto de madres adolescentes y adultas, del municipio de Nuevo Cuscatlán fue el más susceptible a enfermarse.
- Las morbilidades por infecciones respiratorias agudas constituyeron el principal problema de consulta durante el periodo de enero a diciembre de 2018 en casi la mitad de lactantes mayores hijos de madres adolescentes y en 4 de cada 10 hijos de madres adolescentes que consultaron por ese motivo.
- Las consultas por enfermedades gastrointestinales representaron la segunda causa de consulta en ambos grupos de lactantes mayores, mientras que la tercera causa de consulta para ambos grupos fueron las consultas dermatológicas, retraso en el crecimiento y habla.
- El 99% de los niños y 98% de las niñas lactantes mayores se encontraron normo nutridos tanto en hijos de madres adolescentes y adultas.
- El 84% de los lactantes mayores que viven en el área urbana y 76% de los que viven en el área rural realizaron de 1 a 3 consultas a la Unidad Comunitaria de

- Salud Familiar de las cuales dos tercios de los niños entre 1 a 2 años y la mitad de los niños entre 2 a 3 años fueron atendidos solamente en la Unidad de Salud, siendo capaces tanto las madres adolescentes y adultas de poder identificar el estado de enfermedad de su hijo y realizar una consulta oportuna.
- La madre adolescente de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán representa un riesgo al estado de salud de su hijo lactante mayor. Dato que también se encuentra reportado para una población de madres adolescentes en Guatemala que tiene condiciones similares.
 - La probabilidad de enfermar es 1.9 veces mayor entre los lactantes mayores hijos de madres adolescentes que entre los lactantes mayores hijos de madres adultas.

XII. RECOMENDACIONES

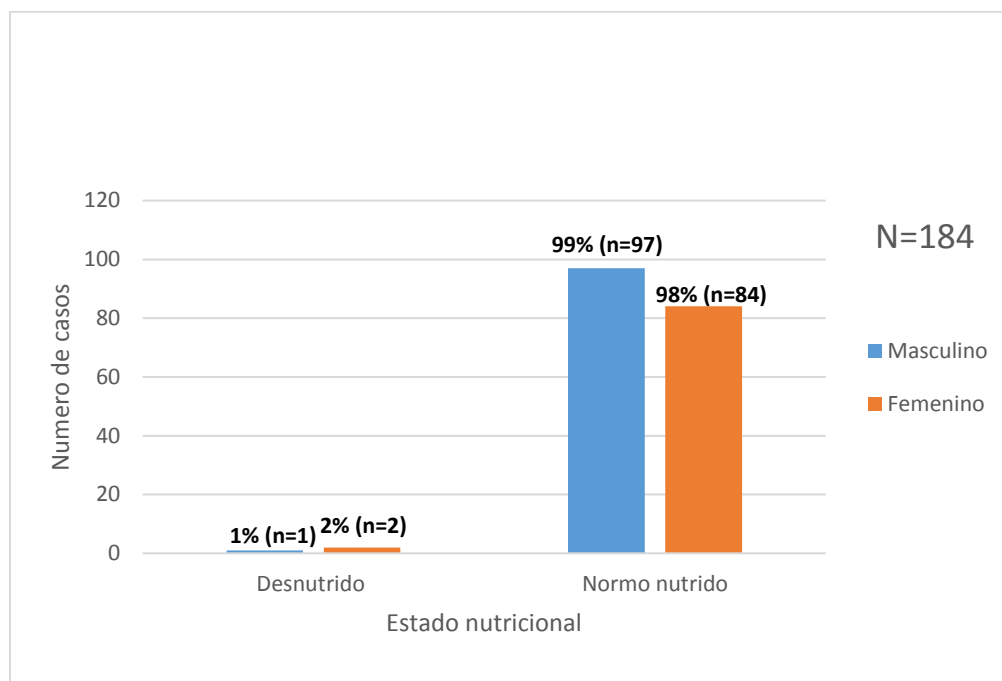
Intensificar la acción de los programas de prevención de embarazos en adolescentes en Centro Educativos con el fin de educar debidamente a los adolescentes y las adolescentes en temas de salud sexual, métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades sexuales.

Así mismo, rediseñar el abordaje integral hacia la madre adolescente mediante la acción de un equipo interdisciplinario capacitado en la educación adecuada al cuidado tanto maternos de las adolescentes como el de su hijo en cualquier edad pediátrica. La acción sinérgica del estado y las Unidades Comunitarias de Salud familiar deberán ser con la finalidad de reducir las tasas de embarazos en adolescentes, complicaciones al momento del parto en la madre y su hijo, repercutiendo positivamente en el desarrollo y crecimiento adecuado de sus hijos.

Brindar apoyo a la madre adolescente mediante la inclusión a programas de capacitación y acompañamiento que incluya educación sobre el cuidado del bebe, planificación familiar, salud materna y salud mental, programa el cual podría ser apoyado por parte de la municipalidad, empresa privada como responsabilidad social en coordinación con el Ministerio de Salud.

XIII. ANEXO DE RESULTADOS

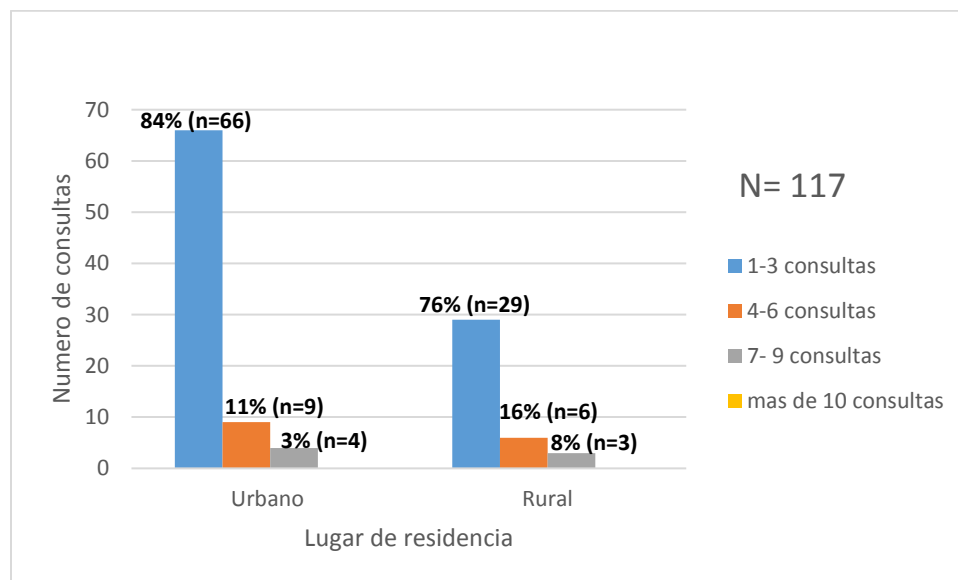
Gráfico 13. Estado nutricional por sexo del lactante mayor de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Gráfico 13. En relación al estado nutricional del lactante mayor y su distribución por el sexo se observó que para el sexo masculino 1% (n=1) estaba en desnutrición y 99% (n=97) se encontró normo nutrido, mientras que para el sexo femenino 2% (n=2) estaba en desnutrición y 98% (n=84) normo nutrido.

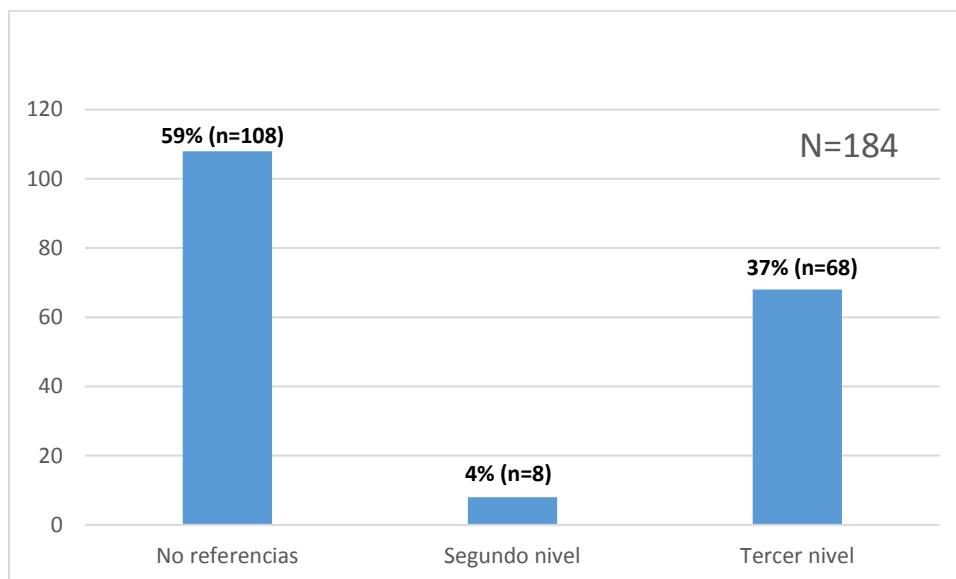
Gráfico 14. Número de consultas del lactante mayor por lugar de residencia de madres de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2017-2018.

Gráfico 14. se muestra la distribución del número de consultas del lactante mayor por el lugar de residencia de la madre adolescente y adulta en el municipio de Nuevo Cuscatlán departamento de La Libertad, para el área urbana se observó que 84% (n=66) de las madres que viven en el área urbana realizaron de 1 a 3 consultas, 11% (n=9) 4 a 6 consultas y 3% (n=4) realizaron entre 7 a 9 consultas anuales; mientras que para el área rural se observó que 76% (n=29) de madres realizaron de 1 a 3 consultas anuales, 16% (n=6) 4 a 6 consultas y 8% (n=3) 7 a 9 consultas.

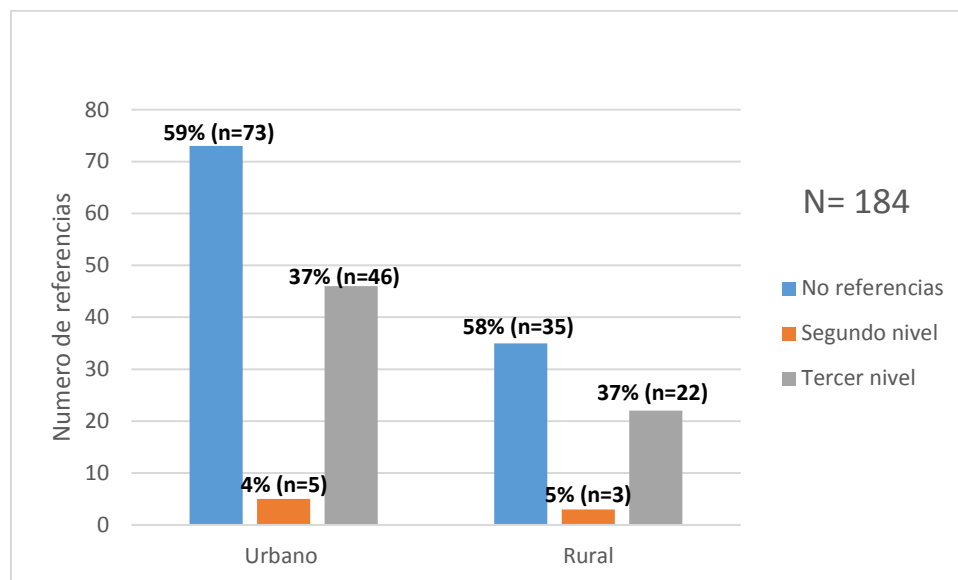
Gráfico 15. Edad del lactante mayor por el tipo de referencias en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Gráfico 15. Se observa la edad del lactante mayor hijo de madres adolescente y adulta y su relación con el tipo de referencia bajo la cual fueron atendidos dentro de la Unidad Comunitaria de Salud familiar de Nuevo Cuscatlán, siendo 59% (n=108) atendidos solamente en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, 4% (n=8) referidos a un hospital de segundo nivel y 37% (n=68) referidos a un hospital de tercer nivel.

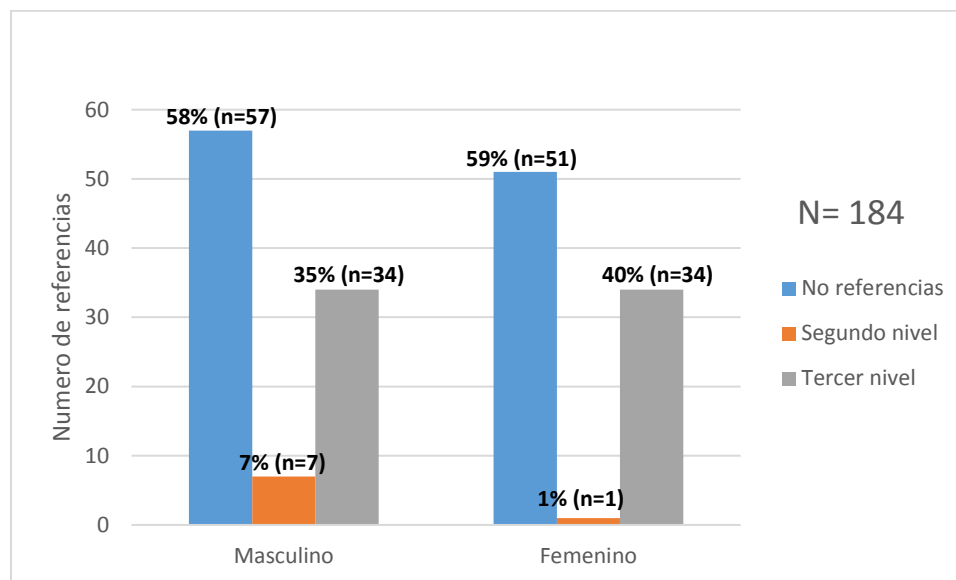
Gráfico 16. Lugar de residencia del lactante mayor por tipo de referencia en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Gráfico 16. muestra la distribución entre el lugar de residencia del lactante mayor y el tipo de referencia bajo la cual fueron atendidos los lactantes mayores dentro de la Unidad Comunitaria de Salud familiar de Nuevo Cuscatlán, para el área urbana se observó que 59% (n=73) de los casos consultados fueron atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, 4% (n=5) en un hospital de segundo nivel y 37% (n=46) en un hospital de tercer nivel; mientras que para el área rural 58% (n=35) de los casos consultados fueron atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud familiar, 5% (n=3) fueron referidos a un hospital de segundo nivel y 37% (n=22) fueron referidos a un hospital de tercer nivel.

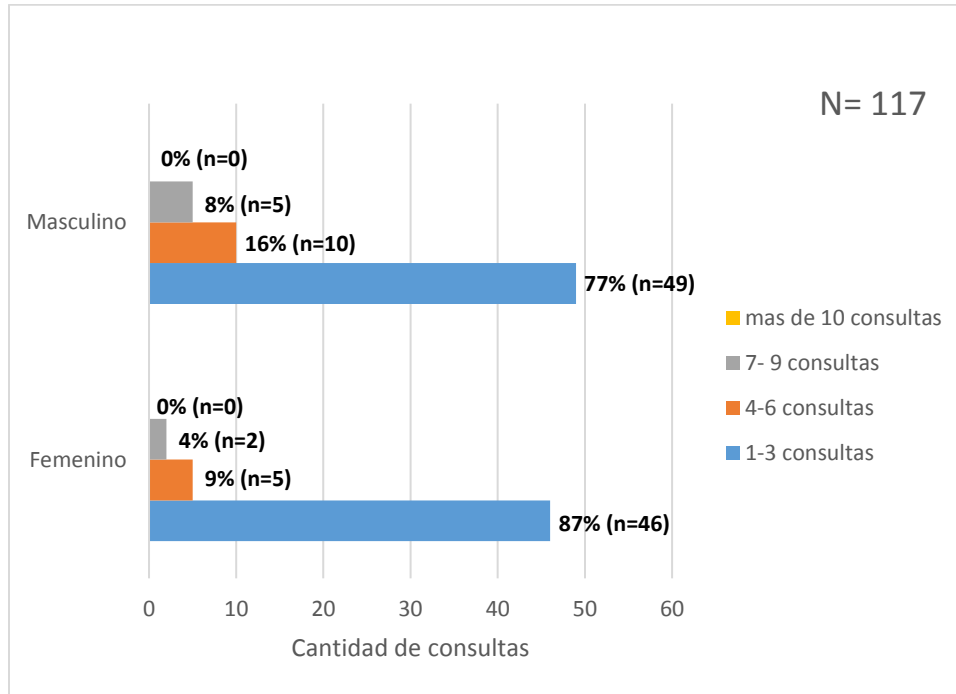
Gráfico 17. Sexo del lactante mayor por tipo de referencia en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Nuevo Cuscatlán 2018.



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Gráfico 17. Se muestra la distribución entre el sexo del lactante mayor y el tipo de referencia bajo la cual fueron atendidos dentro de la Unidad Comunitaria de Salud familiar de Nuevo Cuscatlán, para el sexo masculino se observó 58% (n=57) fueron atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, 7% (n=7) fueron referidos a un hospital de segundo nivel y 35% (n=34) referidos a un hospital de tercer nivel, para el sexo femenino 59% (n=51) fueron atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, 1% (n=1) referidos a un hospital de segundo nivel y 40% (n=34) a un hospital de tercer nivel.

Gráfico 18. Cantidad de consultas del lactante mayor por el sexo del lactante en Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán 2018



Fuente: Expedientes médicos de lactantes mayores de UCSF Nuevo Cuscatlán 2018.

Gráfico 18. Con relación a la distribución del sexo y la cantidad de consultas de lactantes mayores para el periodo de enero a diciembre de 2018, se observó que en el sexo masculino 77% (n=49) tuvieron de 1 a 3 consultas, 16% (n=10) 4 a 6 consultas, 8% (n=5) de 7 a 9 consultas y no hubo ningún caso de más de 10 consultas, mientras que para el sexo femenino 87% (n=46) tuvieron de 1 a 3 consultas, 9% (n=5) de 4 a 6 consultas, 4% (n=2) de 7 a 9 consultas y no hubo ningún caso de más de 10 consultas realizadas.

XIV. ANEXOS

Anexo 1

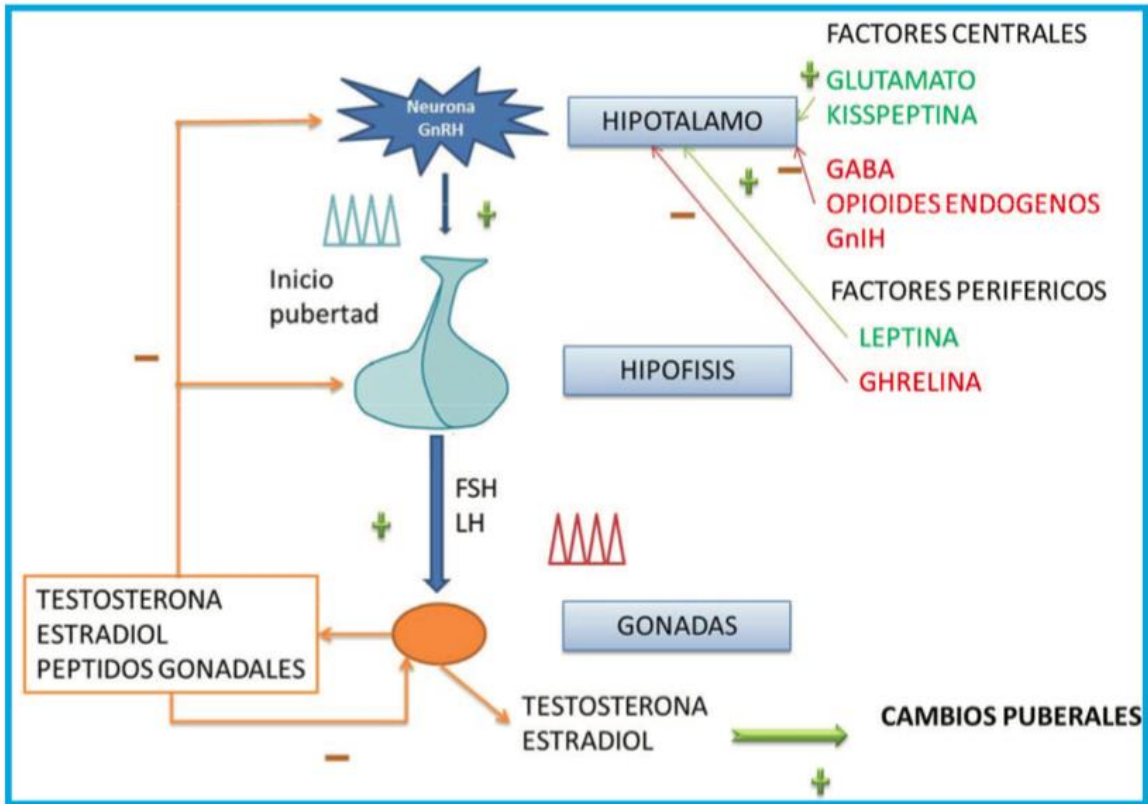


Figura 1. Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. La secreción pulsátil de GnRH inicia la pubertad. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro M, Hidalgo Vicario M. Pubertad y adolescencia, 2017.

Anexo 2

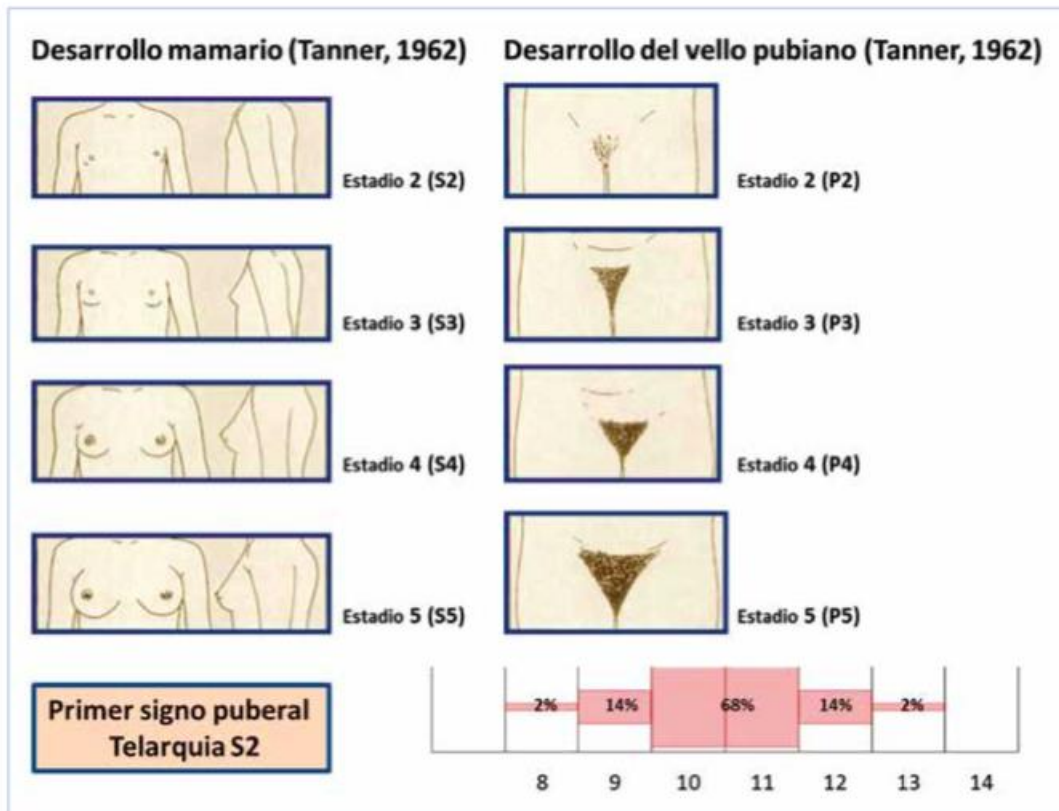


Figura 2. Estadios puberales en la mujer. Güemes-Hidalgo M, González-Fierro MJC, Vicario MIH. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales, 2017.

Anexo 3

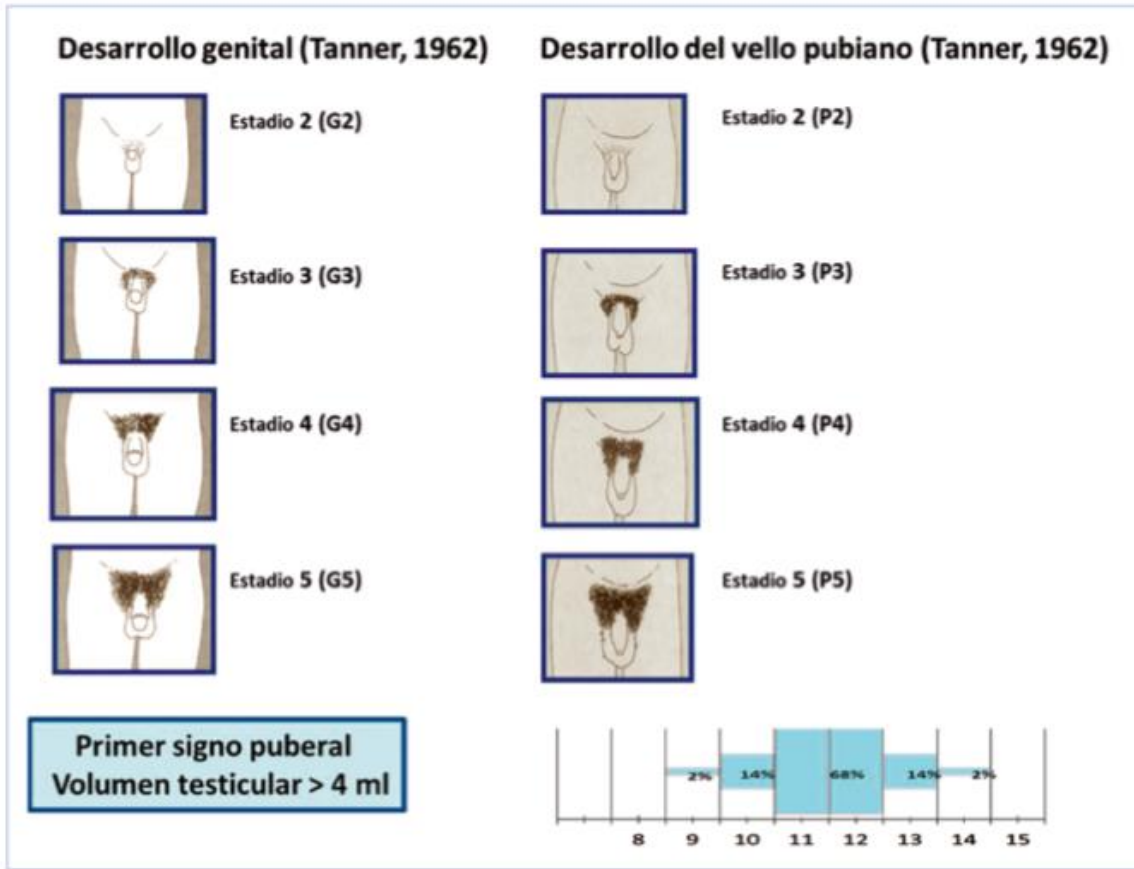


Figura 3. Estadios puberales en el varón. Güemes-Hidalgo M, González-Fierro MJC, Vicario MIH. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales, 2017.

Anexo 4

Miércoles 15 de Mayo de 2019.

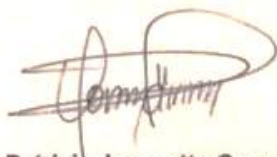
Doctora Briseida Lara
Directora
Unidad Comunitaria de Salud familiar de Nuevo Cuscatlán.

Estimada Dra. Lara

Reciba un cordial saludo de parte de Patricia Jeannette González Peña y Jose Roberto Moreno Ruiz, ambos egresados de la carrera Doctorado en Medicina de la Universidad Doctor José Matías Delgado; quienes conformamos la pareja de investigación, con el tema denominado "Relación entre la edad materna temprana y la morbilidad del lactante mayor, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán", dicho trabajo tiene como objetivo determinar la relación entre la madre adolescente y la morbilidad de su hijo lactante mayor de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Nuevo Cuscatlán.

El motivo de la presente es para solicitar su autorización para llevar acabo la recopilación de datos para nuestro trabajo de investigación, facilitándonos la revisión de expedientes clínicos de los pacientes y el libro de embarazadas, con el fin de poder generar información científica para contribuir a la comprensión del fenómeno a estudiar.

Esperando su pronta y favorable respuesta, nos despedimos de usted.



Br. Patricia Jeannette González Peña



Br. Jose Roberto Moreno Ruiz

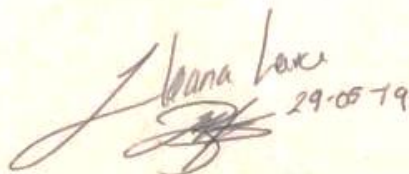


Imagen 2. Carta de autorización de desarrollo de investigación firmada por Doctora Briseida Lara.

Anexo 5



Imagen 3. Carta de aprobación de Comité de Etica de Investigacion en Salud de Universidad Doctor Jose Matias Delgado.

Anexo 6

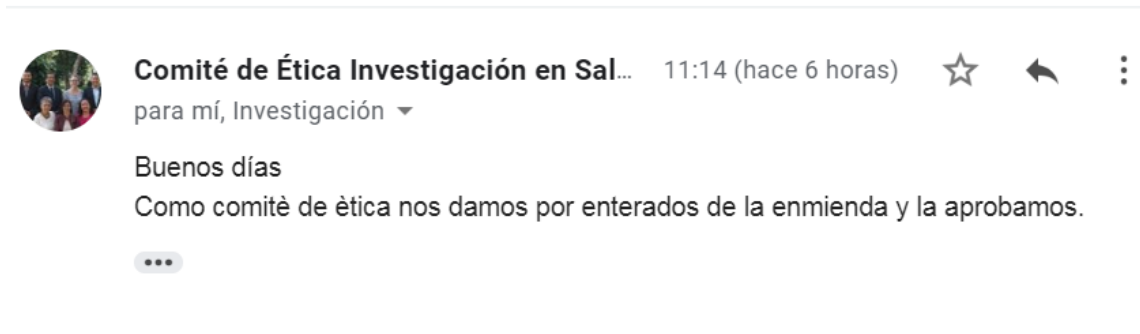


Imagen 4. Correo de Comité de Ética para la Investigación en Salud de la Universidad Doctor José Matías Delgado donde dan por enterado y aprobada la enmienda.

XV. Referencias Bibliográficas.

1. Mendoza Tascón L, et al. *Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte*. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. Chile, 2016 Jun [cited 2019 February 16]; 81(3): 243-253. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidad y Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia.: *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe* [Internet]. Washington EE.UU; 2018 [cited 16 February 2019]. Available from: [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf)
3. *Tendencia de Embarazos y Partos en adolescentes atendidas en la red de establecimientos del MINSAL y FOSALUD*. El Salvador 2017. [Internet]. San Salvador, El Salvador: Instituto Nacional de Salud.; 2017 [cited 16 February 2019]. Available from: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2018/07/Tendencia-de-embarazo-y-partos-en-adolescentes.pdf>
4. *Mapa de embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador 2015* [Internet]. San Salvador, El Salvador: Fondo de Población de las Naciones Unidas, El Salvador; 2015 [cited 16 February 2019]. Available from: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/mapas_embarazos%20_v4M2br_0.pdf

5. Jaramillo-Mejía M, Chernichovsky D. Early adolescent childbearing in Colombia: time-trends and consequences. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2019 March 05]; 35(2): e00020918. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000205007&lng=en. Epub Feb 18, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00020918>.
6. Domínguez R, Tapia E. *Edad y nivel educativo asociados al conocimiento sobre signos de alarma para infecciones respiratorias en madres adolescentes*. *Revista CUIDARTE* [Internet]. 2017 [cited 5 March 2019];(No. 2):1628-1637. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6159150>
7. Torres M. Nivel de conocimiento sobre los cuidados del recién nacido en madres adolescentes, Hospital de Barranca de Cajatambo y servicios básicos de salud 2017. [Internet]. Huacho, Perú; 2018 [cited 6 March 2019]. Available from: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/4498>.
8. Tamayo Reus C, Rosell Tamayo L, Carrión Rosell Y. Prevalent diseases in Guatemalan children under 5 years. *MEDISAN* [Internet]. 2015 Jun [cited 2019 March 06]; 19(6): 715-721. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000600002&lng=es.
9. Aríz Milián O, Salgado Caraballo Y, Molina Hernández O, Domínguez L. Morbilidad y mortalidad en hijos de madres en edades extremas. [Internet]. *Acta Medica del Centro*. 2016; 10 (4) [cited 19 February 2019]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2016/mec164e.pdf>

10. Loredó-Abdalá A, et al. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2017 [cited 24 February 2019]; 55(2):223-229. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
11. Mora-Cancino A, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia [Internet]. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:294-301 [cited 24 February 2019]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>
12. Galindo Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. *Revista Desarrollo y Sociedad* [Internet]. 2012 [cited 24 February 2019]; (69):135-137. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n69/n69a06.pdf>
13. Mendoza T Luis Alfonso, Arias G Martha, Mendoza T Laura Isabel. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2012 [cited 24 February 2019]; 77(5): 375-382. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>.
14. Alamo, N, Krause, M, Pérez, JC, Aracena, M. impacto de la salud psicosocial de la madre adolescente en la relación con el niño/a y su desarrollo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [Internet]. 2017 [cited 24 February 2019]; XXVI(3):332-346. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281953368010>

15. Bulgach V. Madres adolescentes internadas junto con sus hijos en un hospital de alta complejidad: diferencias entre la adolescencia temprana-media y tardía. *Argent Pediatr* [Internet]. 2018 [cited 5 March 2019] ;(No.2):160-164. Available from: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_ps_bulgach_192pdf_1518734044.pdf
16. Espinoza D, Paz E. Nivel de conocimientos sobre cuidados físicos del recién nacido que tienen las madres adolescentes en el Centro Materno Infantil de Manuel Barreto San Juan de Miraflores - 2016 [Internet]. Peru: Palacios Sánchez, José Manuel; 2016 [cited 5 March 2019]. Available from: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/37520>
17. Atoccsa R. Nivel de conocimientos que tienen las gestantes adolescentes primigestas de 14 a 19 años de edad sobre cuidados básicos del lactante menor de 1-6 meses de edad, que asisten al Centro Materno Infantil Chorrillos II. Lima – agosto - noviembre 2013 [Internet]. Peru; 2016 [cited 5 March 2019]. Available from: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/2311>
18. Parada-Rico DA, García-Suárez CI. Adolescent fathers and mothers in the parenting exercise. *Rev. cienc. ciudad.* [Internet] 2017 [cited 5 March 2019]; 14(2): 113-129. Available from: https://www.researchgate.net/publication/319920165_Padres_y_madres_adolescentes_en_el_ejercicio_de_la_crianza
19. Pinos A G, Jerves H M, Pinos V. V. actitudes de los adolescentes hacia la negligencia en la familia [Internet]. 2015 [cited 5 March 2019]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/316819445_Actitudes_de_Los_Adolescentes_Hacia_la_Negligencia_en_la_Familia

20. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista chilena de pediatría. diciembre de 2015 [Internet]. 2015 [cited 02 April 2019]; 86(6):436-43. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010
21. Calero GÁ, Quiñones JAD, Martínez PMD. Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo Early adolescence and parenting. Theoretical and methodological foundations about this stage and its management. [Internet] 2017 [cited 03 April 2019]; 7. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n5/ms15515.pdf>
22. Gaete Verónica. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [cited 02 April 2019]; 86(6): 436-443. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
23. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro M, Hidalgo Vicario M. Pubertad y adolescencia [Internet]. adolescenciasema.org. 2017 [cited 3 April 2019]; Adolescere 2017; V (1): 7-22. Available from: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
24. Güemes-Hidalgo M, González-Fierro MJC, Vicario MIH. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. [Internet].2017 [cited 03 April 2019] :13. Available from:

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>

25. Sánchez FL. Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. [Internet]. 2015 [cited 19 March 2019]; 9. Available from: https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_9-17_Adolescencia.pdf
26. Borrás Santisteban Tania. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. CCM [Internet]. 2014 Mar [cited 14 March 2019]; 18(1): 05-07. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002&lng=es.
27. Rug GP. El embarazo en la adolescente.[Internet] 2015[cited 14 May 2019];10. Available from: https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_26-35_El_embarazo_en_la_adolescente.pdf
28. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Internet]. 2016 [cited 14 May 2019]; 81(3):243-53. Available from: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DR.MENDOZA10.pdf>
29. Mora-Cacino A, Herandez-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. 2015 [cited 14 May 2019]; 83:294-301. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>
30. Galindo Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Revista Desarrollo y Sociedad [Internet]. 2012 [cited

24 May 2019];(69):135-137. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n69/n69a06.pdf>

31. García Odio AA, González Suárez M. Factores de riesgo asociado a embarazadas adolescentes. Rev. Ciencias Médicas. [Internet] 2018 [cited 24 May 2019]; 22(3). Available from: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3459
32. Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñez y en Adolescentes 2017-2027 [Internet]. 1st ed, El Salvador; 2017 [cited 24 June 2019]. Available from: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EstrategPrevEmbarazos_2017.pdf
33. Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva C de J. Adolescent pregnancy: its causes and repercussions in the dyad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2017 [cited 25 June 2019]:7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
34. Torres MAF, Leyva MS, Juan YR, Bonal AF. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Revista Información Científica. [Internet] 9 de enero de 2018 [cited 24 June 2019]; 97(1):205-14. Available from: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805/3517>
35. Pleites E, Armero J, Domínguez R. Tendencia de embarazos y partos en adolescentes periodo 2013- 2017, El Salvador. [Internet]. 2019 [cited 25 June 2019]. Available from: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/04/Tendencias-de-embarazos-y-partos.pdf>
36. Menjivar EV, Sandoval EBP. Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud San Salvador, El Salvador, [Internet] 2017. [Cited 24 June 2019]; 44. Available from:

<http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2018/07/Tendencia-de-embarazo-y-partos-en-adolescentes.pdf>

37. Autocuidado en el Ciclo Vital [Internet]. Autocuidado en el Ciclo Vital. 2017 [cited 1 April 2019]. Available from: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/index.html
38. Gonzalez C. farmacologia del paciente pediatrico. Revista Medica Clinica las Condes [Internet]. 2016 [cited 1 April 2019];(5):652-659. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300918>
39. Libro Blanco de la Higiene Diaria [Internet]. 1st ed. Madrid; 2017 [cited 5 April 2019]. Available from: <https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1980.1-Libro-Blanco-de-la-Higiene-diaria.pdf>
40. Diaz J, et al. Guia Practica para Padres, Desde el nacimiento hasta los 3 años [Internet]. 1st ed. España: Asociacion Española de pediatria; 2014 [cited 5 April 2019]. Available from: https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_p_1.pdf
41. Actividades de promoción de salud y consejos preventivos Higiene Corporal [Internet]. 1st ed. Andalucía: Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía; 2015 [cited 5 April 2019]. Available from: http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/higiene_corporal.pdf
42. Xunta de Galicia. Cóidate Cóidame, Guia de Cuidados Infantiles Saludables [Internet]. 1st ed. Galicia: Xunta de Galicia Consellería de Sanidade; 2016 [cited 5 April 2019]. Available from: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4194/Guia_cuidados_ES.pdf

43. Ministerio de Salud Chile. Guía de Alimentación del niño menor a 2 años [Internet]. 4th ed. Santiago de Chile: Lorena Rodríguez Osiac; 2015 [cited 9 April 2019]. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/01/Guia-alimentacion-menor-de-2.pdf>
44. Gómez M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría Sobre la Alimentación Complementaria [Internet]. 1st ed. España; 2018 [cited 9 April 2019]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
45. Coronel Carvajal Carlos, Huerta Montaña Yanet, Ramos Téllez Odelmis. Risky factors associated with acute respiratory infection in children less than five years. AMC [Internet]. 2018 Abr [cited 08 May 2019]; 22(2): 194-203. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200009&Ing=es.
46. Tamayo Reus C, Bastart Ortiz E. Nuevo enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. MEDISAN [Internet]. 2015 [cited 08 May 2019] ; 19(5): 684-694. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500014&Ing=es.
47. Gómez-Alba V, Feris-Iglesias J, Florén A, Sánchez J, Fernández J, Características clínico-epidemiológicas de la infección respiratoria aguda (ira) por Virus Sincitial Respiratorio (VSR) en niños menores de dos años: admitidos en el hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral (HIRRC), enero-diciembre 2006 Ciencia y Salud [Internet].

- 2018 mayo 1; [cited 08 May 2019]; 2(2):[aprox. 2 p.]. Available from:
<https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1182>
48. Cortes J, Romero-Moreno L. Enfoque clínico del síndrome febril agudo en Colombia [Internet]. 21st ed. Bogota, Colombia; 2017 [cited 8 May 2019]. Available from: <http://dx.doi.org/10.22354/in.v21i1.640>
49. Mollinedo Aguirre Daniela, Mejía Salas Héctor. CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA FIEBRE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIAS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URÍA". Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2017 [cited 08 May 2019]; 23(1): 19-24. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000100004&lng=es.
50. Pérez M. Análisis de los cuidados y los conocimientos parentales sobre la fiebre en la infancia [Internet]. 49th ed. 2017 [cited 8 May 2019]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.011>
51. Martínez O. Gastroenteritis agudas y virus entéricos: impacto de la detección de norovirus [Internet]. 87th ed. 2017 [cited 8 May 2019]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.08.006>
52. Benítez A. Gastroenteritis aguda. Pediatr Integral [Internet]. 2015 [cited 8 May 2019];(XIX):51-52. Available from: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix01/05/n1-051-057_Ana%20Beneitez-int.pdf

53. Abadía S. Enfermedad diarreica en pediatria. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2016 [cited 8 May 2019];(Vol.1 Num:8):3-4. Available from: <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/39/61>
54. Acosta Buni RA, Jadán Cumbe AM, Garzón Orellana PA. Parasitosis y factores de riesgo asociados en niños menores de 2 años de edad que acuden a la consulta externa de la Fundación Pablo Jaramillo [Internet]. 2015 [citado 12 May 2019]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22436>
55. Tuesta M. Conocimiento de las madres sobre parasitosis intestinal en niños de 6 meses a 2 años que acudieron al control de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Palo de Acero - Huánuco - 2015 [Internet]. 2015 [cited 12 May 2019]. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6276>
56. Ortiz Vázquez D, Figueroa Sarmiento L, Hernández Roca CV, Veloz VE, Jimbo Jimbo ME. Conocimientos y hábitos higiénicos sobre parasitosis intestinal en niños. Comunidad "Pepita de Oro". Ecuador. 2015-2016. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: cited 12 May 2019];40(2). Available from: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2060/3764>
57. Troche Avelina Victoria, Ortiz-Cuquejo Lidia Maria, Samudio-Dominguez Gloria Celeste, Mauro Ana, González Cinthia, Lascurain Ana. Prevalencia de uropatógenos y sensibilidad antimicrobiana en lactantes menores de 2 años provenientes de la comunidad con diagnóstico de infección de vías urinarias. Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]. 2016 Dec [cited 14 May 2019] ; 8(2): 34-46. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-

81742016000200034&lng=en. <http://dx.doi.org/10.18004/rdn2016.0008.02.034-046>.

58. Ardila, M., Rojas, M., Santisteban, G., Gamero, A., & Torres, A. (2015). Infección urinaria en pediatría. *Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía* [Internet] 2015 [cited 14 May 2019], 24(2), 113-122. Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/632>
59. Lombardo-Aburto E. Abordaje pediátrico de las infecciones de vías urinarias. *Acta pediátrica de México* [Internet]. 2018 [cited 14 May 2019];39 (1):85-90. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912018000100085&script=sci_arttext
- 60.1. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de diez años. San Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador; 2018 p. 35-96. [cited 24 June 2019]. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_integral_menor_diez_v1.pdf
61. Manual de Procedimientos de Investigación en Salud [Internet]. 1st ed. San Salvador: El Salvador, 2017.: Lic. Luis Trejo; 2017 [cited 3 April 2019]. Available from: http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2018/02/Manual_Procedimientos_investigaciones_salud_2017.pdf
62. Okumura Javier A., Maticorena Diego A., Tejeda José E., Mayta-Tristán Percy. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*

[Internet]. 2014 Dec [cited 2019 Oct 28]; 14(4): 383-392. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000400383&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000400008>.