

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO ENERO – DICIEMBRE 2015”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PEDRO LUIS NAVARRO SEMINARIO

JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS

DIRECTOR DE LA TESIS

ADELA DEL CARPIO RIVERA

ASESOR

LIMA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco infinitamente a Dios por darme la oportunidad de cumplir mis metas acompañarme y guiarme cada día.

A mis padres por enseñarme a perseverar en la búsqueda de un objetivo y por serlo todo para mí.

A mi hermano por acompañarme y apoyarme durante todos estos años.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero – Diciembre del 2015.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el Libro de Registro de Ingresos del Servicio de Neonatología recolectando datos de la madre y del neonato.

Resultados: La prevalencia de madres adolescentes en nuestro estudio fue de 16.96%. La edad promedio fue 17.71 años. 68.37% de ellas presentaron control prenatal (CPN) adecuado, y el 52.24% culminó la gestación por cesárea. Se encontró 88.8% neonatos a término, y 11.2% pre término. 86.7 % de los neonatos presentaron peso normal, 6.7% bajo peso y 1% muy bajo peso, extremo bajo peso 0.8% y macrosómico 4.7%. 79.4% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional, 12.4% pequeños para la edad gestacional y 8.4% grandes para la edad gestacional. **Conclusiones:** En el presente estudio, se encontró que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pre término, neonatos con bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes.

Palabras clave: madre adolescente, control prenatal, edad gestacional, peso de recién nacido.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical characteristics of newborn of adolescent mothers treated at the National Hospital Neonatal Dos de Mayo during the period January to December 2015

Materials and Methods: A retrospective, observational cross-sectional study was conducted in which reviewed the Register of Revenue Service Neonatology collecting data from the mother and newborn

Results: The prevalence of teenage mothers in our study was 16.96%. The average age was 17.71 years. 68.37% of mothers had adequate prenatal care, and 52.24% completed gestation by cesarean. We found 88.8% term infants and 11.2% was preterm. 86.8% of infants had normal weight; underweight 6.7% , 1% was found very low weight, extremely low birthweight 0.8%and macrosomia 4.7%. And finally 79.4% infants were appropriate for gestational age, 12.4% small for gestational age was observed and 8.4% large for gestational age

Conclusions: In the present study, we found that the unfavorable repercussions on infants of adolescent mothers (preterm neonates, infants with low-very low weight and small for gestational age) were rare.

Keywords: adolescent mothers, prenatal care, gestational age, weight newborn.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 Línea de investigación y lugar de ejecución.....	7
1.2 Planteamiento del problema	7
1.3 Formulación del problema	10
1.4 Justificación de la investigación	10
1.5 Objetivos de la investigación	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes	13
2.2 Bases teóricas.....	19
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
3.1 Formulación de hipótesis.....	29
3.2 Definición de variables.....	29
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	32
4.1 Tipo de investigación	32
4.2 Unidad de análisis	32
4.3 Población del estudio.....	32
4.4 Criterios de inclusión.....	32
4.5 Criterios de exclusión.....	33
4.6 Instrumento	33
4.7 Plan de recolección	33
4.8 Procesamiento y análisis de datos.....	34
4.9 Aspectos éticos	34
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	35
5.1 Resultados.....	35

5.2 Discusión de resultados	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
Conclusiones	58
Recomendaciones.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	66

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Línea de investigación y lugar de ejecución

El presente estudio de investigación se realizara en la rama de neonatología y será ejecutado en el servicio de neonatología del Benemérito Hospital Nacional Dos De Mayo.

1.2 Planteamiento del problema

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. Según un estudio realizado por James E. Rosen encargado de la investigación del Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo como el nuestro, Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS

En América Latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción” del 2008, de 1000 mujeres embarazadas 76 son adolescentes, cifras que sitúan a este nuestro continente como el segundo en tener las tasas de fecundidad más altas en este grupo etario al igual estudios en realizados en diversos hospitales de nuestro país. En el Perú la población adolescente (10 a 19 años) está constituida por el 23% de la población total. El 11% de las

mujeres de 15 a 19 años son madres o están embarazadas por primera vez. Y en las grandes ciudades el 20% de nacimientos hospitalarios corresponden a mujeres de 10 a 19 años, y una de cada 5 de estas madres adolescentes ha tenido de 2 a 4 embarazos antes de cumplir los 20 años de edad. En estudios dos estudios realizados en Perú en poblaciones similares se encontraron discrepancia en sus resultados el primero, realizado por la Dra. Diana Francisco Barboza “Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos De Mayo Octubre-Diciembre 2014” (33) concluyo que se encontró que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pre término, neonatos con bajo-muy bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes. Sin embargo se observó que adolescentes con CPN inadecuados tienen mayor riesgo de culminar la gestación por cesárea, y presentar un neonato no a término, el segundo realizado por la Dra. Angie Gamarra Valdiviezo, “Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2011-2012”(34) encontró que del total de recién nacidos de madres adolescentes, 30% presentaron bajo peso al nacer (< 2500g) ,47% presentaron signos clínicos de sospecha de sepsis neonatal precoz, 31% cursaron con ictericia patológica, 6% con depresión moderada y 4% con depresión severa, estudio que refleja el aumento de la morbilidad en los hijos de madres adolescente.

Otros estudios realizados en el extranjero, el primero realizado en Honduras en la unidad Materno Infantil del Hospital Escuela de Tegucigalpa entre enero y setiembre del 1999, hijo de madre adolescente, “Características de la madre, parto, neonato y definición de las causas de morbimortalidad en los mismos”(35) encontró que salvo la edad, las madres adolescentes no presentan diferencias significativas con el grupo control(madres adultas), igual sucede con sus partos, recién nacidos así como con la morbimortalidad en éstos últimos, en otro estudio realizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) de la Fundación Hospital San José de Buga,

Colombia, Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal realizado por el Dr. Luis Alfonso Mendoza encontró que la maternidad en adolescentes conlleva mayores riesgos de salud para ellas y sus hijos, aumentando la morbilidad, mortalidad, con una perspectiva de exclusión social a lo largo de la vida, pues la mayoría son pobres, con poca educación y madres solteras y sin pareja. Otro estudio realizado en Hospital "J. R. Vidal" en la División Maternidad. Sector Obstetricia de la ciudad Corrientes, Argentina durante el 2005 por la doctora Silvina Analía Soledad Lezcano "Características del recién nacido en madres adolescentes" (31) se encontró que el mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso, depresión al minuto y terminación por cesárea se encuentra en las madres adolescentes comprendidas en edades de entre 10 a 14 años y que en cuanto a los recién nacidos deprimidos al 1° minuto APGAR con puntuación de entre 1 a 6 el grueso estuvo ubicado en este mismo grupo etéreo.

Como se ha descrito anteriormente, el embarazo en las adolescentes trae consigo múltiples complicaciones, tanto para la madre como para el recién nacido el cual es predispuesto a un aumento de la morbimortalidad.

Siendo conocida la escasa información médica y estadística existente en relación al embarazo adolescente en nuestra el Perú y los hallazgos perinatales que esta condición implica y el impacto como problema de salud pública, se hace necesario evaluar las características de esta población y compararlas con estudios previos realizados en nuestra institución y otras instituciones tomando en cuenta de forma específica esta población para así tener un panorama más objetivo de nuestra propia realidad mostrándonos los verdaderos riesgos que implica un embarazo en esta edad y de acuerdo a ello adecuar acciones preventivo promocionales para mejorar la calidad de vida de nuestros recién nacidos.

1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo de Octubre del 2014 a Octubre del 2015?

1.4 Justificación de la investigación

La realización del presente estudio se justifica pues se desea conocer las características perinatales que enfrenta un recién nacido, saber si está influenciada por la edad materna pues muchos estudios han demostrado que el embarazo en edades extremas repercute en el recién nacido, por tal motivo en esta investigación se estudiará el grupo de recién nacidos de madres adolescentes en el periodo de tiempo de Enero a Diciembre del 2015 para evaluar las características perinatales que podrían llevar a complicaciones del recién nacido.

En el Perú 13 de cada 100 adolescentes mujeres entre 15 y 19 años de edad ya son madres o están embarazadas por primera vez. En diez años casi no se ha movido esta cifra, lo que justifica la realización de estudios a gran escala para la intervención de entes del gobierno que logren la reducción de dicha cifra

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Las adolescentes con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto

que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz

Así mismo la repercusiones negativas en la salud del recién nacido aumentaría el gasto publico ya que estas madres no podrán solventar económicamente los gastos que acarrea un estado patológico del recién nacido

A partir de los resultados obtenidos se podrán formular nuevas preguntas y posibilidades de respuesta; así mismo se podrán plantear intervenciones para solucionar este importante problema de salud como es la morbimortalidad perinatal en productos de madres adolescentes.

Siendo el Hospital Nacional Dos de Mayo un establecimiento de referencia que congrega, en la mayoría de los casos, a la población que carece de recursos. Es de importancia , tener datos de nuestra población para conocer las características perinatales y así identificar los riesgos potenciales que implica un embarazo adolescente y poder plantear acciones preventivas promocionales en beneficio de la población.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

Determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero a Diciembre del 2015.

1.5.2 Objetivos específicos

- a. Determinar la prevalencia de madres adolescentes en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo Enero a Diciembre del 2015.
- b. Clasificar a las madres adolescentes según grupo etario: Adolescencia temprana (10-13 años), Adolescencia media (14-16 años), Adolescencia tardía (17-19 años).
- c. Determinar las características de madres adolescentes (estado civil, controles prenatales).
- d. Determinar el tipo de parto (vía vaginal o cesárea) del recién nacido hijo de madre adolescente.
- e. Determinar el peso del recién nacido hijo de madre adolescente.
- f. Determinar la edad gestacional del recién nacido hijo de madre adolescente.
- g. Determinar la adecuación del peso respecto a la edad gestacional del recién nacido hijo de madre adolescente.
- h. Determinar la características como la talla, perímetro cefálico y perímetro torácico del recién nacido de hijo de madre adolescente

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Se han realizado diversos estudios concluyéndose que el embarazo durante la adolescencia altera la dinámica familiar porque, generalmente, no es planeado y tiene repercusiones importantes en la vida personal de la adolescente y en su entorno social. Se asocia con mayor riesgo materno y pobres resultados perinatales.

Entre los estudios relevantes a nuestra investigación, existe uno muy parecido a esta, en cuanto a metodología realizado por Itati Abreo y col, llevado a cabo en el Hospital Vidal de Argentina en donde se estudia los resultados perinatales en madres adolescentes durante el año 2008, siendo un estudio de tipo observacional descriptivo, en la cual se toma el 100 % de las gestaciones que hubieron en ese año, siendo 30% gestaciones adolescentes. En dicho grupo etario las complicaciones perinatales mas observadas fueron el bajo peso al nacer, el puntaje APGAR menor a 7 al primer minuto y la prematuridad. (17)

Gonzales y col publicaron en el año 2000 un estudio de tipo descriptivo comparativo de todas las madres adolescentes y sus hijos nacidos en el Hospital de Ginecología-Obstetricia de Cuba en el periodo comprendido entre 1995-1997, el grupo comparativo reunió iguales características excepto la edad materna. Los resultados comentados fueron que en el grupo de adolescentes se presentó 9% de partos pre término y en el grupo comparativo 0.9%, siendo cifras altamente significativas ($p < 0.001$ y $RR = 2.7$ con un I.C de $0.95 < RR < 7.76$). (30)

Comportamiento similar tuvo en el peso del recién nacido siendo uno de los indicadores de mayor relevancia obteniéndose en el grupo de riesgo 10.3% con peso inferior a 2500 gramos siendo significativo ($p < 0.001$; $RR = 12.88$ ($1.65 < RR < 100.4$)).

Sin embargo los traumas obstétricos, representaron el 17,9% y 7.4% en las adolescentes y adultos respectivamente siguiéndole en orden de frecuencia las respiratorias con el 8.9% en neonatos hijos de adolescentes y el 4.6% en hijos de madres adultas. Con respecto a la parte obstétrica el 28% de las adolescentes tuvieron partos distócicos siendo las alteraciones de la presentación la más frecuente debido al desarrollo incompleto de la pelvis materna, por el contrario en las madres adultas 11.1% fueron distócicos (30).

En el Perú el Sandoval y col, realizó un estudio en el año 2007 “Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Estudio Caso -Control” en el Hospital Sergio E. Bernales .El grupo de estudio consistió en puérperas adolescentes de 10 a 19 años y el grupo control estuvo conformado por puérperas de 20 a 29 años, durante el periodo de mayo a octubre del 2004, concluyéndose que este tipo de complicaciones es muy importante en menores de 16 años, siendo en las adolescentes tardías mucho más relevante y de mayor impacto diversos factores de tipo psicológico y social. Se describe que la prematuridad, los pequeños para la edad gestacional, peso bajo al nacer y traumatismo obstétrico fueron más frecuentes en adolescentes sin embargo la vía de culminación por cesárea del embarazo fue más frecuente en el grupo control (27).

En otro estudio realizado por Tang y col de tipo observacional analítico comparativo se estudió las Complicaciones Perinatales y vía de parto en recién nacidos de Madres adolescentes Tempranas y Tardías en el Hospital Daniel Alcides Carrión –Callao,1995-1997”, considerándose así dos grupos, los cuales se compararon en relación con la vía de parto y los resultados perinatales; para la valoración de estos últimos se consideró la edad gestacional, peso al nacer, valoración de APGAR y complicaciones en general. Obteniéndose en los resultados de las adolescentes tempranas ; mas recién nacidos de sexo femenino (51.7%),mas incidencia de partos pre término(12.4%),el síndrome de distress respiratorio y la ictericia neonatal como patologías más frecuentes(16.3%),los recién nacidos con peso de

menos de 2500 gr fueron de 12.4%. Todo esto fue más frecuente en este grupo en comparación con el grupo de adolescentes tardías, concluyendo que las complicaciones perinatales en este grupo representó el 20.6% con respecto al de adolescentes tardías con 14.3% (28).

Además de todas las investigaciones realizadas en el área de Ginecología y Obstetricia, existe otro estudio de relevancia, hecha por Urquiza y cols "Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003" siendo un estudio de cohortes, retrospectivo realizado en el Servicio de Neonatología para analizar características perinatales de los neonatos de madres adolescentes y de madres adultas atendidos en ese Hospital. La muestra estuvo compuesta por 182 neonatos divididos en forma aleatoria y el otro por recién nacidos de madres adultas (menores de 35 años), siendo los criterios de inclusión neonatos de mujeres adolescentes (menores de 20 años) y neonatos de mujeres adultas (mayores de 20 años y menores de 35 años), siendo solamente único criterio de exclusión neonatos nacidos de mujeres adultas (mayores de 35 años). Concluyéndose que las complicaciones neonatales se presentaron con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes considerándose la adolescencia como factor de riesgo para la morbilidad neonatal siendo una de las causas principales la sepsis y la hipoglucemia neonatal, además de presentar mayor predominancia de recién nacidos pequeños para edad gestacional en este grupo (29).

Doig J, y colaboradores realizaron el estudio "Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el 2003" (19), al analizar su resultados, observaron que los mayores índices de recién nacidos prematuros, bajo peso y muy bajo peso al nacer, provienen de madres adolescentes con edades comprendidas entre 11 a 14 años, coincidiendo este dato con otros estudios (20); sin embargo, sin hacer precisiones sobre la edad de las madres adolescentes, existen reportes que afirman que los índices son mayores en ellas y que no dependen de factores

sociales y demográficos. También se mencionan cifras similares en adolescentes y en la población no adolescente (21)

En la tesis realizada por Sánchez M, titulada “Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003”, se obtuvo evidencia estadísticamente significativa en los recién nacidos hijos de madres adolescentes para la ocurrencia de bajo peso al nacer, pequeños para edad gestacional así como incremento en la morbilidad neonatal (32).

Un amplio estudio colaborativo de 11 instituciones colombianas de atención obstétrica, liderado por Pardo y Ariza, encontraron que las madres adolescentes sin control pre-natal tuvieron siempre mayor morbilidad asociada al embarazo (más ruptura prematura de membranas, más infección, más hipertensión inducida por el embarazo y mayor frecuencia de parto pre término así como mayor frecuencia de cesárea o necesidad de fórceps. Estas adolescentes sin control prenatal también tuvieron mayor frecuencia de desproporción céfalo pélvica, trabajo de parto prolongado y sufrimiento fetal (23), Pardo y Uriza en el estudio de 11 instituciones colombianas encontró que el peso promedio de los recién nacidos de madres adolescentes fue 2,970 grs. Entre las causales del bajo peso al nacer se encuentra el parto pre término, toxemia, anemia, desnutrición materna, falta de control prenatal (24).

Otros estudios asociaron específicamente la edad materna adolescente con un CPN inadecuado; sin embargo, un estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia encontró que el porcentaje de gestantes adolescentes con más de cuatro CPN fue similar al del resto de mujeres 27,29% vs 28,43% (16)

Valdes y col (23) reportan en su estudio una mayor incidencia de bajo peso materno, presentando alguna enfermedad durante el embarazo el 78% de las gestantes adolescentes y sus productos sufrieron mayor número de

complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia de complicaciones post-parto para la madre.

En el estudio realizado en el Hospital perinatal "J. R. Vidal" de tipo retrospectivo, comparativo. Donde Se revisaron los datos obtenidos del Sistema Informático y cuyo objetivo fue evaluar las características de los recién nacidos hijos de madres de entre 10 a 14 años, estableciendo diferencias con población también de adolescentes, pero de entre 15 a 19 años de edad sobre mujeres embarazadas adolescentes (10 y 19 años) durante un periodo comprendido de enero a diciembre del 2003 donde las Variables estudiadas fueron bajo peso (menos de 2500grs.) del recién nacido, terminación por cesárea y depresión al 1ª minuto (APGAR menor o igual a 6)(31).

Obtuvieron como resultados que los nacidos de bajo peso, 31,25% fueron de madres de menos de 15 años y un 19,5% de madres de 15 a 19 años; de los que se deprimieron al 1ª minuto el 17,8% fueron hijos de madres de menos de 15 años y el 11% de madres de 15 a 19 años; y de los partos por cesárea el 27% fueron en chicas de 10 a 14 años y el 20,8% de 15 a 19 años se Concluyo que el mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso, depresión al minuto y terminación por cesárea se encuentra en las madres adolescentes comprendidas en edades de entre 10 a 14 años.

En un estudio desarrollado en la Maternidad Escuela Assis Chateaubriand de la Universidad Federal de Ceará en el periodo de un año siendo este un estudio de tipo transversal, analítico, donde fueron evaluados 2058 registros, siendo 322 del grupo de las precoces y 1736 las tardías, encontraron que durante el periodo de un año del total de partos, en el periodo de un año, 26% eran adolescentes. El índice de prematurez fue de 16,7% (20,2% x 16,1%, $p = 0,069$). El score de APGAR 7 en el primer minuto fue 15,1% (19,9% x 14,2%, $p = 0,008$). Otras variables: score de APGAR en el quinto minuto, adecuando el peso a determinada edad de gestación, malformaciones y muerte neo-natal presentaron índices bajos y sin una

diferencia estadística entre los grupos. Se concluyó que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad entre las características de sus recién nacidos, contrariando afirmaciones bibliográficas.

La OPS reportó para el año 2000 una mayor tendencia de recién nacidos prematuros en madres menores de 20 años, así mismo menciona un mayor porcentaje de niños con bajo peso al nacer hijos de madre adolescente en especial si pertenecen a grupos sociales desfavorecidos. Habitualmente el porcentaje de partos prematuros es mayor que el de niños con bajo peso al nacer, cuando ocurre lo contrario como en el caso de las adolescentes significa que la mayor parte de estos niños son desnutridos intrauterinamente (18).

En la tesis realizada por Barboza D. titulada “Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Octubre – Diciembre del 2014” encontró que la prevalencia de madres adolescentes en nuestro estudio fue de 17.5%. La edad promedio fue 17.7 años. 71% de ellas presentaron control prenatal (CPN) adecuado, y el 56% culminó la gestación por cesárea. Se encontró 93% neonatos a término, y 6% pre término. 88 % de los neonatos presentaron peso normal, 5% bajo peso y 2% muy bajo peso. 80% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional y 9% pequeños para la edad gestacional. Las adolescentes con CPN adecuados tuvieron 75% menos riesgo de culminar el embarazo por cesárea ($p = 0.015$, OR: 0.25 (0.085-0.0768)), sin embargo adolescentes con CPN inadecuados tienen 5 veces más el riesgo de tener un neonato no a término ($p = 0.038$, OR: 5.7 (1.104 – 29.9)), concluyendo que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pre término, neonatos con bajo-muy bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes. Sin embargo se observó que adolescentes con CPN inadecuados tienen mayor riesgo de culminar la gestación por cesárea, y presentar un neonato no a término. (33)

En la tesis realizada por Gamarra A. donde se trató determinar las complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes (10 a 19 años) en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.2011-2012 obtuvo que de un total de 392 partos en adolescentes con edad promedio de 18,6 años, 2,6% de ellas (10) pertenecientes a la adolescencia temprana. El parto pre termino ocurrió en 9,18%, la tasa de cesárea fue de 27,3%, el 22,4 % de los recién nacidos pesó entre 2500g y 3999g y 7,9 % menos de 2500g, Además se obtuvo en orden de frecuencia las siguientes patologías, sospecha de sepsis neonatal precoz 62(47,3%), ictericia patológica 41 (31,2%), obstrucción intestinal 16(12,2%), anomalías congénitas 8 (6,1%), hidrocefalia 4(3%),depresión moderada 24 (6%) depresión severa 16 (4%). Concluyendo que del total de recién nacidos de madres adolescentes, 30% presentaron bajo peso al nacer (< 2500g) ,47% presentaron signos clínicos de sospecha de sepsis neonatal precoz, 31% cursaron con ictericia patológica, 6% con depresión moderada y 4% con depresión severa (34)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica". Esta etapa se encuentra comprendida entre las edades de 10 a 19 años (1).

La adolescencia se puede dividir en tres etapas: adolescencia temprana, entre los 10 y 13 años de edad; adolescencia media entre los 14 y 16 años y adolescencia tardía entre los 17 y 19 años (2). Es importante conocer las características de éstas etapas de la adolescencia, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes durante un embarazo.

a. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

b. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

c. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

2.2.2 Embarazo en adolescentes problema de salud pública

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. (3)

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes (4,5):

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos Anticonceptivos.
- La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.
- La falta de una buena educación sexual.

A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en (4,5)

2.2.3 Embarazo en adolescentes desde un punto de vista psicosocial

- La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.

- La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.

Desde el contexto social destacan (4,2):

- Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización; las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo; su desarrollo social y cultural; y la formación de una familia y su estabilidad.

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo incrementado la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Para poder comprender lo dramático de la situación se plantea que alrededor del 50% de las adolescentes, entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años. Por otro lado el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurren el 60% de éstas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales, siendo aproximadamente el 35% de las madres adolescentes solteras, si se añade a ello que entre el 60 y 70% de los embarazos no son deseados se podrá entender los efectos psicosociales de este fenómeno. (13)

Los adolescentes más pobres comparten las pocas posibilidades de recibir educación con índices más altos de fecundidad y en consecuencia más pobreza y más altos riesgos de muerte materna y neonatal (12).

En general existe poca preparación en el personal de salud para hacer frente a los problemas de las adolescentes embarazadas. Además los sentimientos de vergüenza, temor e ignorancia hacen que el control prenatal sea tardío e

irregular lo que se relaciona directamente con resultados adversos desde el punto de vista de atención obstétrica y neonatal. (1,14)

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita necesitando mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. Así el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo, la razón principal está basada en la inmadurez física y/o psicológica de la adolescente para desarrollar una gestación. El riesgo perinatal se acrecienta cuando se suman: bajos niveles socioeconómicos, limitada contención familiar y deficientes controles prenatales. (15).

2.2.4 Embarazo en adolescentes desde un punto de vista medico

Desde el punto de vista médico, la adolescente embarazada es motivo de gran preocupación para el médico porque los conocimientos médicos actuales relacionados con ella confirman su tendencia a sufrir problemas serios de salud que transmite a su hijo con el resultado lógico de un incremento en la morbimortalidad perinatal (6).

En cuanto a la terminación de la gestación los estudios muestran la tendencia que hay en el mundo del parto por cesárea en la mayoría de las adolescentes, sea por el desarrollo incompleto del canal de parto por la estrechez ósea y poco desarrollo de las partes blandas (3,5). Algunos autores no refieren un aumento de la incidencia de cesáreas en las adolescentes mientras que otros sí lo consideran en la adolescencia temprana (7)

Dentro de las complicaciones perinatales los estudios revelan que la incidencia de bajo peso al nacer (<2.500 g) entre los adolescentes es más del doble de la tasa de mujeres adultas y la mortalidad neonatal dentro de los primeros 28 días de nacimiento, es casi 3 veces mayor (8). En

experiencias internacionales, aproximadamente el 14% de los recién nacidos de los adolescentes de 17 años o menos son prematuros en comparación con el 6% de mujeres de 25-29 años (15), mientras que las adolescentes de 14 o menos años tienen un mayor riesgo de tener prematuros de bajo peso (9). Los factores biológicos que se han asociado consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio de la gestación y la pobre ganancia de peso durante el embarazo (10).

Si bien es cierto el Perú es considerado como un país en vías de desarrollo, si se compara con el país Cuba que también es considerado de la misma manera, en este último, el índice de bajo peso al nacer se comporta de forma similar e incluso más bajo que el de países industrializados, por ejemplo fue de 6.5% en el año 2000, con una disminución progresiva en el último quinquenio logrando en el 2005 una reducción de este índice hasta 5.5 y en el año 2009 fue de 5.4 (15,16,17). De forma general, el promedio es por debajo de 7% ,siendo en este país el embarazo adolescente el principal factor de riesgo de bajo peso del recién nacido(26).

El peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio y uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud de éste durante su primer año de vida, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador de salud importante (23).

2.2.5 Complicaciones del embarazo en adolescentes

En el desarrollo de la preeclampsia, entre otros cuadros clínicos, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped. El feto, por tener el 50 % de su estructura antigénica de origen paterno viene a ser una especie de injerto. El fallo del mecanismo

inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes.(37) En cuanto a los factores que aumentan el riesgo, se ha identificado la primigestación, edades maternas extremas, exposición limitada al esperma.(38) La preeclampsia no es sólo una hipertensión inducida por el embarazo, sino es secundaria a interacciones que provienen de una perfusión placentaria disminuida así como de la alteración en la función endotelial. Parte de la respuesta a la disminución de la perfusión placentaria puede ser por adaptación del feto a la menor cantidad de nutrientes recibidos. (38) Wallemburg describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por un inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, que tiende a ocasionar:

- Hipertensión arterial materna
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de la placenta

Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. (38) Este síndrome tiene dos modalidades: precoz y tardía MA I y MA II respectivamente, en el primer caso, el fracaso reproductivo se debe a una impreparación anatómica o funcional de la circulación uterina, mientras que el segundo se produce por mala respuesta circulatoria materna a la anidación (39). En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pre término como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional. Por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años. (40) Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un

factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo⁵⁻¹⁰. Molina ratifica una vez más que los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz.⁵ En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y el desarrollo incompleto de la pelvis, la estrechez del “canal blando”, favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. (40) Cabe destacar la edad maternal como factores de riesgo significativo para hemorragias obstétricas masivas. Cuando las intervenciones quirúrgicas son requeridas. Además, se han reportado como factores de riesgo relacionados con el parto vaginal asistido con fórceps; la talla materna menor de 150 cm y la presentación pelviana. La mal posición fetal, especialmente la occipito posterior y la transversa (OP/OT) están asociadas con una alta morbilidad intraparto, sin embargo es la obesidad y no la corta edad de las madres ni la inmadurez pélvica la que se asocia con mal posición. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. El bajo peso materno es un hallazgo frecuente entre las gestantes adolescentes. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales específicas que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo. Cuando analizamos la incidencia de asfixia perinatal entre las adolescentes y el grupo control, no encontramos

diferencias estadísticas, pero al considerar en el grupo de estudio sólo a las madres menores de 17 años, hallamos una alta incidencia de asfixia perinatal moderada y severa entre éstas. La depresión perinatal se reporta, en la mayoría de los estudios, como una de las complicaciones más frecuentes del parto en edades tempranas, pero su incidencia, al igual que la de otras complicaciones, se relaciona con los cuidados ante e intraparto. Se reporta mayor incidencia de malformaciones entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.⁹ La leucorrea y las vulvovaginitis están entre las afecciones más frecuentes en las adolescentes y fue el principal motivo en consultas de Ginecología. Es una realidad mundial la mayor frecuencia de infecciones genitales, entre las adolescentes.⁽⁴⁰⁾ El diagnóstico de endometritis entre las menores de 20 años, puede estar relacionado con el elevado diagnóstico de infección vaginal, pero también con la mayor frecuencia de desgarros genitales, anemia, y desnutrición, factores todos que crean un terreno propicio para las infecciones en la paciente obstétrica. También en este aspecto los hallazgos son contradictorios y existen otros trabajos en los que no se reportan complicaciones puerperales entre las adolescentes y no se encuentran diferencias al compararlas con puérperas adultas.⁽⁴⁰⁾ Las variables sociales que determinan el nivel de riesgo del embarazo en adolescentes son: el número de control prenatal, tiempo en que inicio el control prenatal, dependencia económica, uso de métodos anticonceptivos. Adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, parto prematuro, recién nacido pequeño para la edad de gestación, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia) neonatal, neonato con APGAR bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, prematuridad, muerte neonatal y muerte perinatal.⁽³⁷⁾ En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor

edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%. (38) Una patología que frecuentemente es posible encontrar en las embarazadas es la diabetes gestacional. Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas. Con respecto a las infecciones urinarias, hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

Bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y prematuridad son las repercusiones perinatales más frecuentes en los recién nacidos hijos de madres adolescentes, atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero a Diciembre del 2015

3.2 Definición de variables

A. Adolescente: Comprendido como adolescente la edad mayor de 10 años hasta los 19 años 11 meses 29 días (OMS) .Categorizándose de esta manera:

- La adolescencia temprana entre 10 a 13 años
- La adolescencia media de 14 a 16 años
- La adolescencia tardía entre 17 a 19 años 11 meses 29 días.

B. Número de controles prenatales: Los controles prenatales son evaluaciones periódicas de la embarazada por parte de profesionales especializados para la mejor vigilancia de la evolución de la gestación, siendo esta:

- Gestación controlada(6 CPN a más)
- Gestación no controlada(Menos de 6 CPN)
- Gestación no controlada (0 CPN)

C. Tipo de parto: Se define como la vía de culminación del embarazo, habiendo dos posibilidades:

- Cesárea
- Vaginal

D. APGAR: Es el examen clínico, en el cual el recién nacido es evaluado al primer minuto, al quinto minuto y algunos a los 10 minutos posteriores al

nacimiento, en base a cinco parámetros que son el esfuerzo espiratorio, la frecuencia cardiaca, el tono muscular, los reflejos y el color de piel, por lo cual en nuestro estudio lo hemos categorizado de esta manera:

- APGAR al minuto
- APGAR a los cinco minutos

E. Peso del recién nacido: Se define como el peso inmediato tomado en la atención inmediata del recién nacido, para nuestro estudio, se ha categorizado de esta manera:

- Extremo bajo peso al nacer: Menor de 1000g.
- Muy bajo peso al nacer: 1000 g - 1499g.
- Bajo peso al nacer: 1500 g -2499 g.
- Peso insuficiente al nacer: 2500g a 2999 g.
- Adecuado peso al nacer: 3000g a 3999 g.
- Peso alto al nacer: Mas de 4000g

F. Edad gestacional por Capurro: Se define como la edad consignada después de la evaluación física inmediata al neonato en base a parámetros clínicos, para nuestro estudio:

- Recién nacido pre término: RN de menos de 37 semanas completas.
- Recién nacido a término: RN de 37 a 41 semanas completas.
- Recién nacido pos término: RN de 42 semanas o más.

H. Condición de alta del recién nacido: Egreso del paciente, categorizándose en nuestro estudio de la siguiente manera:

- Alta normal
- Fallecido

O. Óbito fetal: Se define cuando un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas; es decir, cuando ha alcanzado un desarrollo tal que, en

condiciones óptimas, la vida fuera del útero pudiera haber sido posible. Se ha categorizado en nuestro estudio de esta manera:

- Si óbito fetal.
- No óbito fetal.

P. Adecuación para peso para edad gestacional: Según si su peso es adecuado o no para su edad gestacional, se categoriza de la siguiente manera

AEG: Cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento

PEG: Cuando el peso de nacimiento se encuentra debajo del percentil 10 de las curvas de crecimiento

GEG: Cuando el peso de nacimiento se encuentra sobre el percentil 90 de las curvas de crecimiento

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

El estudio ha realizado es de diseño observacional, tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

4.2 Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron los hallazgos perinatales del recién nacido hijo de madre adolescente según las variables de edad gestacional, peso al nacer, peso según la edad gestacional, tipo de parto, además de las características maternas los cuales incluye grupo etario, estado civil y controles prenatales.

4.3 Población del estudio

La población de estudio estuvo conformada por todos los recién nacidos de madres adolescentes (10-19 años) nacidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero a Diciembre del 2015 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Se trabajo con el 100% de la población estudiada es decir todos los recién nacidos de madres adolescentes en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2015 siendo seleccionado por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.4 Criterios de inclusión

Neonato hijo de madre adolescente (10-19 años) nacido en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo Enero a Diciembre del 2015.

4.5 Criterios de exclusión

Neonatos que cuenten con registro incompleto de datos en el Libro de ingresos del Servicio de Neonatología.

Neonatos nacidos en otra institución y domiciliarios, admitidos en el Servicio de Neonatología.

4.6 Instrumento

Se recolecto la información mediante una ficha de recolección de datos a partir de los registros del hospital (Libro de Ingresos Hospitalarios del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo), datos de la madre como del neonato, dentro de los cuales se encontró: fecha de nacimiento, peso, edad gestacional, relación peso-edad gestacional, tipo de parto, motivo de cesárea, controles prenatales, estado civil de la madre, edad de la madre, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico. Todos estos datos serán trasladados a una ficha de recolección.

4.7 Plan de recolección

4.7.1 Prueba piloto

Se realizo para conocer los datos de frecuencia aproximada, además se verificó si el instrumento de medición contenía los datos relacionados con el estudio y se determinara el tiempo aproximado para la recolección de datos.

4.7.2 Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico comprendió una primera fase, estadística descriptiva en la que analizara la frecuencia de los datos categóricos y numéricos según las características de los factores estudiados. Se analizaron las variables cualitativas según prevalencias y proporciones. Así mismo se diseñaron

tablas y/o gráficos de distribución de frecuencias de las variables categóricas. La elaboración de la base de datos de la tesis se diseñó en el programa de Microsoft Excel 2010 así como algunos gráficos de distribución de frecuencias. Todo el análisis estadístico se realizó en el paquete estadístico SPSS IBM versión 22.0.

4.8 Procesamiento y análisis de datos

Se creó una base de datos para el procesamiento automatizado de los mismos en planillas de Microsoft Excel ® versión 2010. Los resultados se presentaron en tablas y/o gráficos adecuados al tipo de variable que se representó.

Posteriormente se procedió a su análisis estadístico usando una hoja de datos de los programas estadísticos SPSS versión 22.0.

4.9 Aspectos éticos

El presente estudio se realizó previa coordinación con la Dirección de Docencia e Investigación del Hospital Nacional Dos de Mayo y el jefe de Servicio de Neonatología de dicho hospital para obtener el acceso al Libro de reporte de ingresos neonatales.

Los datos obtenidos en el presente estudio son los adecuados y pertinentes en relación al fin de la presente investigación. En cuanto al acceso de los datos, estos fueron solo manejados por el investigador principal y asesor del estudio teniendo en cuenta la confidencialidad y privacidad de ellos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Los resultados mostrados a continuación fueron obtenidos del 100% de la población estudiada.

TABLA 1. Prevalencia de recién nacidos hijos de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del HNDM, Enero - Diciembre, 2015.

MES	RN TOTALES	RN DE MADRES ADOLESCENTES	%
ENERO	273	49	17.95
FEBRERO	302	43	14.24
MARZO	244	45	18.44
ABRIL	215	41	19.07
MAYO	248	50	20.16
JUNIO	211	47	22.27
JULIO	236	40	16.95
AGOSTO	230	30	13.04
SEPTIEMBRE	253	30	11.86
OCTUBRE	236	47	19.92
NOVIEMBRE	222	36	16.22
DICIEMBRE	220	32	14.55
	2890	490	16.96

Descripción de la tabla:

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo Enero-Diciembre 2015, se encontró 2890 recién nacidos vivos, de los cuales 490 fueron hijos de madres adolescentes, encontrándose una prevalencia de recién nacidos de madres adolescentes de 16.9%

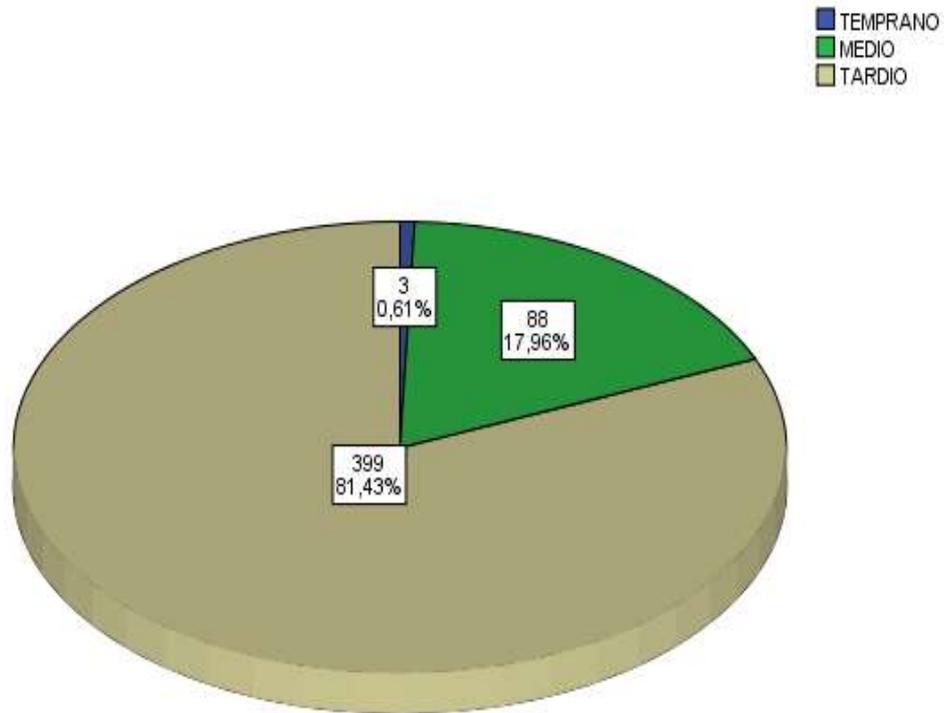
**TABLA 2 ESTADISTICOS DE EDAD EN MADRES ADOLESCENTES
HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015**

N	Válido	490
	Perdidos	0
Media		17,71
Mediana		18,00
Moda		19
Desviación estándar		1,273
Rango		7
Mínimo		12
Máximo		19
Percentiles	25	17,00
	50	18,00
	75	19,00

**TABLA 3. DISTRIBUCION DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN
GRUPO ETARIO HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TEMPRANO	3	,6	,6	,6
	MEDIO	88	18,0	18,0	18,6
	TARDIO	399	81,4	81,4	100,0
	Total	490	100,0	100,0	

GRAFICO 1 DISTRIBUCION DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN GRUPO ETARIO HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015



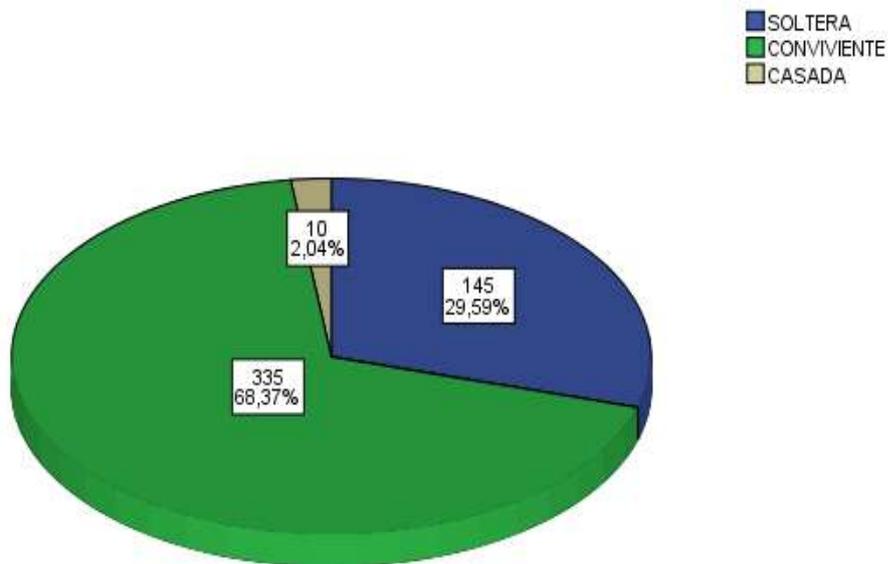
Descripción de las tablas

La edad promedio de madres adolescentes fue 17.71 años. La edad más frecuente (moda) encontrada fue de 19 años. Se encontró que 0.6% de madres pertenecían al grupo etario de adolescencia temprana (10-13 años). El 81.4% de madres forman parte del grupo de adolescencia tardía (17-19 años), el resto, 18%, al grupo de adolescencia media (14-16 años).

TABLA 4 DISTRIBUCION DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN ESTADO CIVIL HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERA	145	29,6	29,6	29,6
	CONVIVIENTE	335	68,4	68,4	98,0
	CASADA	10	2,0	2,0	100,0
	Total	490	100,0	100,0	

GRAFICO 2 DISTRIBUCION DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN ESTADO CIVIL HNDM ENERE-DICIEMBRE2015



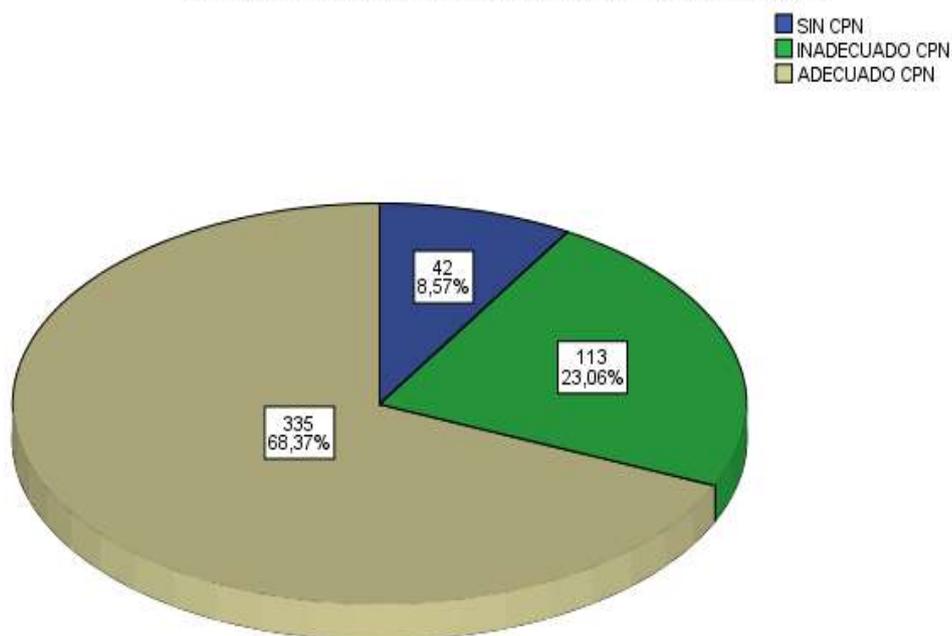
Descripción del Grafico

Los datos correspondientes al estado civil de las madres adolescentes muestran que 335 adolescentes que corresponden al 68.4% son convivientes, el 29.6% solteras y 2% casada

TABLA 5 CARACTERISTICAS DE CONTROLES PRENATALES DE MADRES ADOLESCENTES HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

N	Válido	490
	Perdidos	0
Media		6,53
Mediana		7,00
Moda		6
Desviación estándar		3,297
Rango		15
Mínimo		0
Máximo		15
Percentiles	25	5,00
	50	7,00
	75	9,00

GRAFICO 3 CARACTERISTICAS DE CONTROLES PRENATALES EN MADRES ADOLESCENTES HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015



Descripción de la tabla

Dentro de las características del embarazo estudiadas en este grupo de madres adolescentes se encuentra el control prenatal, en el cual se observa que 68.4 % de madres tuvieron un control adecuado (mayor a 6 CPN), el 23.1% control prenatal inadecuado (de 1 a 5 controle) y el 8.6% no tuvieron controles prenatales. El promedio de controles prenatales en esta población fue de 6.53

TABLA 6 Características del recién nacido hijo de madre adolescente según edad gestacional HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRETERMINO	55	11,2	11,2	11,2
	A TERMINO	435	88,8	88,8	100,0
	Total	490	100,0	100,0	

Descripción de la tabla

En cuanto a las características del recién nacido, se encontró que el 88.8 % de neonatos fueron productos a término, 11.2% pre término y no se encontraron productos pos termino.

TABLA 7 Características del recién nacido hijo de madre adolescente según grupo de peso al nacer HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido EXTREMO BAJO PESO	4	,8	,8	,8
MUY BAJO PESO	5	1,0	1,0	1,8
BAJO PESO	33	6,7	6,7	8,6
ADECUADO PESO	425	86,7	86,7	95,3
MACROSOMIA	23	4,7	4,7	100,0
Total	490	100,0	100,0	

TABLA 8 Características del recién nacido hijo de madre adolescente según peso al nacer HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

N	Válido	490
	Perdidos	0
Media		3204,04
Mediana		3262,00
Moda		3214 ^a
Desviación estándar		571,892
Rango		4156
Mínimo		730
Máximo		4886
Percentiles	25	2931,50
	50	3262,00
	75	3556,50

Descripción de la tabla

El peso normal en el recién nacido predominó en esta población encontrándose 425 casos que correspondían al 86.7 %, macrosómicos 4.7%, extremo bajo peso al nacer 0.8%, muy bajo peso al nacer 1.0%, bajo peso al nacer 6.7%. El peso promedio de los recién nacidos de madres adolescente fue 3.204 kg con una desviación estándar de 571.

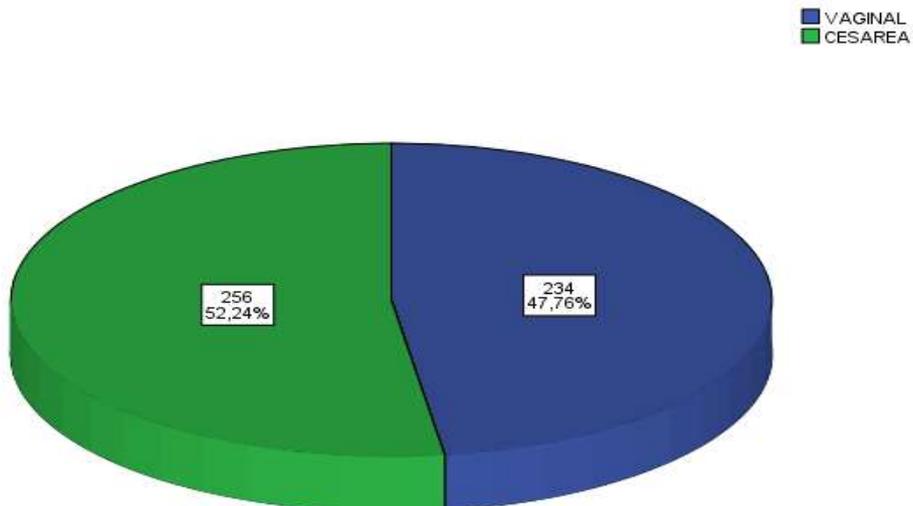
TABLA 9. Características del recién nacido hijo de madre adecuación del peso según edad gestacional HNMD, ENERO-DICIEMBRE 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PEG	60	12,2	12,2	12,2
	AEG	389	79,4	79,4	91,6
	GEG	41	8,4	8,4	100,0
	Total	490	100,0	100,0	

Descripción de la tabla

Se evaluó además la adecuación del peso según la edad gestacional, donde se observó que la mayoría de recién nacidos (79.4%) era AEG, además se encontró 41 casos de GEG que correspondieron a 8.4% y 10 casos de PEG que correspondían al 12.2%.

GRAFICO 4 Tipo de parto en gestantes adolescentes atendidas en el HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015



Descripción del Grafico

Se evaluó el tipo de parto de las madres adolescentes encontrándose que el 52.24% fue parto por vía abdominal (cesárea) y 47.76% fue parto por vía vaginal

TABLA10. CARACTERISTICAS DEL APGAR AL MINUTO DE VIDA DE RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DEPRESION SEVERA	1	,2	,2	,2
	DEPRESION MODERADA	10	2,0	2,0	2,2
	BUENA ADAPTACION	479	97,8	97,8	100,0
	Total	490	100,0	100,0	

TABLA11. CARACTERISTICAS DEL APGAR A LOS 5 MINUTOS DE VIDA DE RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DEPRESION SEVERA	1	,2	,2	,2
	DEPRESION MODERADA	7	1,4	1,4	1,6
	BUENA ADAPTACION	482	98,4	98,4	100,0
	Total	490	100,0	100,0	

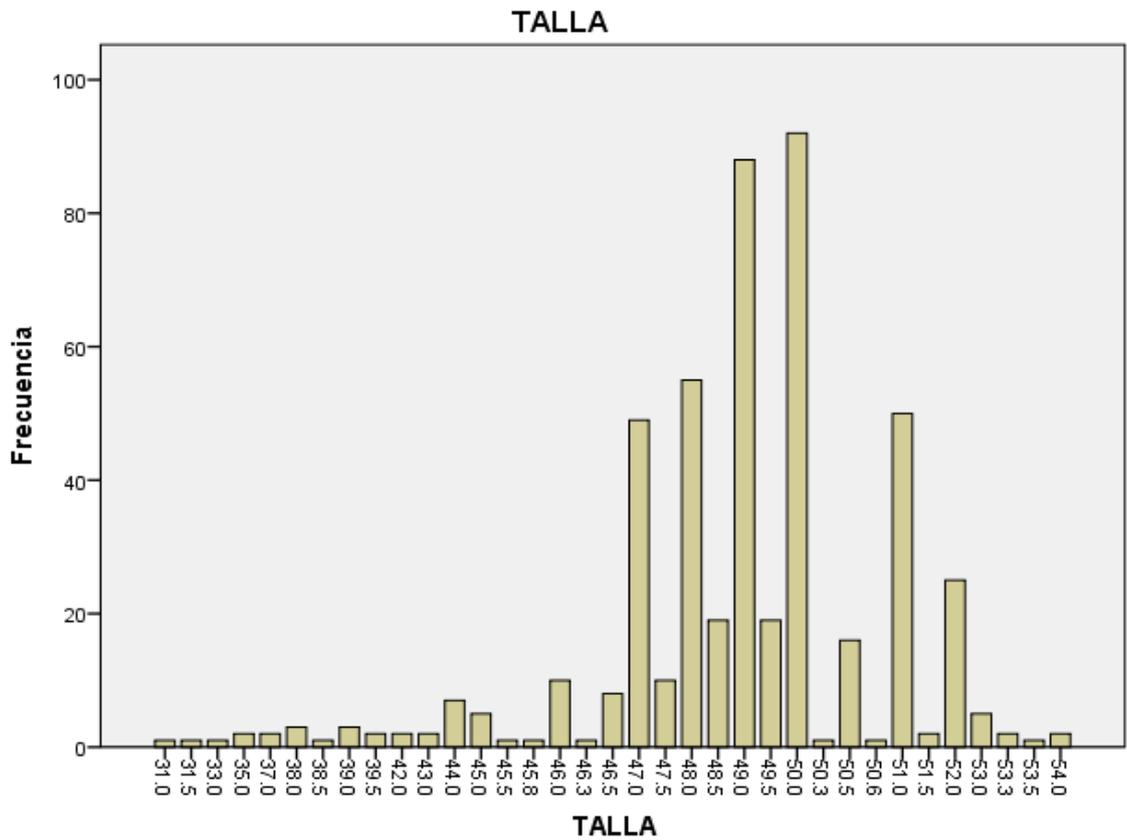
Descripción de la tabla

Asimismo fue evaluado el score de APGAR en recién nacidos de madres adolescentes obteniéndose que en un 97% y 98% al minuto y a los cinco minutos respectivamente presentaron buena adaptación solo el 2% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron depresión severa al minuto y a los 5 minutos

TABLA12. CARACTERISTICAS TALLA RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

N	Válido	490
	Perdidos	0
Media		48,669
Mediana		49,000
Moda		50,0
Desviación estándar		2,8959
Rango		23,0
Mínimo		31,0
Máximo		54,0
Percentiles	25	48,000
	50	49,000
	75	50,000

GRAFICO 5. CARACTERISTICAS TALLA RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE HNMD ENERO-DICIEMBRE 2015



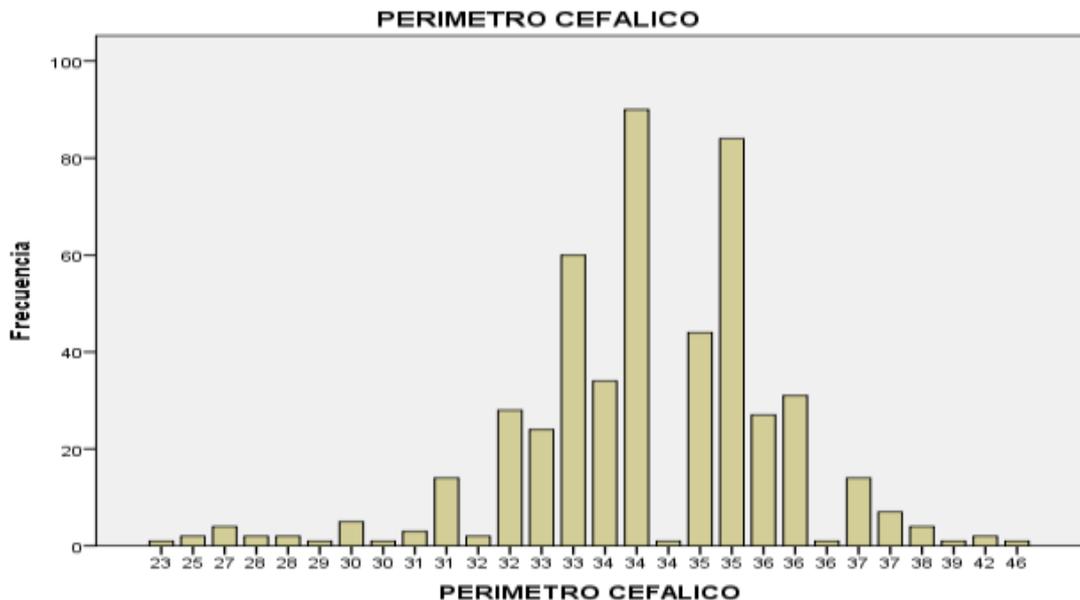
Descripción de la tabla

También fue evaluada la talla para los recién nacidos de madres adolescentes encontrándose que la talla promedio fue de 48.6 cm con un mínimo de 31cm y un máximo de 54cm siendo la moda 50 cm.

TABLA13. CARACTERISTICAS PERIMETRO CEFALICO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

N	Válido	490
	Perdidos	0
Media		33,95
Mediana		34,00
Moda		34
Desviación estándar		2,017
Rango		23
Mínimo		23
Máximo		46
Percentiles	25	33,00
	50	34,00
	75	35,00

GRAFICO 6. CARACTERISTICAS PERIMETRO CEFALICO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015



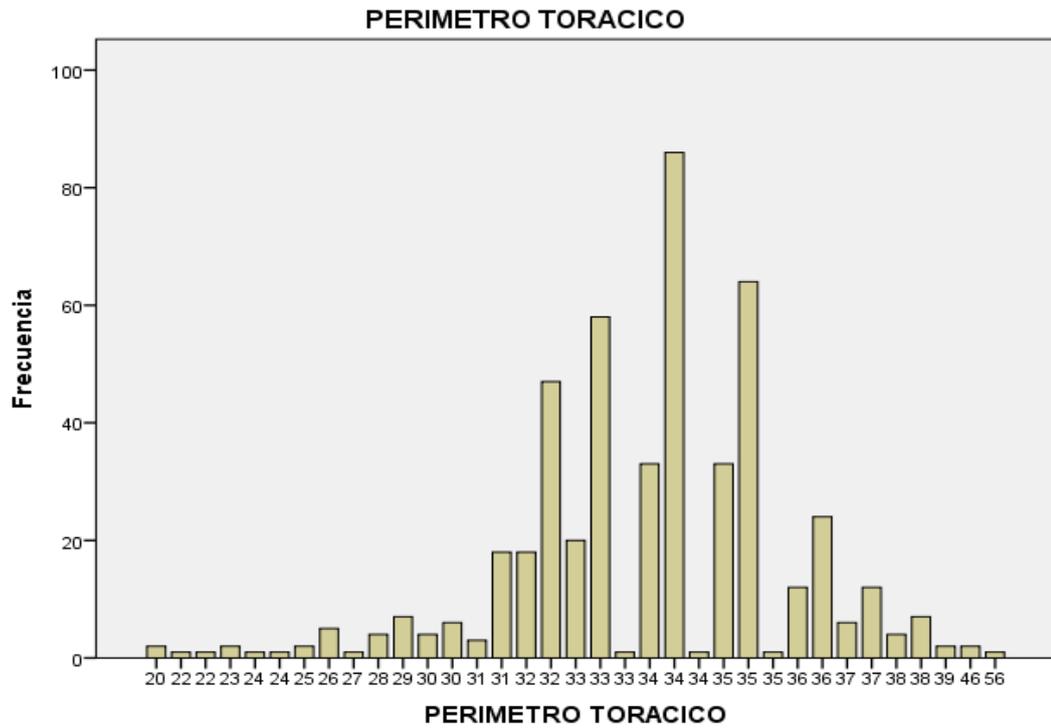
Descripción de la Grafica

Así mismo fue evaluada el perímetro cefálico para los recién nacidos de madres adolescentes encontrándose que promedio fue de 33.95 cm con un mínimo de 23cm y un máximo de 46cm siendo la moda 34 cm.

TABLA14. CARACTERISTICAS PERIMETRO TORACICO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015

N	Válido	490
	Perdidos	0
Media		33,44
Mediana		34,00
Moda		34
Desviación estándar		2,846
Rango		36
Mínimo		20
Máximo		56
Percentiles	25	32,00
	50	34,00
	75	35,00

GRAFICO 7. CARACTERISTICAS PERIMETRO TORACICO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE HNDM ENERO-DICIEMBRE 2015



Descripción de la Grafica

Así mismo fue evaluada el perímetro torácico para los recién nacidos de madres adolescentes encontrándose que promedio fue de 33.44 cm con un mínimo de 20cm y un máximo de 56cm siendo la moda 34 cm.

TABLA 15. Distribución de controles prenatales según y edad gestacional HNDM, ENERO-DICIEMBRE 2015

	EDAD GESTACIONAL R ECO		Total
	PRETERMI NO	A TERMINO	
RECOCP INADECUADO	28	127	155
ADECUADA	27	308	335
Total	55	435	490

TABLA 16. Estimación de riesgo para de controles prenatales y edad gestacional HNDM, ENERO-DICIEMBRE 2015.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para RECOCPN (INADECUADO / ADECUADA)	2,515	1,426	4,437
N de casos válidos	490		

Descripción de la Grafica

Se calculo el OR para controles prenatales y edad gestacional el cual fue de 2.51 con IC 95%(1.42-4.43) con lo cual se concluye que las madres que presentan controles prenatales inadecuados durante la gestación tiene 2 veces más riesgo de tener una producto pre-termino.

TABLA 17. Distribución de edad materna según grupos y controles prenatales HNDM, ENERO-DICIEMBRE 2015

	RECOCPN		Total
	INADECUADO	ADECUADA	
RECOEDADMATE	TEMPRANO + MEDIA	9	28
	TARDIA	326	462
Total		335	490

TABLA 18. Estimación de riesgo distribución de edad materna según grupos y controles prenatales HNDM, ENERO-DICIEMBRE 2015

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para RECOEDADMATE (TEMPRANO + MEDIA / TARDIA)	5,060	2,233	11,466
N de casos válidos	490		

Descripción de la Grafica

Se calculo el OR para controles prenatales y grupo de edad materna el cual fue de 5.06 con IC 95%(2.23-11.46) con lo cual se concluye que las madres con edades pertenecientes a los grupos tempranos y media tiene 5 veces más riesgo de tener controles prenatales inadecuados.

TABLA 19. Distribución de edad materna según grupos y edad gestacional HNDM, ENERO-DICIEMBRE 2015

		RECOEDADMATE		Total
		TEMPRANO + MEDIA	TARDIA	
EDADGESTACIONAL	PRETERMINO	5	50	55
	A TERMINO	23	412	435
Total		28	462	490

TABLA 20. Estimación de riesgo distribución de edad materna según grupos y edad gestacional HNDM, ENERO-DICIEMBRE 2015

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para EDADGESTACIONAL RECO (PRETERMINO / A TERMINO)	1,791	,652	4,922
Para cohorte RECOEDADMATE = TEMPRANO + MEDIA	1,719	,681	4,338
Para cohorte RECOEDADMATE = TARDIA	,960	,880	1,047
N de casos válidos	490		

Descripción de la tabla

Se calculo el OR para edad gestacional por grupos y grupo de edad materna el cual fue de 1.79 con IC 95%(0.65-4.92) con lo cual se concluye que a menor edad materna mas riesgo de presentar un producto pretermino aunque no es estadísticamente significativo.

5.2 Discusión de resultados

Según estudios realizados por las OMS aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo como el nuestro. En el presente estudio se obtiene una prevalencia del 16.96% de madres adolescentes que suman una cifra de 490 recién nacidos de madres adolescentes de un total de 2890 recién nacidos cifra alarmante ya que muestra valores superiores a los encontrados por informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción” del 2008 cuya prevalencia fue del 11%. En estudio previo realizado por el tesista Barboza D. características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Octubre – Diciembre del 2014 encontró que la prevalencia de madres adolescentes en nuestro estudio fue de 17.5% lo que muestra que a pesar de estudios previos que advierten de la gravedad del problema no se ha incidido en medidas para disminuir su cifra de prevalencia.

En cuanto a las características de las madres adolescentes nuestro estudio obtuve que la edad promedio de las madres adolescentes fue de 17.71 años encontrándose el 50% de la población bajo los 18 años, perteneciendo el 81.4% al grupo etario de adolescencia tardía lo que semeja a los dos estudios previos realizados en este mismo nosocomio, 2003 promedio etario de 17.83 años y con un porcentaje de 81.8 % en el grupo etáreo mencionado, 2014 17.7 años 84%, en cuanto al estado civil la gran mayoría de nuestras madres adolescentes mantienen una pareja conyugal de ellas son convivientes 335 lo que equivale a 68.% y solo 10 de ellas es decir el 2% mantiene son casadas, resultados comparables con cifras obtenidas por Barboza en el 2014 , lo que reflejaría la mayor tasa de relaciones sexuales con consecuencia reproductivas en uniones conyugales, justificándose por la falta de planificación familiar y por la corta edad que no permite una buena

educación sexual por que nos sugeriría tomar medidas en salud publica en estos puntos.

Los controles prenatales son evaluaciones periódicas de la embarazada por parte de profesionales especializados para la mejor vigilancia de la evolución de la gestación, debería ser cumplido en forma adecuada por todas las gestantes considerándose como adecuado 6 o más controles prenatales nuestro estudio mostro que la media de controles prenatales fue de 6.53 el 68.37% tuvieron controles prenatales adecuados y que alarmantemente 8.57% no tuvo ningún control prenatal, resultados comparables a los encontrados por Barboza en su estudio del 2014 , donde 62% presentan controles prenatales adecuados estudios asociaron específicamente la edad materna adolescente con un CPN inadecuado; sin embargo, un estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia encontró que el porcentaje de gestantes adolescentes con más de cuatro CPN fue similar al del resto de mujeres 27,29% vs 28,43% (16) en nuestro estudio se encontró que madres adolescentes pertenecientes a los grupos tempranos y media tiene 5 veces más riesgo de tener controles prenatales inadecuados.

Otra asociación que se encontró en el presente estudio fue que las madres que presentan controles prenatales inadecuados durante la gestación tiene 2 veces más riesgo de tener una producto pre-termino, lo que incentivaría más aun a incidir en mejorar el programa de control prenatal en esta población para evitar posibles complicaciones de un parto pre termino como lo son la enterocolitis necrotizante, enfermedad de membrana hialina y otros.

Con respecto a la edad gestacional se encontró que 88.8% del total de recién nacidos de madres adolescentes fue a término, el 11.2% fue pre-termino y no se encontraron recién nacidos post-termino. Resultados comparables con los encontrados en la tesis realizada por Gamarra A. donde se trató determinar las complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes (10 a 19 años) en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.2011-2012(34), el nos muestra que el parto pre termino ocurrió en

9,18% en contraste con el estudio desarrollado en la Maternidad Escuela Assis Chateaubriand de la Universidad Federal de Ceará en el periodo de un año, donde el índice de partos pre termino fue 16.8%, mostrándose que a pesar de la realidad peruana y el déficit de planificación familiar nuestras adolescentes llevan a término con mayor frecuencia el embarazo se podría asociar ala regular frecuencia de controles prenatales.

El peso al nacer es, sin duda, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio y uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud de éste durante su primer año de vida, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador de salud importante (23)

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes se encontró peso normal en el recién nacido predominó en esta población encontrándose 425 casos que correspondían al 86.7 %, macrosomicos 4.7%, extremo bajo peso al nacer 0.8%, muy bajo peso al nacer 1.0%, bajo peso al nacer 6.7% con un promedio de peso de los recién nacidos de madres adolescente fue 3.204 kg. En la tesis realizada por Gamarra A (34) encontró 22,4 % de los recién nacidos pesó entre 2500g y 3999g y 7,9 % menos de 2500g, en el estudio realizado en el Hospital perinatal "J. R. Vidal"(31) concluyo que las madres adolescentes presentaron mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, aunque nuestro estudio no valora comorbilidades materno-fetales es importante destacar el porcentaje de recién nacidos con peso diferente al normal.

Un característica que reflejaría mejor el estado del recién nacido de madres adolescente seria el peso para la edad gestacional clasificándose esta por percentiles que varían de institución a institución y de país a país, se en encontró que un 79.4% de los recién nacidos de madres adolescentes era AEG, 8.4% casos de GEG y 12.2% casos de PEG . En otras investigaciones

realizadas en el área de Ginecología y Obstetricia, existe otro estudio de relevancia, hecha por Urquiza y cols "Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003"(29) en la cual se considerándose la adolescencia como factor de riesgo predominante de recién nacidos pequeños para edad gestacional. En el Perú el Sandoval y cols, realizaron un estudio en el año 2007 "Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Estudio Caso - Control" en el Hospital Sergio E. Bernales(27) donde encontraron que los pequeños para edad gestacional fueron más frecuentes en adolescentes, en la tesis de Barboza(33) 80% de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional y 9% pequeños para la edad gestacional, cifras semejantes a las encontradas en nuestro estudio.

Otra característica evaluada fue la vía de culminación de parto mostrándose en nuestro estudio que el 52.24% fue parto por vía abdominal (cesárea) y 47.76% fue parto por vía vaginal. Es así que vale la pena denotar el estudio Gamarra A(34) el 285(72,7%) han culminado su embarazo por vía vaginal, mientras que el 107(27,3%) lo hizo por cesárea y otros estudios como el de Barboza(33) concluyó que en cuanto al tipo de parto, a más de la mitad, 56%, le realizaron cesárea, nuestro estudio muestra una frecuencia inferior a la encontrada por Gamarra A. pero comparable a la encontrada por Barboza.

Esto se puede explicar pues debido a que en nuestra muestra hay más adolescentes tardías, cuya pelvis presenta modificaciones que la asemejan a la de la mujer adulta, siendo más fácil la culminación del embarazo por vía vaginal, si es que no hay alguna otra implicancia médica que lo impida.

El APGAR es el examen clínico, en el cual el recién nacido es evaluado al primer minuto, al quinto minuto y algunos a los 10 minutos posteriores al nacimiento, en base a cinco parámetros que son el esfuerzo espiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, los reflejos y el color de piel, nos refleja la adaptación del neonato a la vida extrauterina en el presente estudio.

el APGAR al minuto de vida y los 5 minutos obteniéndose que en un 97% y 98% al minuto y a los cinco minutos respectivamente presentaron buena adaptación solo el 2% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron depresión severa al minuto y a los 5 minutos, en contraste en la tesis realizada por Gamarra A(34) encontró que los recién nacidos de madres adolescentes presentaron 6% con depresión moderada y 4% con depresión severa, cifras superiores a las obtenidas en nuestro estudio a pesar de tener poblaciones con características socio-demográficas similares.

También fueron evaluada características de los recién nacidos como la talla, perímetro cefálico, perímetro torácico encontrándose que para los recién nacidos de madres adolescentes la talla promedio fue de 48.6 cm así mismo el del perímetro cefálico promedio para los recién nacidos de madres adolescentes fue 33.95 cm y el perímetro torácico promedio para los recién nacidos de madres adolescentes fue 33.4cm. Cifras promedio comparables no solo a o otros estudios realizados en madres adolescentes sino también en la población general, los que nos indicaría no mostrarse diferencia entre grupos poblacionales tanto por edad como socio-demográficamente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. Bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y prematuridad no son características perinatales frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero a Diciembre del 2015
2. La prevalencia de recién nacidos de madres adolescentes en el periodo comprendido entre Enero – Diciembre 2015 fue de 16.96% que equivale a 490 recién nacidos de madres adolescentes de una total de 2890 recién nacidos más alta prevalencia en comparación con el con la prevalencia nacional que fue del 12.5%
3. La edad promedio de madres adolescentes fue 17.71 años correlacionándose con cifras a nivel nacional donde la edad promedio fue de 17 años el 81.43% de madres adolescentes pertenecían al grupo etario de adolescencia tardía lo que presenta a este grupo etario como el mas frecuente, El 70.41% de la madres adolescentes mantenía una pareja conyugal de las cuales el 68.37% mantenía un estado civil conviviente, semejante a la estadísticos nacionales que mostraron un 68.7% de unión conyugal.
4. Con respecto al control prenatal el promedio de controles prenatales realizados por la madres adolescentes fue de 6.53, el 68.37% realizo un número adecuado de controles prenatales. Así mismo la vía mas frecuente de terminación del parto fue por vía abdominal con una 52.24% El peso promedio de los recién nacidos de madres adolescentes fue 3204,04 kg, perteneciendo el 86.7% al grupo de adecuado peso al nacer El 88.8% de recién nacidos de madres adolescentes fueron a término.

5. Respecto a la adecuación del peso por edad gestacional se concluyo que el 79.4% de los recién nacidos de madres adolescentes eran adecuados

Recomendaciones

1. Se recomienda promover programas de educación sexual a nivel escolar, con el fin de que los jóvenes conozcan su sexualidad y aprendan a manejarla responsablemente antes de la adolescencia.
2. Fomentar el conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes con o sin vida sexual activa; promover consultas de atención ginecológica y de planificación familiar exclusiva para adolescentes.
3. Educar a las jóvenes para que realicen un adecuado control prenatal
4. Insistir en la atención primaria, en el adecuado seguimiento de adolescentes con riesgo potencial de embarazo ya que es en este nivel de atención donde se puede promocionar salud y prevenir afecciones en la madre y el recién nacido con mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández L, Carro E, Oses D. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004; 30(2).
2. Issler J. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001, Página: 11-23. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html. (Fecha de consulta: 20 de octubre del 2015)
3. Islas D, Marmolejo L, Figueroa J. Recién nacidos de madres adolescentes. Rev MexPediatr 2010; 77(4); 152-155
4. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):471-9 .
5. Conde-Agudelo A, Belizán J, Lammers C. Maternal perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005, 192, 342–9.
6. Peláez M. Adolescente embarazada; características y riesgos. Rev Cubana 1997; 23(1): 13-17
7. Casas J, Chumbe O. El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos, adolescencia temprana, tardía y grupo control. Ginecol y ObstetPerú 1998; 44(2): 101-6
8. Davidson N, Felice ME. Adolescent pregnancy. In: Friedman SB, Fisher M, Schonberg SK, eds. Comprehensive Adolescent Health Care. St Louis, MO: Quality Medical Publishing Inc; 1992:1026-40.

9. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995; 332:1113-7.
10. Goldenberg RL, Klerman LV. Adolescent pregnancy— another look. *N Engl J Med* 1995;332:1161-2.
11. Maddaleno M. OPS/OMS Noviembre 2000. Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes.
12. Ojeda G. Revista Colombiana de ginecología. Octubre 2003. Implicancias médicas del embarazo en la adolescencia.
13. Valdés S, Essien J y col. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2003. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones
14. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud pública Méx.* 1997;39(2):137-43
15. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Disponible en: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Preven%C3%B3n%20del%20embarazo%20adolescente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf> (Fecha de consulta: 04 de octubre del 2015)
16. Juan R. Issler, MD. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N 107, Agosto 2001. Embarazo en la Adolescencia.
17. Itati Abrero y col "Resultados perinatales en madres adolescentes" *Revista Argentina de pediatría* 2008;18(7):1-4
18. Maddaleno M. OPS/OMS Noviembre 2000. Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes

19. Doig, J. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno perinatal durante el año 2003. Revista Peruana de Pediatría. Enero – Abril 2006; 6-11
20. Lezcano S et al. Características del recién nacido en madres adolescentes. Rev. de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina UNNE. 2005; 149:6-8.
21. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstet Gynecol 2000; 96(6): 962-966.
22. Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães¹, Paulla Vasconcelos Valente² SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA SOGIA Vol. 16 - Nº 2, Año 2009 - AV - Pág. 37-49 REVISTA DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
23. Vázquez A. Embarazo en la adolescencia, repercusión biosocial durante el primer año de vida. Revista Cubana Pediatría. 1999; 69(2): 82-8.
24. González Hdez A, Alonso U. RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo Glez A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. CM, Publicación Médica. Centro Médico de Mar del Plata. 1999; 12 (2): 84-8.
25. Valdés S, Essien J y col. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2003. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones
26. Carballoso Hernández M. Bajo peso al nacer y tabaquismo. Revista Cubana Medicina General Integral 1999; 25(1):64-9.

27. Sandoval J. Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en Primigestas Adolescentes: Estudio Caso – Control. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2007;53(1):28-34.
28. Yu –Tang J. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995-1997. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM 2000;61(1):46-50.
29. Urquiza Arestegui, Severino Pittman. Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002 – 2003. Tesis Doctoral en Especialidad de Pediatría 2004.
30. Flores y col; “Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con Apgar bajo recuperado”. Revista Mexicana de Pediatría 2012;14(3):113-116.
31. Silvina Analía Soledad Lezcano, María Selva Vallejos Arce. CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES Hospital “J. R. Vidal”. División Maternidad. Sector Obstetricia. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 149 – Septiembre 2005
32. Sánchez M. Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004
33. Barboza D. Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Nacional dos de Mayo, octubre-diciembre 2014 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana

34. Gamarra A. Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2011-2012 Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana
35. GomezInestroza A. HIJO DE MADRE ADOLESCENTE, CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE, PARTO, NEONATO Y DEFINICIÓN DE LAS CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD EN LOS MISMOS entre febrero y septiembre de 1,999, en la unidad Materno Infantil del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras. Revista Medica Post UNAH Vol. 6 No. I Enero-Abril 2001
36. Alfonso Mendoza luis. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.5 Santiago 2012
37. Luengo CX." Definición y características de la adolescencia". "Embarazo en Adolescentes Diagnóstico", 1991. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 1992
38. Sáenz Viviana. "Morbilidad de la madre adolescente". "Revista cubana Obstetricia Ginecología". 2005, vol. 31 n. Cuba.
39. Mendoza Luzmila del Carmen. "Fluorometría Doppler de la Arteria Umbilical Fetal y Morbimortalidad Perinatal-Embarazos de Alto Riesgo". "Hospital Central Antonio María Pineda". Nov 2001.pag 12-18. Venezuela.

40. Sáenz Viviana. "Resultados Perinatales Relacionados con Trastornos Hipertensivos del Embarazo". "Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia". 2012, vol. 38 n 1, pág. 40-42 .Cuba

ANEXOS

ANEXOS 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°.....

Fecha de nacimiento:

Historia Clínica Neonatal No.

Ocupación.....Nivel de instrucción.....

Gesta..... Para.....

1. Edad de la madre:

- a) Adolescencia temprana: 10-13
- b) Adolescencia media: 14-16
- c) Adolescencia tardía: 17-19

2. Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Otras

3. Paridad:

- a) Madre por primera vez
- b) Ya era madre

4. Control prenatal:

- a) Adecuado
- b) Inadecuado
- c) Sin control prenatal

5. Tipo de parto:

- a) Vaginal
- b) Cesárea

6. Edad gestacional:

- a) Pre término
- b) A término
- c) c. Post término

7. Peso al nacer:

- a) Muy bajo peso
- b) Bajo peso
- c) Peso normal
- d) Macrosómico

8. Relación peso / edad gestacional

- a) PEG
- b) AEG
- c) GEG

9. Apgar al 1 minuto.....Apgar a los 5 minutos.....

10. Óbito fetal

- a) SI
- b) No

11. Talla:.....

12. Perímetro cefálico:.....

13. Perímetro torácico:.....

ANEXO 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DENOMINACIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	NATURALEZA	MEDICIÓN	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	DIMENSIÓN
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	TOTAL DE CONTROLES ASISTIDOS	INDEPENDIENTE	CUANTITATIVA	ORDINAL	ADECUADO INADECUADO SIN CPN:	6 A MÁS 1 A 5 0	DIAGNOSTICA
TIPO DE PARTO	VIA DE CULMINACION DEL EMBARAZO	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	INICIO DE TRABAJO DE PARTO	PARTO VAGINAL O CESÁREA	DIAGNOSTICA
ESTADO CIVIL		INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	SOLTERA CONVIVIENTE CASADA	SI/NO SI/NO SI/NO	SOCIAL
APGAR	EXAMEN CLINICO RAPIDO DE ADAPTACION DEL RECIEN NACIDO A VIDA EXTRAUTERINA	DEPENDIENTE	CUALITATIVA	ORDINAL	ESFUERZO RESPIRATORIO FRECUENCIA CARDIACA TONO MUSCULAR REFLEJOS COLOR DE PIEL	APGAR AL 1'Y 5' 0/1/2 0/1/2 0/1/2 0/1/2 0/1/2	CLÍNICA
EDAD GESTACIONAL DEL		INDEPENDIENTE	CUANTITATIVA	RAZON	EVALUACIÓN CLÍNICA POR CAPURRO	MENOR DE 37 37-41	DIAGNOSTICA

RECIÉN NACIDO					PRE TÉRMINO: TÉRMINO POST TÉRMINO:.	MAYOR A 41 SEM	
EDAD		INDEPENDIENTE	CUANTITATIVA	ORDINAL	ADOLESCENCIA TEMPRANA ADOLESCENCIA MEDIA ADOLESCENCIA TARDÍA	10-13 AÑOS 14-16 AÑOS 17-19 AÑOS	BIOLOGICA
PESO AL NACER		DEPENDIENTE	CUANTITATIVA	RAZON	MACROSÓMICO PESO NORMAL BAJO PESO AL NACER MUY BAJO PESO AL NACER	≥4000 GRAMOS 2500 <4000G < 2500 GRAMOS < 1500 GRAMOS	BIOLOGICA
PESO SEGÚN EDAD GESTACION AL		INDEPENDIENTE	CUANTITATIVA	RAZON	PEG AEG GEG	<P10 ≤P10 A P90 ≥P90	BIOLOGICA

