

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS PERINATALES DEL RECIÉN NACIDO DE
EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA EN EL HOSPITAL
AMAZONICO EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2018”**

TESIS

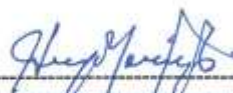
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER
PATRICIA DEL PILAR ZAMBRANO SALAS**

PUCALLPA-PERÚ

2019

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI



Dr. HUGO P. NORIEGA TUESTA
Presidente del Jurado Evaluator



Dr. HUMBERTO O. BOCANEGRA GUARDIA
Miembro del Jurado Evaluator



Dr. OSCAR L. MENDOZA SEVILLA
Miembro del Jurado Evaluator



Dr. LUIS E. RUIZ SOLSOL
Asesor



Bach. PATRICIA DEL PILAR ZAMBRANO SALAS
Tesisista



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Constancia

N° 062

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el PROYECTO DE INVESTIGACION titulado:

"CARACTERISTICAS PERINATALES DEL RECIEN NACIDO DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA EN EL HOSPITAL AMAZONICO EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2018"

Cuyo autor es:

Patricia del Pilar, Zambrano Salas

Asesor: **Dr. Luis Enrique Ruiz Solsol**

Escuela: **Medicina**

Facultad: **Medicina Humana**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **06%**.

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO

DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: **SI** Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que **SI** se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

Fecha: 25/02/2019


Firma: **DRA. DIANA PORTI QUISPE**
Dircc. Genl. Prod. Intel.

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Patricia Del Pilar Zambrano Salas
Autor de la TESIS titulada:
<< CARACTERÍSTICAS PERINATALES DEL RECIÉN
NACIDO DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA
EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO ENERO
A DICIEMBRE DEL 2018 >>

Sustentada el año: 2019
Con la asesoría de: Dr. Luis Enrique Ruiz Solís
En la Facultad de: Medicina Humana
Escuela Profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguientes términos:
Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.
Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.
Tercero: autorizo la publicación,

☒ Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).

☐ Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 26 / 02 / 19

Email: PadelR356@hotmail.com

Firma: 

Teléfono: 938549246

DNI: 47630033

PORTADA

I. DATOS GENERALES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“CARACTERISTICAS PERINATALES DEL RECIÉN NACIDO DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2018 “

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

NEONATOLOGIA

AUTORA:

PATRICIA DEL PILAR ZAMBRANO SALAS

ASESOR:

Dr. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL

INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS:

HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha

INSTITUCIONES QUE FINANCIAN

UNU- TESORO PÚBLICO

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por brindarme salud y vida
para cumplir mis metas.

A mis padres y hermana por brindarme siempre el apoyo
Incondicional y por serlo todo para mí.

A las personas que estuvieron conmigo acompañándome,
Apoyando, guiando y que han sido pieza fundamental en
Todos estos años.

DEDICATORIA

A mis padres, hermana y a las personas que
Nunca dejaron de creer en mí y que han sido
Partícipes para el cumplimiento de esta meta
Con su esfuerzo, apoyo y entrega incondicional.

ÍNDICE

CAPÍTULO I : PROBLEMA	1
1.1- Planteamiento del problema	1
1.2- Formulación del problema	3
1.3- Objetivo general y específico.....	4
1.4- Justificación	5
CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO	7
2.1- Antecedentes	7
2.2- Bases teóricas	10
2.3- Hipótesis.....	18
2.4- Variables de estudio	18
CAPÍTULO III : METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	21
3.1- Ámbito de estudio.....	21
3.2- Tipo de investigación.....	21
3.3- Nivel de investigación.....	21
3.4- Método de investigación.....	21
3.5- Diseño de investigación.....	21
3.6- Población, Muestra, Muestreo	22
3.7- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	22
3.8- Procedimeinto de recolección de Datos	23
3.9- Técnicas de procesamiento y Análisis de Datos	23
CAPÍTULO IV : RESULTADOS	24
4.1- Presentación de Resultados	24
4.2- Discusión.....	48
Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Referencia Bibliográfica	54
Anexos.....	55

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características perinatales del recién nacido de embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazonico durante el periodo de enero a diciembre del 2018

Materiales y Métodos: Se realizará un estudio Cuantitativo, No experimental, Descriptivo, mediante el Método Inductivo, basado en los datos de las Historias Clínicas de las gestantes adolescentes y sus recién nacidos registrados en el SIP del Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Limitaciones: El presente estudio estará circunscrito a la población objeto de estudio, recién nacidos de madres adolescentes, no se podrá realizar comparaciones en este estudio con otro grupo de población como hijos madres adultas o añosas.

Resultados: El promedio aritmético de la edad de las gestantes adolescentes fue 17.4 años. El 56.8% de gestantes adolescentes acudieron a sus controles prenatales en número adecuado, el estado civil más frecuente fue la convivencia con 75.8%, un 79.7% se dedica a ser ama de casa, el 17.6% aún son estudiantes y el 99.1% presentó parto por la vía vaginal. En lo referente a la edad gestacional por Capurro, el 94.3% de recién nacidos fue a término, y sólo el 5.3% nació pretérmino; el 89.9% nació con peso adecuado, 9.3% con bajo peso al nacer y 0.4% con muy bajo peso al nacer. El 79.7% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional y 19.8% pequeños para la edad gestacional, el 92.1% nació sin patologías y el 6.2% nació con sepsis bacteriana.

Conclusiones: Dentro del trabajo de investigación, se concluyó que algunas condiciones que ponen en riesgo la vida del recién nacido de gestantes adolescentes como la prematuridad, depresión al nacer y el muy bajo peso al nacer obtuvieron un porcentaje no significativo.

Palabras clave: embarazo en la adolescencia, características perinatales.

ABSTRACT

Objective: To determine the perinatal characteristics of the newborn of pregnancies in adolescence in the Amazonian Hospital during the period from January to December 2018

Materials and Methods: A Quantitative, Non-experimental, Descriptive study will be carried out by means of the Inductive Method, based on the data of the Clinical Stories of the adolescent pregnant women and their newborns registered in the SIP of the Amazonian Hospital of Yarina cocha.

Limitations: The present study will be limited to the population under study, newborns of adolescent mothers, it will not be possible to make comparisons in this study with another population group as adult or elderly mothers.

Results: The arithmetic average of the age of the adolescent pregnant women was 17.4 years. 56.8% of pregnant adolescents attended their prenatal check-ups in an adequate number, the most frequent marital status was coexistence with 75.8%, 79.7% dedicated to being a housewife, 17.6% are still students and 99.1 % presented vaginal delivery. Regarding gestational age by Capurro, 94.3% of newborns were full-term, and only 5.3% were born preterm; 89.9% were born with adequate weight, 9.3% with low birth weight and 0.4% with very low birth weight. 79.7% of neonates were suitable for gestational age and 19.8% were small for gestational age, 92.1% were born without pathologies and 6.2% were born with bacterial sepsis.

Conclusions: Within the research work, it was concluded that some conditions that put at risk the life of newborns of pregnant adolescents such as prematurity, depression at birth and very low birth weight obtained a non-significant percentage.

Key words: pregnancy in adolescence, perinatal characteristics.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es sin lugar a duda uno de los temas relevantes con los que se lidian en nuestra realidad; la adolescencia es una etapa de desarrollo, de crecimiento donde la adolescente presenta cambios significativos no solo en el aspecto físico, sino también en la parte emocional, sentimental, social; por lo que se considera a esta etapa de gran trascendencia para el ser humano.

Dentro de la coyuntura sexual del ser humano, tenemos el conocimiento que durante la adolescencia se produce un nivel alto de acercamiento a este tema, la iniciación temprana de las relaciones sexuales sin tener información adecuada acerca de los riesgos trae consigo no solo el hecho de poder quedar embarazada, sino también las conductas sexuales de riesgo que pueden permitir la adquisición de enfermedades de transmisión sexual.

El embarazo en la adolescencia implica un número extenso de complicaciones tanto para la madre como para su hijo dentro de los cuales la prematuridad, el bajo peso al nacer y las diversas patologías neonatales que repercuten en la vida del recién nacido.

Es por eso por lo que el presente trabajo da a conocer las características perinatales del recién nacido de madres adolescentes en el Hospital Amazónico, cuyos resultados permitirán conocer más de cerca la realidad del recién nacido de madres adolescente de dicha institución de salud.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública; la importancia de esto radica en que la repercusión del embarazo en las adolescentes empieza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores conforme menor es la edad de la gestante, en especial cuando las condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal, lo que es determinante en el desarrollo psicosocial posterior. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus intentos por contrarrestar el porcentaje del embarazo en la adolescencia y encontrar soluciones a ello; efectuó un estudio en el 2014, donde nos indica cifras alarmantes de alrededor 16 millones de adolescentes cuya edad fluctúa entre los 15 y 19 años que son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo como el Perú. A medida que pasan los años también aumenta los riesgos que el embarazo en la adolescencia trae consigo, un ejemplo de ello es que periódicamente cada año, unos 3 millones de adolescentes que pertenecen a la adolescencia media y tardía, es decir; entre los 15 y 19 años se realizan abortos peligrosos. El recién nacido de la madre adolescente presenta riesgos de mortalidad que los nacidos en edades mayores a 19 años. (2)

Según la encuesta demográfica y de salud familiar, ENDES 2017, elaborada por el INEI, y presentada el 26 de mayo del 2018 en Lima, La fecundidad de adolescentes en los últimos cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,2 puntos porcentuales (de 13,2% a 13,4%). Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,4% estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Al igual que en la Encuesta de 2012, los resultados 2016-2017 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,9% entre las de 15 años hasta el 26,4% en las de 19 años. Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (44,6%). En el otro extremo, con menores porcentajes están las adolescentes con educación superior (6,8%). (3)

El embarazo en la adolescencia nos muestra situaciones complejas, tanto para la madre como para el neonato, y en este momento coyuntural donde el desarrollo de un país como sociedad tiene en la razón de mortalidad materna como uno de sus principales indicadores y siendo la Región Ucayali una zona de grandes carencias e inequidades dentro del sector

salud, se hace realmente necesario conocer las características de estos grupos poblacionales para manejar datos verídicos y objetivos de la realidad local.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA PRINCIPAL:

¿Cuáles son las características perinatales del recién nacido de embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018?

PROBLEMAS SECUNDARIOS

- 1- ¿Cuáles son las medidas antropométricas del recién nacido de embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018?
- 2- ¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétricos de las madres adolescentes del recién nacido en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018?
- 3- ¿Cuál es la clasificación del recién nacido de madres adolescentes con respecto al peso y edad gestacional en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018?
- 4- ¿Cuál es el Apgar del recién nacido de embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

a) OBJETIVO GENERAL

Determinar las características perinatales del recién nacido de embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazónico en el periodo Enero a diciembre del 2018.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Cuantificar las medidas antropométricas del recién nacido de embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018.
- 2- Conocer los antecedentes gineco obstétricos de las madres adolescentes del recién nacido del Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018.
- 3- Establecer la clasificación del recién nacido de madres adolescentes con respecto al peso y edad gestacional en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018.
- 4- Cuantificar el Apgar del recién nacido de embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazónico en el periodo enero a diciembre del 2018.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La adolescencia según la OMS es el período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años. Se divide en tres etapas, con características diferentes, con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo; adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años) (4).

La población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años; de estos últimos, 10% se embarazan, lo que equivale a 10% de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 15 millones de mujeres de 15 a 19 años dan a luz, y representan lo que se conoce como embarazo en la adolescencia. (1)

El embarazo durante la adolescencia es considerado de riesgo al nivel mundial, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto de la concepción, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de las adolescentes. (5)

Según la Organización Mundial de Salud, anualmente aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo provienen de partos de adolescentes en edades medias y tardías. (6)

Según revela ENDES 2015, los porcentajes más altos de adolescentes que han estado embarazadas se encuentran en aéreas rurales, proporción dos veces a mayor al porcentaje en aéreas urbanas. Asimismo, de las seis regiones con mayor porcentaje de embarazos en este grupo de edad, cinco pertenecen a la selva, donde se encuentran los porcentajes más elevados. En regiones como San Martín y Ucayali, más de la quinta parte de estas adolescentes han tendido un segundo embarazo (21.5% y 20.1%, respectivamente); y en Loreto, más de la cuarta parte (23.3%). Las tendencias del embarazo en adolescentes en las últimas décadas no muestran descensos. Ha habido un incremento del embarazo en adolescentes en la costa, en particular en lima metropolitana, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres de 15 a 19 años en el país. Se ha logrado un sostenido crecimiento de la atención institucional del parto por personal calificado, aunque todavía hay inequidades entre los departamentos más pobres. La brecha urbana rural en la atención a cargo de algún profesional ha pasado de ser 5.1 en 1986 a 1.3 en el 2015. (7)

El embarazo en la adolescencia se acompaña generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. (8)

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1- ANTECEDENTES

Dentro de las referencias internacionales encontramos a Vega G. y col. que, en su estudio de casos y controles en el Hospital del Niño y la Mujer de la Secretaría de Salud de Querétaro, México del 1 de septiembre de 2015 al 30 de enero de 2016. revelaron que el promedio de edad fue de 17.38 y de 25.33 años respectivamente. Las variables cuantitativas estadísticamente significativas con una $p < 0.05$, fueron: peso y Apgar al minuto de vida extrauterina; mientras que, en semanas de gestación, talla, Apgar a los 5 minutos y días de hospitalización no hubo diferencia. Las variables cualitativas más frecuentes en las mujeres adolescentes fueron: complicaciones durante el parto (15%), complicaciones del recién nacido (18.3%), y vía de interrupción del embarazo por cesárea (70%); mientras que, en las mujeres embarazadas de 20 a 35 años, fueron más frecuentes las complicaciones durante el embarazo (51.1%). (9)

En otro estudio Velastegui E y col. en su trabajo de investigación Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames un estudio no experimental, cuantitativo de corte transversal y correlacional en el servicio de emergencia del hospital "Juan Carlos Guasti", de la ciudad de Atacames, entre enero y junio del 2016.; determinaron que de las 69 embarazadas adolescentes que presentaron complicaciones perinatales, el 28 % fue por abortos y el 23 % se hospitalizaron por: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infección de vías urinarias, oligoamnios y ruptura prematura de membrana, entre otras. La histerectomía y hemorragia postparto que correspondió al 1 %. En los recién nacidos, el 12 % presentó complicaciones, siendo el 6 % distrés respiratorio. (10)

Por otro lado, Cruz E. en su trabajo de tesis "Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a noviembre 2015", encontró que el grupo etáreo predominante es el de 17 a 19 años con el 83%, la procedencia fue urbana con un 85%, el nivel de secundaria fue con un 58%, y el estado civil se observó cómo acompañadas en un 81%. Con respecto a la talla, la mayoría de recién nacidos tuvo de 41 a 50 centímetros en un 60%. En un 93% tuvo un Apgar de 7/9. Con un peso mayor de 2500 gr en el 85%. En las complicaciones neonatales se encontró el 11% nació con datos prematuridad, la sepsis se observó en un 6% al igual que la asfixia y la Restricción del crecimiento intrauterino. Lo r

elevante es el 75% sin complicaciones. (11)

Asimismo, Mendoza L. y col. en el trabajo de investigación Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal en el 2012, utilizaron un Estudio de cohorte prospectiva, donde los resultados fueron: entre adolescentes hubo mayor número de madres solteras (25,6%), menor escolaridad y seguridad social en salud (25,9%) ($p<0,05$). En adolescentes tempranas hubo trabajo de parto prematuro (10,5%). Entre madres adolescentes el 30,9% de los hijos fueron prematuros, y presentaron más patología cardíaca, infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido, y mayor mortalidad, cuando se compararon con hijos de madres adultas ($p<0,05$). (12)

En México, Ortiz R y col. en su investigación denominada Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, desde el 2008 hasta el 2012 en un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, analizaron variables de la madre y el recién nacido teniendo como resultados del total de embarazadas atendidas en el hospital durante el periodo de estudio; 25,13 % eran adolescentes; la media de edad fue 17,45; 96,81 % estaban dedicadas al hogar; 68,69 % vivían en unión libre con su pareja; 27,3 % tenían estudios de primaria o menos y 97,17 % afiliadas al seguro popular. El 6,60 % no llevó control prenatal; la media del total de consultas fue 5,6; el 26,46 % fueron cesáreas; 0,68 % de los recién nacidos obtuvo un Apgar de 7 o menos; 4,63 % con edad gestacional de 35 semanas o menos; 1,34 % peso muy bajo y 0,54 % alguna malformación congénita. (13)

Del mismo modo se encontró a, Bojanini J. y col. en el trabajo de investigación: Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes durante el 2000 y 2001, el cual se trata de un estudio descriptivo cuyos resultados fueron: Un porcentaje importante de pacientes que no había hecho control prenatal. El 53,6% de las adolescentes y el 50,4% de las adultas presentaron parto pretérmino. El porcentaje de cesáreas fue menor en las adolescentes. El bajo peso al nacer y la prematuridad fueron más frecuentes en las adolescentes. (14)

Por su parte, Conde. E. en su tesis “Complicaciones durante el embarazo en adolescentes y problemas del recién nacido. Hospital San Juan de Lurigancho 2018” presentó los resultados siguientes: Las complicaciones frecuentes que presenta la madre adolescente son la amenaza de aborto, labor de parto pretérmino, placenta previa y anemia, Los problemas frecuentes presentados en los recién nacidos fueron asfixia neonatal, distrés

respiratorio e hipoglicemia, por otra parte, si existe relación entre las complicaciones de la madre adolescente con los problemas del recién nacido. (15)

En la Tesis de Montalván, H. sobre características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Sergio Bernal en el año 2016, se obtuvieron los siguientes resultados: la proporción de madres gestantes adolescentes sobre la población total fue de 15.21%. Se encontró 91.8% neonatos a término, 8.1% pretérmino y 0.1% post término. 85.9 % de los neonatos tuvieron un peso adecuado, 6.0% peso bajo, 2% peso muy bajo y macrosómico 6.2%. 91.4% de estos nacidos lograron ser apropiado para la edad de nacido, 2.4% nacimientos fueron pequeños para la edad y 6.2% nacimientos fueron grandes para la edad. La edad media de las madres adolescentes fue 17.69 años. 62.76% de estas mujeres presentaron control prenatal (CPN) favorables, y el 43.65% finalizó el embarazo por cesárea. (16)

Pérez, J. en su trabajo de Tesis sobre las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes nacidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2016 obtuvo los siguientes resultados: la incidencia de madres adolescentes en el estudio fue de 16,8%. La edad promedio de las madres adolescentes fue de 17,44 años, de ellas el 1,2% pertenecía a la etapa de adolescencia temprana; el 25,4% a la etapa de adolescencia media y el 73,4% a la etapa de adolescencia tardía; además las edades fluctuaron de 11 a 19 años. Se encontró que el 15,5% de recién nacidos fueron pretérminos, 83,9% a término y solo el 0,6% posttérmino. El 2,5% de recién nacidos presentaron muy bajo peso; 16,5% bajo peso; 80,2% peso normal y el 0,8% fue macrosómico. El 17% de recién nacidos fueron pequeños para edad gestacional; 80% adecuados para edad gestacional y 3% grandes para edad gestacional. Con respecto al APGAR predominó la buena adaptación con 94,1% al minuto de vida y el 98,7% a los cinco minutos de vida, mientras los que presentaron depresión severa o moderada fueron 5,9% y 1,3% al minuto y los cinco minutos de vida respectivamente. (17)

Arevalo F y col. en su tesis: factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el hospital II – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016 en un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal nos muestra los siguientes resultados: Como factores de riesgo obstétrico presentan atención prenatal inadecuada 38% y edad gestacional menor de 37 semanas 15.5%. La población de adolescentes presenta como complicaciones maternas perinatales: prematuridad 14.5%; bajo peso al nacer 18%; sepsis severa 0.5% (18)

Navarro, P. en su investigación sobre las características perinatales de los neonatos de madres adolescentes realizada el año 2015 en el Hospital Dos de Mayo encontró los siguientes resultados: 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% pretérmino. 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 (19)

A nivel nacional, en el año 2014, Francisco, D. realizó un trabajo de tesis en el hospital Dos de Mayo sobre las características perinatales de madres adolescentes, obteniendo los siguientes resultados: La prevalencia de madres adolescentes en el 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% pretérmino. 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. 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) (20)

La Rosa A. en el trabajo de investigación Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012, nos indica lo siguiente: Del total (16,601) de nacidos, 62 (0.37%) fueron hijos de madres adolescentes tempranas. Sobre el peso al nacer, la mayoría tuvo un peso adecuado (87.1% y 80.6% respectivamente). Sobre el peso para la edad gestacional, 85.5% y 72.6% fueron adecuados. En edad gestacional, 90.3% de ambos grupos, fueron a término. Parto vaginal se dio 82.3% y 69.4% en cada grupo. 32.3% y 19.4% no tuvieron adecuado control prenatal. Ictericia no presentó en 95.2% y 96.8% respectivamente. Sepsis en 93.5% y 96.8%. No Complicación respiratoria en 96.8% en ambos grupos. Complicaciones mecánicas 90.3% y 95.2%. (21)

2.2- BASES TEÓRICAS

El embarazo precoz en adolescentes es una preocupación a nivel mundial, sobre todo para las naciones en desarrollo. Los registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que cerca de 16 millones de adolescentes (entre 15-19 años) y 1 millón de preadolescentes (menores de 15 años) dan a luz anualmente, de manera primordial en países con ingresos medios o bajos (22). En América Latina 108 de cada mil jóvenes de 15 a 19 años ha tenido un hijo (23).

ADOLESCENCIA

El inicio de la adolescencia se define biológicamente con el comienzo de la pubertad, la cual, se inicia en momentos distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. Por otro lado, el término de la adolescencia también es variable de un individuo a otro y está determinada principalmente por factores sociales como es la adquisición de la independencia económica y el asumir las funciones reconocidas como propias de mundo del adulto (24). Es por esto que se está observando una prolongación en la finalización de esta etapa hacia edades mayores, de aquí que se ha planteado la utilización del término JUVENTUD. El concepto de juventud es de carácter sociológico y correspondería a la edad en que la persona se incorpora plenamente a la sociedad asumiendo los derechos y responsabilidades del adulto. (24)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone incorporar los siguientes términos (24):

- JOVEN: persona que se encuentra entre los 15 y 24 años.
- GENTE JOVEN: grupo de personas comprendido entre los 10 y 24 años.
- ADOLESCENTE: persona entre los 10 y 19 años

El primer psicólogo en formular una teoría de la adolescencia fue G. Stanley Hall quien planteaba que los cambios físicos más importantes de esta etapa, causan cambios psicológicos importantes. Los esfuerzos de los jóvenes para adaptarse a su cuerpo en proceso de cambio llevan a un periodo de tormenta y estrés, el cual es inevitable y del que emergerán moralmente más fuertes. (25)

Es trascendental poder tomar ciertos puntos de las singularidades de cada categoría de la adolescencia y tratar en la medida posible de perseverar en el conocimiento de estas cualidades que permitirán mejoras en la ayuda hacia la adolescente. (26)

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años):

Caracterizada por el rápido crecimiento somático y aparición de los caracteres sexuales secundarios. Se inician los criterios de emancipación y valoran su intimidad, todo esto sin crear conflictos familiares ni sociales, volviéndose egoístas. (27)

2. – Adolescencia media (14 a 16 años):

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta. El interés en las ideas idealistas los hace vulnerables a los comportamientos y conductas de riesgo que pueden perjudicar su vida adulta. (27)

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años):

Termina el crecimiento lineal y psicológicamente son capaces de comprender las consecuencias de sus actos. Crece la idea de amistad, familia y matrimonio. (27)

El embarazo adolescente o embarazo precoz

Según la OMS se define embarazo en la adolescencia como aquel que se produce entre los 10 y 19 años, independientemente del grado de madurez biológico o psicológico y/o independencia del adolescente en relación con su núcleo familiar de origen. (5)

El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados. (28)

➤ Factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia

Factores individuales: (5)

- Impulsividad
- Omnipotencia
- Abandono escolar
- Dificultad para planear proyectos de vida
- Baja autoestima
- Falta de actitud preventiva
- Menarquia precoz
- Abuso de sustancias
- Bajo nivel educativo

Factores familiares: (5)

- Familias disfuncionales
- Pérdida de un ser querido
- Enfermedad crónica de algún familiar
- Madre o hermana con embarazo en la adolescencia
- Madres o padres indiferentes

Factores sociales: (5)

- Migración
- Pobreza
- Marginación social
- Violencia

➤ **complicaciones y consecuencias del embarazo en la adolescencia**

El embarazo en la adolescencia, principalmente, en menores de 15 años, se puede asociar a complicaciones durante la gestación, parto y puerperio. Los aspectos biológicos (inmadurez ginecológica y anatómica de la pelvis, entre otros), psicológicos y socioculturales en la adolescente embarazada, repercuten en su resultado perinatal, con sus correspondientes consecuencias para la salud pública y de costos, tanto para la madre como para la familia y la sociedad. (29)

Los riesgos para resultados adversos entre las adolescentes embarazadas son mayores en comparación con las mujeres de más edad, incluyendo desnutrición, tabaquismo, abuso de sustancias, anemia, malaria, VIH/SIDA e ITS. (29)

La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años. Otro aspecto importante es la fecundidad adolescente la cual es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas. (30)

Los riesgos médicos asociados al embarazo en madres adolescentes determinan una elevación de la morbilidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años. Las patologías maternas, perinatales y de recién nacidos son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia, menores de 15 años. Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las

adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento. (31)

- ✓ Consecuencias biológicas: dentro de las cuales el aborto es una de las principales opciones de salida de la adolescente lo que la conlleva a realizarse estas prácticas ilegalmente y Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras. (32)
- ✓ Consecuencias psicosociales: la inmadurez de la edad no le permite aceptar la realidad. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente a los procedimientos invasivos y el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. (32)

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

❖ APGAR:

Es una escala de valores utilizado por el personal de salud encargado del recién nacido para establecer el nivel de adaptabilidad en el que se encuentra con el medio ambiente y la capacidad que tiene para su recuperación. Se realiza inmediatamente al nacer y consiste en hacer el examen físico rápido al 1° minuto de vida y al 5° para evaluar parámetros que miden la vitalidad del recién nacido y si necesita o no maniobras de reanimación en los primeros minutos de nacer siendo utilizado internacionalmente. A cada una de las categorías se le da una puntuación del 0 al 2 sumando un total de 10 puntos. (33)

❖ ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

Son condiciones de tipo hereditaria, biológica o adquirida que va a presentar una mujer a lo largo de su vida reproductiva, y que puede conllevar a una patología; los cuales nos permitirá comprender y valorar hechos posteriores

- ✓ Edad de la primera menstruación: se registrará con exactitud la edad en
- ✓ que se produjo y cuáles fueron las características de las primeras reglas. (34)
- ✓ Régimen catamenial: se expresa mediante una fracción en cuyo numerador

- ✓ se anota la duración (en días) y en el denominador el lapso (en días) que transcurre entre dos menstruaciones. Así, una mujer que tiene menstruaciones de 4 días de duración cada 28 días se anotara: RC= 4/28. (34)
- ✓ Fecha de ultima regla (FUR), y si esta fue normal o no. (34)

❖ **SEPSIS BACTERIANA NEONATAL:**

El término sepsis neonatal describe un síndrome clínico caracterizado por cualquier infección bacteriana sistémica comprobada mediante hemocultivo o cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivo y que ocurre en el primer mes de vida. (35)
Se define como sepsis neonatal temprana (SNT) cuando se presenta en los primeros siete días de vida. Por lo general, es adquirida de la madre de manera vertical, es decir, antes y durante el parto. En los neonatos con peso < 1500 g, esta definición se limita a aquellas infecciones que se presentan en las primeras 72 horas de vida, pues refleja más una exposición nosocomial que perinatal. (35)

❖ **ICTERICIA NEONATAL:**

La hiperbilirrubinemia neonatal se define como la coloración amarillenta de la piel y mucosas que refleja un desequilibrio temporal entre la producción y la eliminación de bilirrubina. La bilirrubina es visible con niveles séricos superiores a 4-5 mg/dL.(36)

❖ **HIPOGLICEMIA NEONATAL:**

Se ha definido la Hipoglicemia Neonatal como concentraciones de glucosa menor de 40 mg/dl en las primeras 72 horas y menor de 45 mg/dl (2,5 mmol/L) después de 72 horas en RNT-RNPT. Algunos consideran que para todos los grupos de edad el límite inferior aceptable es de 47 mg/dl (2,6 mmol/L). Es decir, una Glicemia < 2,6 mmol/l (47 mg/dl) en neonatos a término o pretérmino, al menos en dos mediciones consecutivas. (37)

❖ **METODO DE CAPURRO:**

Este método empleado para evaluar la edad gestacional del recién nacido; fue obtenido mediante un estudio protocolizado y prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz. En 1978 Capurro y col. crearon un puntaje basado en Farr-Dubowitz, pero en el utilizó solo las variables que, según estudios de regresión múltiple, tenían mejor correlación con la edad de gestación. (38)
El método de Capurro considera cuatro variables somáticas y dos neurológicas.(38)

- Somáticos: tamaño de la glándula mamaria, forma del pabellón auricular, piel y surcos plantares. (38)
 - Neurológicos: signo de la bufanda y caída de la cabeza. (38)
- Después de que cada parámetro haya tenido su valoración se realiza la sumatoria total a lo que se le suma el valor de 200 y se divide para 7, obteniéndose así la estimación de la edad gestacional en semanas. (38)

❖ **CONTROL PRENATAL**

Definimos al control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, acompañamiento prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal o atención prenatal) como el conjunto de todas aquellas actividades asistenciales y preventivo promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño. se clasifica en: controles prenatales adecuados (mayor de 6 controles prenatales), controles no adecuado (menor de 6 controles prenatales). (39)

❖ **PERINATAL:**

Período perinatal El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del parto. (40)

❖ **PREMATURIDAD:**

El prematuro es definido como el recién nacido cuya edad gestacional (EG) es inferior a 37 semanas (pretérmino) y de peso inferior a 2500 g. (41)

En función de la EG se puede clasificar el prematuro en: prematuro moderado, que tiene una EG entre 36–31 semanas; prematuro extremo, con una EG entre 30–28 semanas y prematuro muy extremo, que nace antes de las 28 semanas. El peso del prematuro moderado, extremo y muy extremo suele ser inferior a 2500 g, 1500 g y 1000 g, respectivamente. (41)

❖ **SECUELAS PSICOSOCIALES:**

Son las consecuencias o resultados generalmente de carácter negativo que Proviene de un hecho determinado que a la larga traerán como resultado trastornos de la personalidad en la vida adulta y, con ello, impactos negativos en el ámbito social, tales como malas relaciones interpersonales, incluso con miembros de la propia familia, problemas laborales, desamor al trabajo, presencia de hábitos tóxicos e incurrimento de actos delictivos, por citar algunos de los ejemplos más

frecuentes. (42)

❖ **ADOLESCENCIA:**

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (43)

❖ **FACTOR DE RIESGO:**

es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud. Los factores de riesgo están localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente, pero cuando se interrelacionan aumentan sus efectos aislados; la pobreza, al analfabetismo, la desnutrición y las enfermedades intercurrentes inciden en el bajo peso al nacer. (44)

2.3- HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL:

Al ser un estudio de tipo descriptivo no presenta hipótesis

2.4- VARIABLES DE ESTUDIO

Independiente: embarazo en la adolescencia

Dependiente: características perinatales del recién nacido

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO
Embarazo en la adolescencia	se produce entre los 10 y 19 años, independientemente del grado de madurez biológico o psicológico y/o independencia del adolescente	gestación que se da entre los 10 y 19 años	cualitativa	si no	edad entre 1º y 19 años	ficha de recolección de datos
Características perinatales del recién nacido	conjunto de cualidades que van desde la semana 28 de gestación hasta 7mo día de vida neonatal	medidas antropométricas antecedentes gineco obstétricos peso del recién nacido de acuerdo con su edad gestacional	cualitativa	Antecedentes G/O Edad gestacional por Capurro Clasificación del R.N, de acuerdo con peso/EG	Estado civil Ocupacion CPN Tipo de parto Pretermino A termino Post termino AEG PEG	ficha de recolección de datos

					GEG	
				Apgar	Al minuto A los 5 minutos	
				Medidas antropométricas	Peso del RN Talla del RN P.C del RN	
				sexo	Masculino Femenino	
				Patología del recién nacido	Sepsis bacteriana Hipoglicemia Ictericia Sífilis congénita Labio leporino	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1- ÁMBITO DE ESTUDIO

El universo estuvo dado por 553 de recién nacidos de gestantes adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Amazonico de Yarinacocha.

La población objeto de estudio estuvo dada por un grupo de neonatos seleccionados aleatoriamente del servicio de neonatología en el Hospital Amazonico de Yarinacocha.

3.2- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

3.3- NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva

3.4- MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Inductivo

3.5- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, retrospectivo y transversal

3.6- POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

Población:

La población estará representada por 553 neonatos productos de gestantes adolescentes del Hospital Amazónico durante el periodo de enero a diciembre del 2018.

Muestra, Muestreo:

Utilizando la fórmula estadística de muestra para poblaciones finitas se obtuvo 227 neonatos, los cuáles serán seleccionados de la población mediante el muestreo probabilístico sistemático

$$n_{\text{opt.}} = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N - 1) \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

3.7- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicará una ficha de recolección de datos estructurado en partes:

1ra parte: antecedentes gineco obstétricos

2da parte: medidas antropométricas

3ra parte: clasificación del recién nacido de acuerdo con la edad gestacional y peso

4ta parte: Apgar

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se seleccionarán los datos requeridos de la madre y el neonato a partir del Sistema de Información Perinatal SIP 2000 del área de Neonatología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, tales como; antecedentes gineco-obstétricos, medidas antropométricas, clasificación del recién nacido, Apgar, sexo, patologías del neonato y edad gestacional por Capurro.

3.9-TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará el programa estadístico SPSS versión 22.0; se desarrollará estadísticos descriptivos como medidas de tendencia central, y los datos encontrados se presentarán en tablas y gráficos de frecuencia y contingencia.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

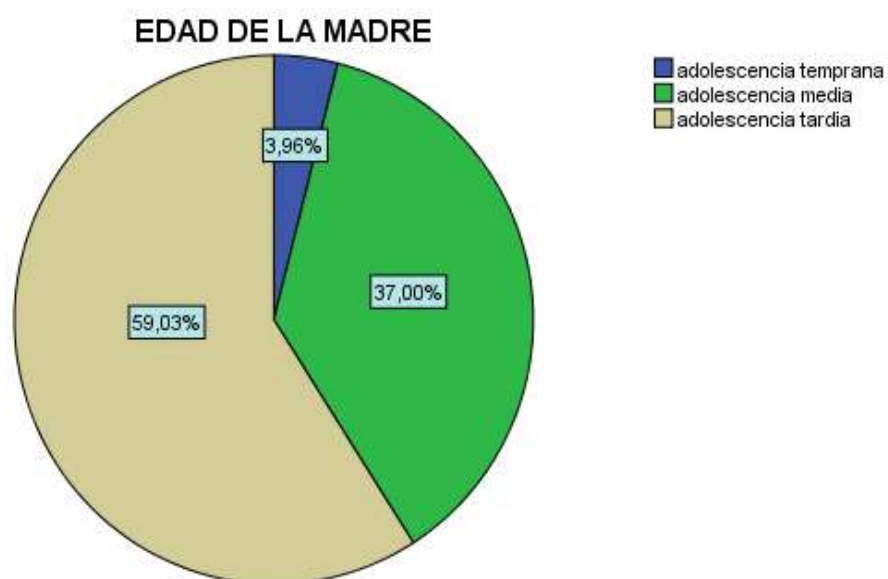
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N°01. Gestantes adolescentes de acuerdo con la categoría de edad en el Servicio de Neonatología del HAY, enero-diciembre, 2018.

Fuente: Base de datos SIP 2000

EDAD DE LA MADRE				
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
adolescencia temprana	9	4,0	4,0	4,0
adolescencia media	84	37,0	37,0	41,0
adolescencia tardía	134	59,0	59,0	100,0
total	227	100,0	100,0	

GRAFICO N°01. Gestantes adolescentes de acuerdo con la categoría de edad en el Servicio de Neonatología del HAY, enero-diciembre, 2018.



Fuente: Base de datos SIP 2000

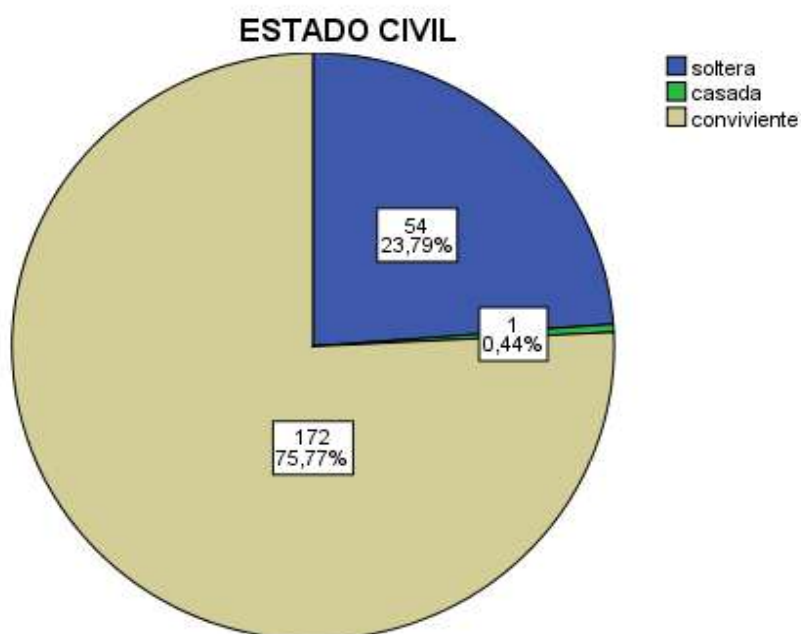
La tabla y el gráfico muestran que el mayor porcentaje (59%) de las gestantes se encuentran comprendidas en la adolescencia tardía, es decir entre las edades de 17 a 19 años, encontrando el menor porcentaje (4%) dentro de la adolescencia temprana (10 a 13 años).

TABLA N°02. Gestantes adolescentes de acuerdo con el estado civil en el Servicio de Neonatología del HAY, enero-diciembre, 2018.

ESTADO CIVIL				
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
soltera	54	23,8	23,8	23,8
casada	1	,4	,4	24,2
conviviente	172	75,8	75,8	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO N°02. Gestantes adolescentes de acuerdo con el estado civil en el Servicio de Neonatología del HAY, enero-diciembre, 2018.



Fuente: Base de datos SIP 2000

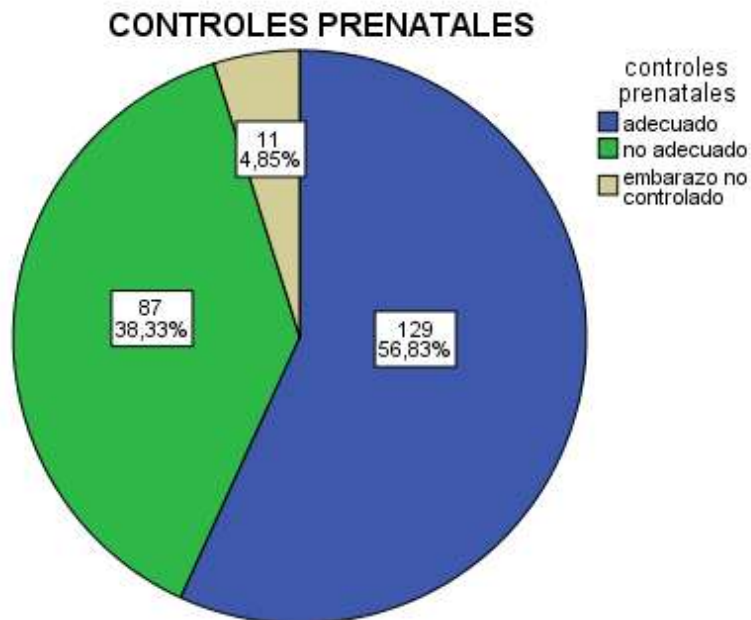
En la presente tabla, el 75.8% de las gestantes adolescentes presentan convivencia y un porcentaje ínfimo (0.4%) están casadas.

TABLA N°03 Gestantes adolescentes de acuerdo con el control prenatal en el servicio de neonatología del HAY, enero-diciembre, 2018.

CONTROLES PRENATALES				
	frecuencia	porcentaje	porcentaje válido	porcentaje acumulado
Adecuado	129	56,8	56,8	56,8
no adecuado	87	38,3	38,3	95,2
embarazo no controlado	11	4,8	4,8	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO N°03. Gestantes adolescentes de acuerdo con el control prenatal en el servicio de neonatología del HAY, enero-diciembre, 2018.



Fuente :Base de datos SIP 2000

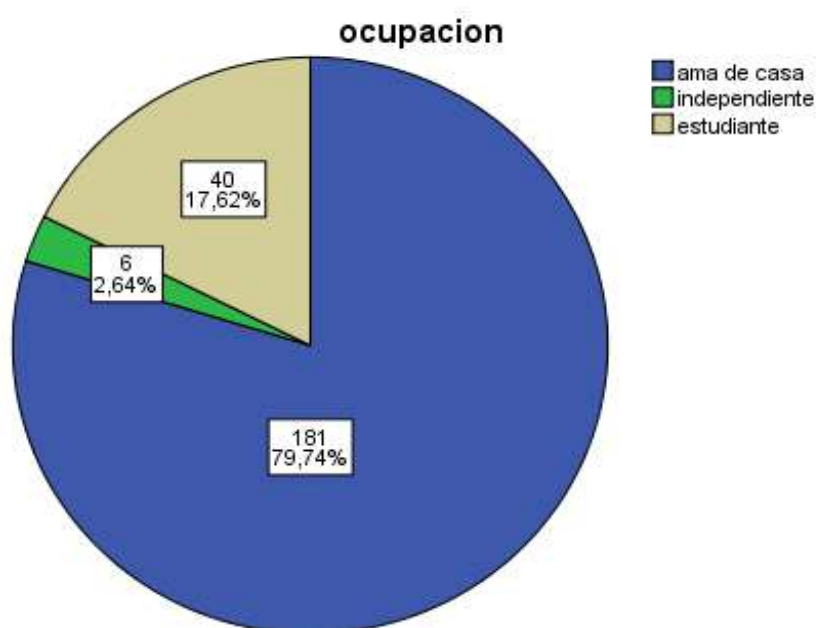
En la presente tabla el 56.83% presentaron un adecuado control prenatal contrastando con el 4.8% que no realizaron controles prenatales.

Fuente: Base de datos SIP 2000

TABLA N°04. Gestantes adolescentes de acuerdo con la ocupación en el servicio de neonatología del HAY, enero-diciembre, 2018

OCUPACIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ama de casa	181	79,7	79,7	79,7
independiente	6	2,6	2,6	82,4
estudiante	40	17,6	17,6	100,0
Total	227	100,0	100,0	

GRAFICO N°04. Gestantes adolescentes de acuerdo con la ocupación en el servicio de neonatología del HAY, enero-diciembre, 2018



Fuente: Base de datos SIP 2000

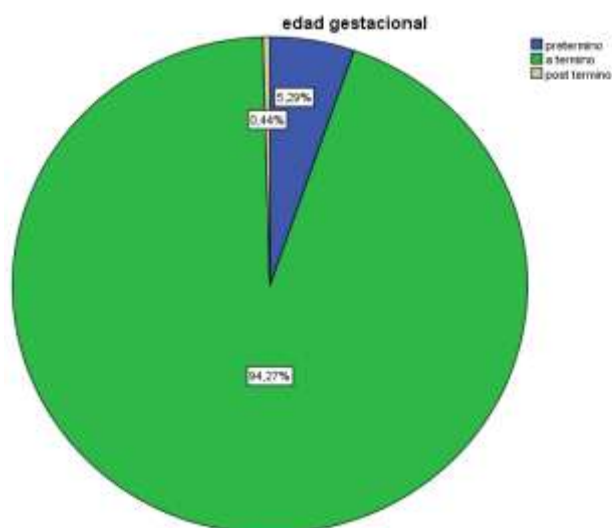
Se observa que el 79,7 % de madres son amas de casa, el 17.6 % estudiantes y el 2,6 % independiente.

TABLA N° 05. Edad gestacional de neonatos nacidos en el HAY. enero-diciembre 2018

edad gestacional				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pretérmino	12	5,3	5,3	5,3
a término	214	94,3	94,3	99,6
post término	1	,4	,4	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO N° 05. Edad gestacional de neonatos nacidos en el HAY. enero-diciembre 2018



Fuente: Base de datos SIP 2000

Dentro de lo mostrado se encontró que el 94.27 % de recién nacidos fueron a término, 5.3.2% pretérmino y 0.4 % post término.

TABLA N° 06. Tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el HAY. enero-diciembre 2018

TIPO DE PARTO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V Vaginal	225	99,1	99,1	99,1
á Cesárea	2	,9	,9	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO N° 06. Tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el HAY. enero-diciembre 2018



Fuente: Base de datos SIP 2000

La tabla muestra que el 99.1% de los neonatos nacieron por parto vaginal y por cesárea solamente el 0.9%.

TABLA N° 07. Peso para la edad gestacional del recién nacido de gestantes adolescentes en el, HAY, enero-diciembre 2018

RELACION PESO/EDAD GESTACIONAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PEG	45	19,8	19,8	19,8
AEG	181	79,7	79,7	99,6
GEG	1	,4	,4	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRÁFICO N° 07. Peso para la edad gestacional del recién nacido de gestantes adolescentes en el, HAY, enero-diciembre 2018



Fuente: Base de datos SIP 2000

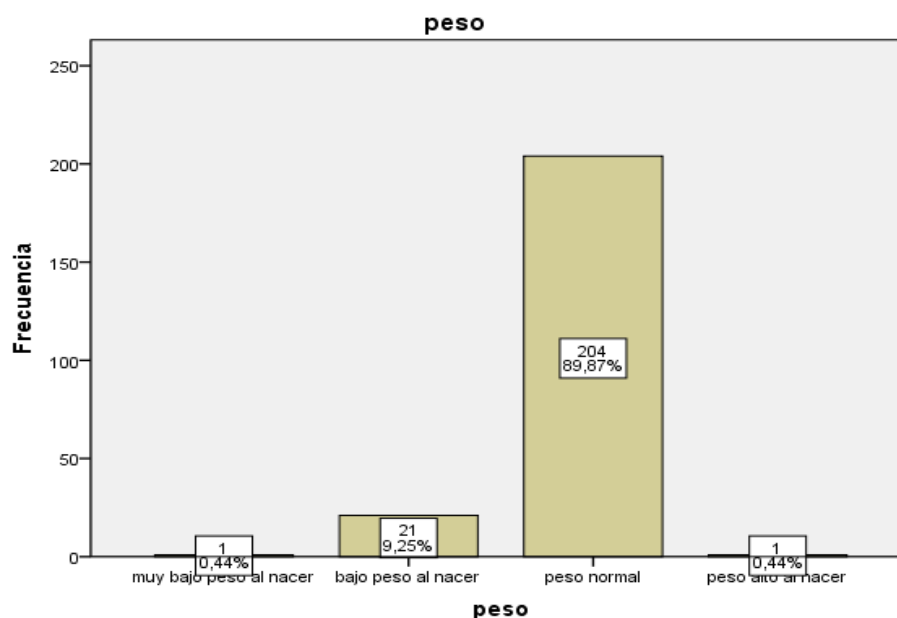
Los datos obtenidos muestran que el 79.8% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional (AEG), 18.8% fueron pequeños para la edad gestacional (PEG), y 1 caso de GEG, que corresponde al 0,4%.

TABLA N° 08. Peso del recién nacido de gestantes adolescentes el, HAY, enero-diciembre 2018

PESO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
muy bajo peso al nacer	1	,4	,4	,4
bajo peso al nacer	21	9,3	9,3	9,7
peso normal	204	89,9	89,9	99,6
peso alto al nacer	1	,4	,4	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO N° 08. Peso del recién nacido de gestantes adolescentes el, HAY, enero-diciembre 2018



Fuente: Base de datos SIP 2000

De la siguiente tabla y grafico se obtiene que el 89.9% presentó peso normal al nacer, el 9.3% nació con bajo peso y el 0.4% con macrosomía fetal.

TABLA N° 09. Peso del recién nacido de gestantes adolescentes el, HAY, enero-diciembre 2018

N	
Media	3013,44
Mínimo	1440
Máximo	4020

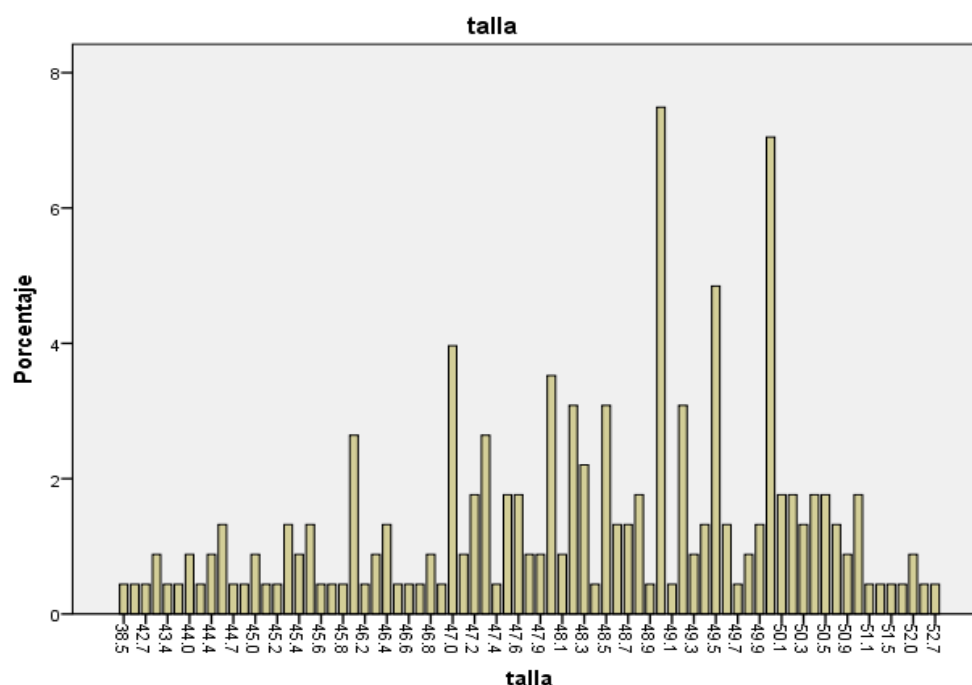
Fuente: Base de datos SIP 2000

TABLA N° 10. Talla del recién nacido de las gestantes adolescentes en el HAY, enero a diciembre 2018

TALLA		
N	Válido	227
	Perdidos	0
Media		48,189
Mínimo		38,5
Máximo		52,7

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO N° 09 Talla del recién nacido de las gestantes adolescentes en el HAY, enero a diciembre 2018



Fuente: Base de datos SIP 2000

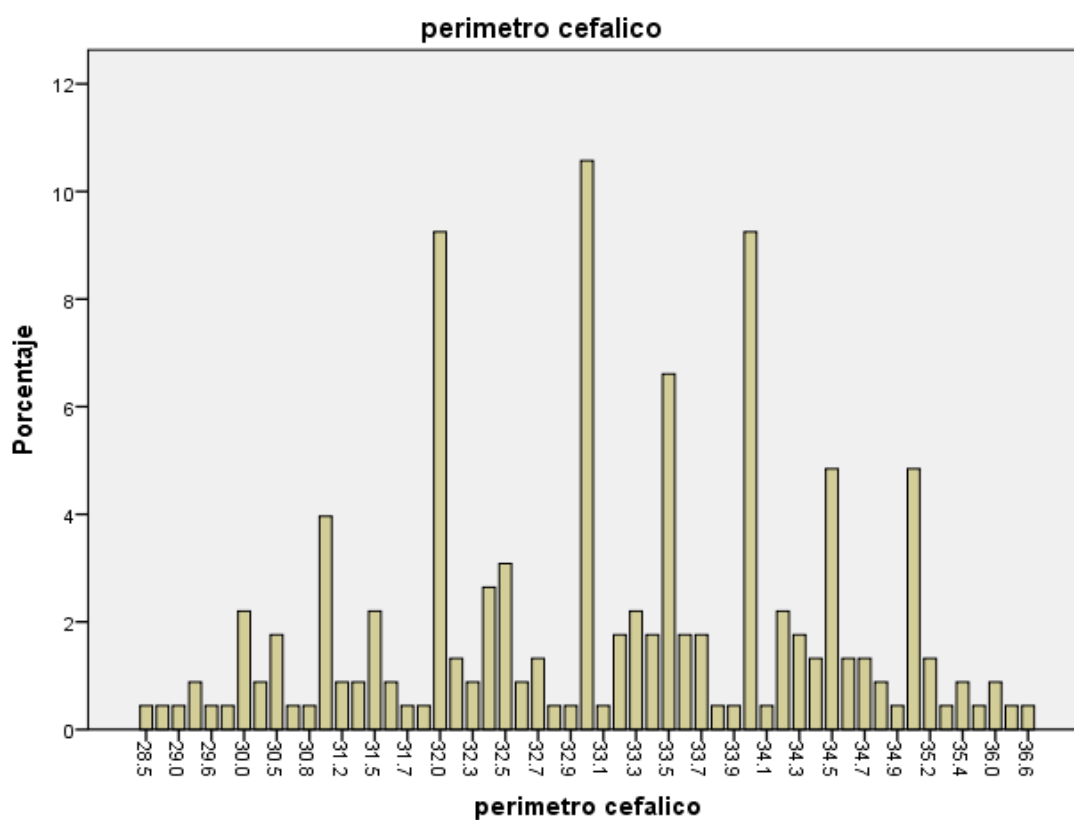
Se encontró que la media aritmética de la talla de los recién nacidos fue de 48,1 cm

TABLA N° 11. Perímetro cefálico del recién nacido de las gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018.

PERIMETRO CEFALICO		
N	Válido	227
	Perdidos	0
Media		33,024
Mínimo		28,5
Máximo		36,6

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRÁFICO N° 10. Perímetro cefálico del recién nacido de las gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018



Fuente: Base de datos SIP 2000

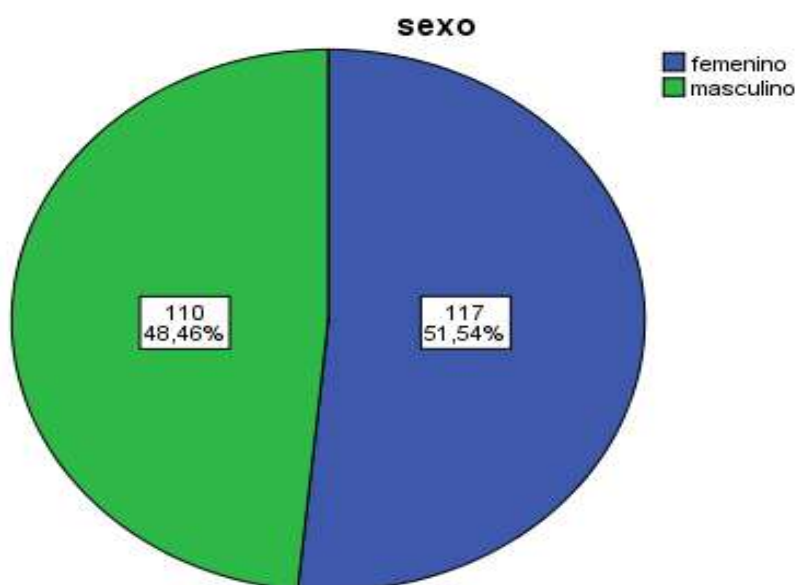
Se encontró que el promedio fue de 33cm.

TABLA N° 12. Sexo del recién nacido de las gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018.

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	femenino	117	51,5	51,5	51,5
	masculino	110	48,5	48,5	100,0
	Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO N° 11. Sexo del recién nacido de las gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018.



Fuente: Base de datos SIP 2000

Se encontró en lo referente al sexo del recién nacido de gestantes adolescentes, el sexo femenino predominó en un 51,5% y el sexo masculino se encontró en un 48,5%.

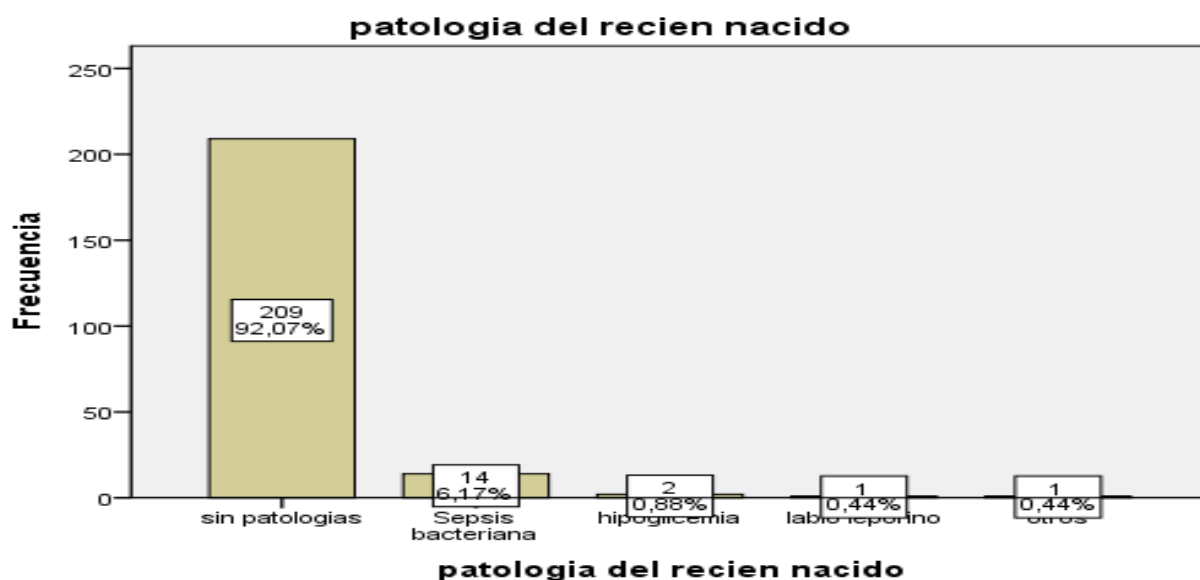
TABLA N° 13. Patologías del recién nacido de gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018.

PATOLOGIA DEL RECIEN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sin patologías	209	92,1	92,1	92,1
Sepsis bacteriana	14	6,2	6,2	98,2
hipoglicemia	2	,9	,9	99,1
labio leporino	1	,4	,4	99,6
otros	1	,4	,4	100,0
Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO. N° 12. Patologías del recién nacido de gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018



Fuente: Base de datos SIP 2000

Se encontró que el 92% del recién nacido no tuvo patologías; el 6% tuvo sepsis bacteriana; el 0,8% tuvo hipoglicemia; presentándose 1 caso de labio leporino (0,44%).

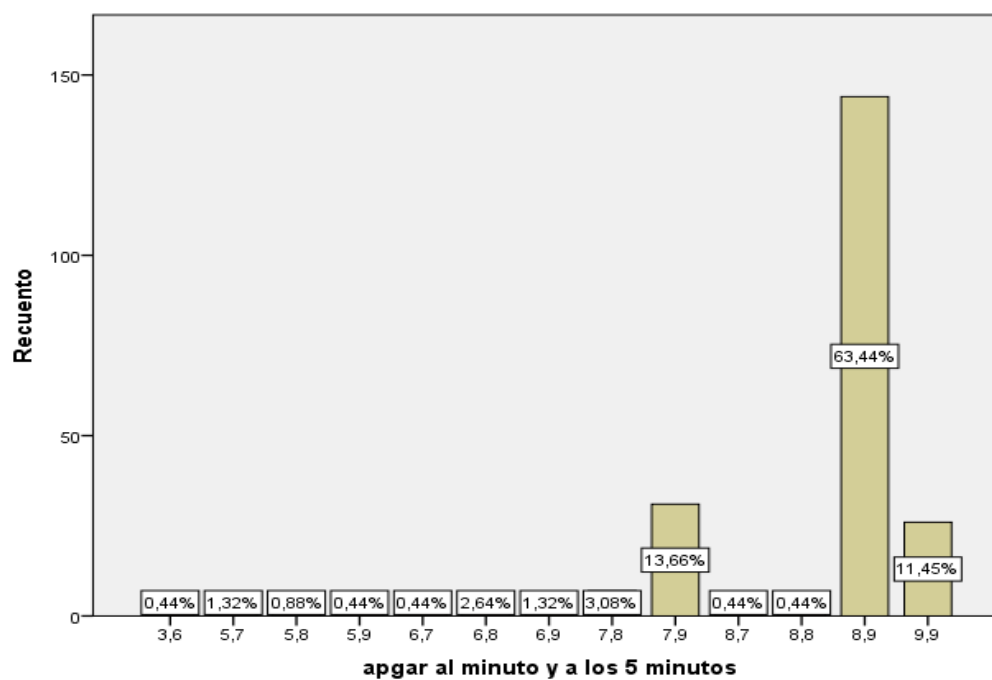
TABLA N° 14. Apgar del recién nacido de gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018.

APGAR AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3,6	1	,4	,4	,4
	5,7	3	1,3	1,3	1,8
	5,8	2	,9	,9	2,6
	5,9	1	,4	,4	3,1
	6,7	1	,4	,4	3,5
	6,8	6	2,6	2,6	6,2
	6,9	3	1,3	1,3	7,5
	7,8	7	3,1	3,1	10,6
	7,9	31	13,7	13,7	24,2
	8,7	1	,4	,4	24,7
	8,8	1	,4	,4	25,1
	8,9	144	63,4	63,4	88,5
	9,9	26	11,5	11,5	100,0
	Total	227	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SIP 2000

GRAFICO N° 13. Apgar del recién nacido de gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018.



Fuente: Base de datos SIP 2000

Dentro de las características del Apgar se encontro que con mayor frecuencia el puntaje de 8,9 (63,4%), seguido de 7,9 (13,6%) y 9,9(11,5%). El puntaje más alto fue de 9,9 y el más bajo fue de 3,6.

TABLA N° 15. Apgar del recién nacido de gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018

APGAR AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS		
N	Válido	227
	Perdidos	0
Media		8,645
Mínimo		3,6
Máximo		9,9

Fuente: Base de datos SIP 2000

TABLA. N° 16. Edad y Ocupación en las gestantes adolescentes en el HAY, enero-diciembre 2018

	CONTROLES PRENATALES			TOTAL
	ADECUADO	NO ADECUADO	EMBARAZO NO CONTROLADO	
ADOLESCENCIA TEMPRANA	5 3,9%	3 3,4%	1 9,1%	9 4,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	49 38,0%	32 36,8%	3 27,3%	84 37,0%
ADOLESCENCIA TARDIA	75 58,1%	52 59,8%	7 63,6%	134 59,0%
TOTAL	129 100,0%	87 100,0%	11 100,0%	227 100,0%

Fuente: Base de datos SIP 2000

Se encontró que el porcentaje más alto de amas de casa corresponde a la adolescencia tardía (62%); mayor porcentaje de estudiantes corresponde a la adolescencia media (50%)

TABLA N° 17. Edad en años y edad gestacional en el HAY, enero-diciembre 2018

EDAD DE LA MADRE*EDAD GESTACIONAL TABULACIÓN CRUZADA

		EDAD GESTACIONAL		
		PRETERMINO	A TERMINO	POST TERMINO
EDAD DE LA MADRE	ADOLESCENCIA TEMPRANA	1 8,3%	8 3,7%	0 0,0%
	ADOLESCENCIA MEDIA	1 8,3%	82 38,3%	1 100,0%
	ADOLESCENCIA TARDIA	10 83,3%	124 57,9%	0 0,0%
TOTAL		12 100,0%	214 100,0%	1 100,0%

Fuente: Base de datos SIP 2000

Dentro de la edad gestacional, la edad gestacional a término se encontró: adolescencia tardía (57,9%), adolescencia media (38,3%), adolescencia temprana (3,7%).

Se encontró un 8.3% de edad gestacional pretermino tanto en la adolescencia temprana como en la adolescencia media

TABLA N° 18. Edad de la gestante y la relación peso/edad gestacional en el HAY, enero-diciembre 2018

EDAD DE LA MADRE*RELACION PESO/EDAD GESTACIONAL TABULACIÓN CRUZADA

		RELACION PESO/EDAD GESTACIONAL		
		PEG	AEG	GEG
EDAD DE LA MADRE	ADOLESCENCIA TEMPRANA	5 11,1%	4 2,2%	0 0,0%
	ADOLESCENCIA MEDIA	20 44,4%	64 35,4%	0 0,0%
	ADOLESCENCIA TARDIA	20 44,4%	113 62,4%	1 100,0%
TOTAL		45 100,0%	181 100,0%	1 100,0%

Fuente: Base de datos SIP 2000

En cuanto a la relación peso/edad gestacional, el AEG predominó en la adolescencia tardía (62,4%) y adolescencia media (35,4%). y PEG los porcentajes se igualaron en la adolescencia tardía (44,4%) y adolescencia media (44,4%).

TABLA N° 19. Edad de la madre y el peso del recién nacido en el HAY, enero-diciembre 2018

EDAD DE LA MADRE*PESO TABULACIÓN CRUZADA

	PESO			
	MUY BAJO PESO AL NACER	BAJO PESO AL NACER	PESO NORMAL	PESO ALTO AL NACER
ADOLESCENCIA TEMPRANA	0 0,0%	2 9,5%	7 3,4%	0 0,0%
ADOLESCENCIA MEDIA	0 0,0%	5 23,8%	79 38,7%	0 0,0%
ADOLESCENCIA TARDÍA	1 100,0%	14 66,7%	118 57,8%	1 100,0%
TOTAL	1 100,0%	21 100,0%	204 100,0%	1 100,0%

Fuente: Base de datos SIP 2000

En lo que respecta a la edad de la madre y el peso predominó el peso normal en las tres edades adolescencia tardía (57,8%), adolescencia media (38,7%), adolescencia temprana (3,4%) y en segundo lugar se encontró al bajo peso al nacer; adolescencia tardía (66,7%), adolescencia media (23,8%), adolescencia temprana (9,5%).

TABLA N° 20. Edad de la madre y patologías del recién nacido en el HAY, enero-diciembre 2018

EDAD DE LA MADRE*PATOLOGIA DEL RECIÉN NACIDO TABULACIÓN CRUZADA

	PATOLOGIA DEL RECIEN NACIDO				
	sin patologías	Sepsis bacteriana	hipoglicemia	labio leporino	otros
adolescencia temprana	7 3,3%	2 14,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
adolescencia media	77 36,8%	3 21,4%	2 100,0%	1 100,0%	1 100,0%
adolescencia tardía	125 59,8%	9 64,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Total	209 100,0%	14 100,0%	2 100,0%	1 100,0%	1 100,0%

Fuente: Base de datos SIP 2000

En lo que respecta a la patología del recién nacido predominó “sin patologías” en las tres edades, adolescencia tardía (59,8%), adolescencia media (36,8%), adolescencia temprana (3,3%); el mayor porcentaje de sepsis bacteriana se encontró en la adolescencia tardía (64,3%) y el mayor porcentaje de hipoglicemia se encontró en la adolescencia media (100%).

TABLA N°21. Controles prenatales de acuerdo con la edad gestacional en el HAY, enero-diciembre 2018

CONTROLES PRENATALES*EDAD GESTACIONAL TABULACIÓN CRUZADA

		EDAD GESTACIONAL		
		PRETERMINO	A TERMINO	POST TERMINO
CONTROLES PRENATALES	ADECUADO	1 8,3%	127 59,3%	1 100,0%
	NO ADECUADO	9 75,0%	78 36,4%	0 0,0%
	EMBARAZO NO CONTROLADO	2 16,7%	9 4,2%	0 0,0%
TOTAL		12 100,0%	214 100,0%	1 100,0%

Fuente: Base de datos SIP 2000

Se encontró que el control prenatal no adecuado llevo a un 75% de edad gestacional pretermino; y control prenatal adecuado a un 59,3% de edad gestacional a término.

TABLA N°22. Peso y edad gestacional del recién nacido en el HAY. enero- diciembre 2018

PESO*EDAD GESTACIONAL TABULACIÓN CRUZADA

		edad gestacional		
		pretermino	a termino	post termino
peso	muy bajo peso al nacer	1 8,3%	0 0,0%	0 0,0%
	bajo peso al nacer	10 83,3%	11 5,1%	0 0,0%
	peso normal	1 8,3%	202 94,4%	1 100,0%
	peso alto al nacer	0 0,0%	1 0,5%	0 0,0%
Total		12 100,0%	214 100,0%	1 100,0%

Fuente: Base de datos SIP 2000

Se encontró en cuanto al peso; el bajo peso al nacer tuvo un 83,3% de edad gestacional pretermino y el peso normal tuvo un 94,4 % de edad gestacional a término.

4.2 DISCUSIÓN

El embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden biopsicosocial repercuten en la calidad de vida de la madre joven y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.(45)

En el año 2015, RENIEC registró mil quinientos treinta y ocho (1538) casos de madres entre los 11 y 14 años que acudieron a esta institución para declarar el nacimiento de su hijo. En la gran mayoría de los casos, las parejas fueron hombres mayores de edad: 71% eran mayores de 18 años, 37% tenía entre 20 y 24 años, y 14% tenía 25 años o más. (46)

Dentro de las particularidades de las gestantes adolescentes en el actual estudio se consignaron las siguientes cifras: el promedio aritmético de la edad de la gestante adolescente fue de 17.25 años; teniendo similitud con el trabajo realizado por Vega y col en el 2016, donde señala que la edad promedio de la gestante adolescente fue de 17.38. (9). También se obtuvieron resultados análogos al nuestro en el trabajo de Ortiz R y col en; en el cual se obtuvo que la media de la edad de la gestante adolescente fue de 17.45. (13) En otro trabajo de investigación por parte de Pérez J. en el 2016; se determinó que el promedio d edad de la gestante adolescente es de 17.44. (17)

El 59,03% de gestantes adolescentes corresponden a la categoría de adolescencia tardía, es decir; dentro de los 17 a 19 años, el cual se asemeja a los hallazgos del trabajo de investigación de Cruz E. en el 2015, el cual describió que la categoría predominante estuvo entre los 17 y 19 años con un 83%. (11)

En cuanto al estado civil se observó en el trabajo de investigación que un alto porcentaje (75.8%) mantiene una alianza de convivencia; un hallazgo afín se observó en el trabajo de

investigación de Cruz E. en el cual el 81% de gestantes adolescentes fueron convivientes. (11); Asimismo, en la investigación de Ortiz R y col. se detalla que el 68.69 % de gestantes adolescentes vivían en unión libre con sus parejas. (13); En discordancia con el trabajo realizado por Mendoza L y col. quien puntualiza que en su estudio solo hubo un 25.6% de madres solteras. (12)

En lo referente a la ocupación se obtuvo que porcentaje más alto (79.7%) se dedican a ser amas de casa; Porcentaje parecido se encontró en la investigación de Ortiz y col. que señala que un 96.8% estaban dedicadas al hogar. (13)

En relación con los controles prenatales el 56.8% realizaron controles prenatales adecuados; cifras que guardan afinidad con Montalván H. donde se describe que el 62.76 % de estas mujeres presentaron control prenatal favorables. (16); En contraposición de Bojanini I(2000- 2001) el cual indica que un porcentaje importante de pacientes adolescentes no había hecho sus controles prenatales. (14); parecidos resultados encontrados en el trabajo de La Rosa A. donde el 19.4% no tuvieron adecuado control prenatal. (21)

Referente a la edad gestacional, en el presente estudio se concluyó que el 94.3% del total de recién nacidos de madres adolescentes fue a término, teniendo analogía con los números del estudio presentado por Montalván H. el cual precisa que el 91.8 % de neonatos fue a término. (16); al igual que La Rosa. quien menciona en su investigación que el 90.3% de los neonatos fueron a término (21); con similitud de datos en la tesis de Francisco D. quien señala que el 93% de recién nacidos fue a término. (20).

En lo referente a los recién nacidos pretermino el porcentaje que se obtuvo en el trabajo fue de 5.3%, cifra que guarda mucha semejanza con la investigación de Ortiz R, el cual encontró un 4.63% de recién nacidos pretermino. (13); semejante con el estudio de Francisco D. en el cual nos revela el 6% de partos pretermino. (20); cifra opuesta a la investigación de Mendoza L. quien informa que el 30.9% de recién nacidos de gestantes adolescentes son pretérminos. (12)

Se detalla asimismo en este trabajo de investigación que el tipo de parto donde se obtuvo mayor porcentaje mayor (99.1%) fue la vía vaginal; en oposición podemos mencionar el trabajo de Vega G. y col. en donde los resultados de su estudio puntualizan que la vía abdominal (cesárea) consiguió un 70%. (9); de igual Montalván H. en su tesis, presenta que el 43.65 % de gestantes adolescentes finalizó por vía abdominal. (16)

Con referencia al peso para la edad gestacional nuestras cifras revelan que un 79.7% de los recién nacidos de madres adolescentes eran adecuados para la edad gestacional (AEG); Cifra que guarda relación con la tesis de Pérez J. en el cual el 80% de sus recién nacidos fue adecuado para la edad gestacional (AEG). (17); Similares resultados se obtuvieron en el trabajo de investigación de Montalván H. con un 91.4% de recién nacidos adecuados para la edad gestacional (AEG). (16)

Describimos de igual manera en este trabajo; que el 19.8% de casos fue pequeño para la edad gestacional (PEG). Con Resultados parecidos de la tesis de Pérez J. donde señala que el 17 % de recién nacidos fue pequeño para la edad gestacional (PEG). (17); porcentajes opuestos muestra la investigación de Montalván H. quien en su estudio obtuvo el porcentaje 2,4 % de recién nacidos de gestantes adolescentes fueron pequeños para la edad gestacional (PEG). (16)

En lo referente al peso de los recién nacidos de gestantes adolescentes se concluye en esta investigación que; el porcentaje mayor porcentaje (89.9%) obtuvieron un peso normal al nacimiento; en concordancia con el trabajo de Cruz E. quien describe que el 85% de recién nacidos de gestantes adolescentes tuvieron un peso normal. (11); Cifras parecidas obtuvo Francisco D. con un 88% de peso normal en sus recién nacidos. (20)

Se obtuvo una cifra de 9.3% en cuanto al bajo peso al nacer, a diferencia de los datos obtenidos por Pérez J. quien muestra una cifra de 16.5 % de recién nacidos de bajo peso al nacer. (17)

En lo correspondiente al puntaje del APGAR al minuto y a los 5 minutos de vida, el 63.4% de recién nacidos presentó una adecuada adaptación a con un puntaje de "8-9"; Cifra congruente con el resultado obtenido en el trabajo de investigación de Cruz E. donde concluye que un 93% de recién nacidos logro una buena adaptación con un puntaje de "7-9". (11)

En el presente estudio de investigación se hace referencia de las patologías del recién nacido de gestantes adolescentes observando los resultados siguientes: un 92.1% nació sin patologías; 6.2% nació con sepsis bacteriana del recién nacido; 0.9% con hipoglicemia; 0.4% con labio leporino; 0,4 con sífilis congénita.

Se halló similitud en el trabajo de Cruz E. quien señala que el 6% de sus recién nacidos presenta sepsis bacteriana. (11) A diferencia de la investigación de Arevalo F y col. donde concluye que los recién nacidos presentaron un 0.5 % de sepsis bacteriana. (18); Del mismo modo Mendoza L. hace referencia en su trabajo de investigación que los recién nacidos de

madres adolescentes presentaron infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido. (12); Por su parte Conde E. en su tesis también resalta que dentro de las patologías que se encontró la hipoglicemia estuvo presente. (15)

Se ha descrito dentro de las variables y de las peculiaridades del neonato, aspectos tales como: la talla, perímetro cefálico y el género; y los resultados corresponden de la siguiente manera: la media de la talla fue de 48.1 cm, la media del perímetro cefálico se halló en 33cm y por último se evaluó el género que tuvo como porcentaje mayor al género femenino en un 51.5%.

CONCLUSIONES

1. El promedio aritmético de la edad de las gestantes adolescentes fue de 17.2 años; cifras que teniendo como referencias ciertos estudios al nivel nacional e internacional, donde señalan que la media de la edad en las gestantes adolescente es de 17 años. Siguiendo con las generalidades en cuanto a la edad, hallamos en el presente estudio que un porcentaje aceptable, es decir el 59% de gestantes adolescentes corresponde a la categoría de adolescencia tardía; motivo por el cual es mencionado como la categoría más usual en cuanto a las gestaciones en la adolescencia. Otra de las singularidades de la gestante adolescente es el estado civil, este estudio nos revela que el 75.8% ya tiene un lazo de convivencia libre; Otro dato importante para mencionar es la ocupación de la gestante adolescente, en este estudio de investigación se ha obtenido que el 79.7 % de las adolescentes son amas de casa.
2. En relación con el control prenatal las cifras que nos muestra el presente trabajo es que un 56.8% llevo a cabo un número adecuado de controles prenatales. Por lo que se concluye que aproximadamente más de la mitad de las gestantes adolescentes ha presentado controles prenatales favorables, no obstante, encontramos aún; un grupo reducido de gestantes adolescentes que no realiza sus controles prenatales.
3. En lo que concierne a las particularidades de los neonatos en este estudio se emiten cifras correspondiendo que la media del peso del recién nacido de gestantes adolescentes se detalla que ha sido de 3013.04 kg. atribuyendo de este modo que uno del porcentaje más alto que se obtuvo en cuanto a un adecuado peso al nacer fue del 89.9%. Se presenta en este estudio la edad gestacional, que se ha obtenido mediante la prueba de Capurro y dentro de los resultados nos muestra que el 94.3% de neonatos de gestantes adolescentes han sido a término. Al igual que en la relación del peso con la edad gestacional se proporciona resultados convenientes ya que el 79.7% de los recién nacido han sido adecuados para la edad gestacional. las situaciones perjudiciales como prematuridad, bajo peso al nacer y pequeño para edad gestacional, depresión al nacer o alguna patología del recién nacido no han sido cifras significativas en la presente tesis.

RECOMENDACIONES

1. Se debe promover programas en las escuelas, colegios; cuyo propósito sean ayudar a incrementar los conocimientos de educación sexual y generar actitudes positivas en los adolescentes para que lidien con una sexualidad sana.
2. Fomentar prácticas sexuales protegidas, hacer énfasis en los métodos anticonceptivos y no solo para no contraer un embarazo no deseado, sino por los múltiples riesgos que trae una vida sexual inadecuada y con falta de información
3. Se debe contar con servicios de salud que protejan su intimidad y que brinden la información necesaria para cuando la adolescente acuda por ayuda.
4. Insistir en la educación sexual, en el adecuado seguimiento de adolescentes con riesgo potencial de embarazo, considerando aspectos sociales para poder llegar a la adolescente y prevenir el embarazo no deseado.
5. Tomar acciones en las entidades de salud, donde se elimine los sistemas burocráticos, la ineficiencia y la falta de atención empática, se tiene que realizar atenciones integrales donde la buena atención permita que la adolescente vuelva cada vez que lo necesite
6. Se ha descrito el binomio madre adolescente - hijo como un problema social, económico y de salud pública. Por tal se debería promover Programas multidisciplinarios para la atención adolescente embarazada e hijo enfocados a la prevención/promoción de la salud y la construcción de redes de contención familiar y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Mora A, AM, Hernández M. Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? Ginecol Obstet Mex [internet] 2015 May [citado 2019 feb 15];83(5):294-301.disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>
- 2) Organización Mundial de la Salud - OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. [Sede Web] junio 2009. [19 de febrero del 2019; acceso 17 de enero del 2019]. Disponible en <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>>
- 3) Encuesta demográfica y de salud familiar; ENDES 2017, INEI- FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES. Publicado en mayo del 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
- 4) Fernández L, Carro E, Osés D. Caracterización de la gestante adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol. [internet].2004 May [citado 2019 feb 17]; 30(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm
- 5) Guía de la prevención del embarazo en Guatemala. disponible en www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category

[slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala](#)

- 6) Organización Mundial de la Salud-OMS. Embarazo en la adolescencia Datos y Cifras. [sede web] febrero 2018. [21 de febrero del 2019; acceso 17 de febrero del 2019]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
- 7) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Perú. Embarazo en adolescentes peruanas no descende en los últimos veinte años. [sede web] mayo 2016. [20 de enero del 2019; acceso 17 de febrero del 2019] Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/noticias/embarazo-en-adolescentes-peruanas-no-desciende-en-los-%C3%BAltimos-veinte-a%C3%B1os>
- 8) Ministerio de Salud, Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Panamá, 2009. Disponible en: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=295-guias-de-manejos-de-las-complicaciones-en-el-embarazo&Itemid=224
- 9) Vega G, De Icaza T, Becerril A, Ávila J. Resultados Perinatales De Hijos De Madres Adolescentes, Comparados Con Hijos De Madres No Adolescentes En Un Hospital De Segundo Nivel En México. European Scientific Journal [internet]. 2016 jul. [citado 2019 feb 15]; 12(21). [10 pp]. Disponible en: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/7741/7462>
- 10) Velasteguí E, Hernández N, Real CJJ, Roby A, Alvarado F, Haro V. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2018.[citado 2019 feb 15]; 34 (1). Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80701>
- 11) Cruz D E. Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a noviembre 2015. [tesis para optar el título en la especialidad de ginecología y obstetricia]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua;2016

- 12) Mendoza L, Arias M. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. Ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2019 Feb 16]; 77(5): 375-382. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>
- 13) Ortiz R, Bañuelos A, Serrano F, Mejía L, Laureano J. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2015 Dic. [citado 2019 Feb 15]; 41(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400002&lng=es
- 14) Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol [internet] 2004. [citado 2019 feb 16]; 55(2). Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/598>.
- 15) Conde C E. Complicaciones durante el embarazo en adolescentes y problemas del recién nacido. Hospital San Juan de Lurigancho 2018. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima, Universidad Cesar Vallejo; 2018
- 16) Montalván G H. características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del hospital Sergio Bernales enero – diciembre 2016. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima, Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
- 17) Pérez M J. características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes nacidos en el hospital regional Docente de Cajamarca, enero 2015 - Diciembre 2016. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Cajamarca, Universidad Nacional de Cajamarca;2018
- 18) Arévalo G F, Torres M Y. factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el hospital ii – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016. [tesis para

optar el título profesional de obstetra]. Tarapoto, Universidad Nacional de San Martín;2017.

- 19) Navarro S P. características perinatales de recién nacidos de madres adolescente en el Servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo enero -diciembre2015. [tesis para optar el titulo de medico cirujano]. Lima, Universidad Ricardo Palma; 2016
- 20) Francisco B D. Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de mayo, octubre-diciembre 2014. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- 21) La Rosa A I. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz. Med. [Internet]. 2015 ene [citado 2019 Feb 16]; 15(1): 14-20. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2015000100003&script=sci_arttext&lng=en
- 22) Restrepo-E Ana María, Muñoz Yaromir, Duque-D María Adelaida. Análisis de los elementos de mercadeo social implícitos en campañas de prevención de embarazo en adolescentes. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2018 Agost. [cited 2019 Feb 16]; 36(2): 18-27. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2018000200018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n2a04>.
- 23) Camacho M; Jordán J. la educación sexual: como método para la prevención de embarazos no deseados en el bachillerato. Revista de Investigación Enlace Universitario. [internet].2018 dic [citado 2019 feb 16]; 17(1). Disponible en: <http://enlace.ueb.edu.ec/index.php/enlaceuniversitario/article/view/46/89>
- 24) Facultad de medicina Universidad de Chile. Programa de Educación Sexual CESOLAA [libro electrónico]. Chile; Unidad de TIC; ener 2017[citado 2019 feb 16]. Disponible en: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/adolescencia/la-adolescencia>

- 25) Henríquez S.N. Identidad y separación en el proceso adolescente. Aproximaciones psicoanalíticas [tesis para optar el título de psicóloga]. Chile, Universidad de Chile;2010
- 26) Issler J. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina. [internet]. 2001. [citado 2019 feb 15] 107; 11-23. Disponible en: <https://www.uv.es/~reguera/nuevosmedios/videoconferencia/informe%5B1%5D.htm>
- 27) Casas J, Ceñal M. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral[internet]. 2005[citado 2019 feb 17]; 9 (1).20-24. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- 28) Díaz S. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Med Mex. [internet].2003. [citado 2019 feb 17]; 139 (s1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10911>
- 29) Mendoza L, Claros D, Peñaranda C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. rev chil Obstet Ginecol. [internet].2016. [citado 2019 feb 18]; 81(3). 243 – 253. Disponible en: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DR.MENDOZA10.pdf>
- 30) Vallejo J. embarazo en adolescentes complicaciones. Rev Med costa rica Centroamérica. [internet].2013. [citado 2019 feb 18]; 70(65). 55-69. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>

- 31) Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. [internet].2012. [citado 2019 feb 18]; 38(3).333-342. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>
- 32) Blázquez M. embarazo adolescente. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. [internet].2012. [citado 2019 feb 18]; (3) 1. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf.
- 33) Torres A D. factores de riesgo asociados a score de Apgar bajo en el servicio de neonatología del hospital de ventanilla de julio a diciembre del 2016. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima; Universidad Ricardo Palma, 2017
- 34) Alvarado J. apuntes médicos de ginecología. Lima: apuntes médicos del Perú; 2014.
- 35) Anaya R, et al. Sepsis neonatal temprana y factores asociados. Rev Med Inst Mex. [Internet]. 2017. [citado 2019 feb 18]; 55(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im173g.pdf>
- 36) Gonzales E. Hiperbilirrubinemia neonatal. Rev Soc Bol Ped. [internet].2005. [citado 2019 feb 18]; 44 (1): 26 – 35. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v44n1/v44n1a07.pdf>
- 37) Pinedo R L. Características clínicas epidemiológicas de los recién nacidos con diagnóstico de hipoglicemia neonatal en el hospital regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre 2014. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Iquitos, Universidad de la Amazonia peruana; 2015.

- 38) Salamea O J, Torres C M. "Estimación de la edad gestacional mediante los métodos Ballard y Capurro comparados con la fecha de última menstruación confiable, en recién nacidos a término y post término, en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014. [tesis para la obtención del título de medico]. Cuenca. Universidad de Cuenca; 2015.
- 39) Flores J. Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital san José de enero a diciembre del 2016. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima. Universidad Ricardo Palma; 2018.
- 40) Definiciones. Organización Mundial de la Salud. Disponible: en: http://files.sld.cu/dne/files/2012/03/vol1_definiciones.pdf
- 41) Rodríguez R. Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez. Rev Cubana Neurol Neurocir. [internet].2015. [citado 2019 feb 19]. 2015;5(1). Disponible en : <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeLaPrematuridadSobreElSistemaNerviosoEn-4790478.pdf>.
- 42) Cobas J, Querts O, García A, del Toro Añel A, Agüero R. Secuelas psicosociales más frecuentes en adolescentes de padres divorciados. MEDISAN [Internet]. 2015 sep. [citado 2019 Feb 19]; 19(9): 1111-1120. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000900006&lng=es.
- 43) Organización Mundial de la Salud - OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Sede Web]. [19 de febrero del 2019; acceso 18 de febrero del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- 44) Senado J. Los factores de riesgo. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 ago. [citado 2019 Feb 19]; 15(4): 446-452. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018&lng=es.
- 45) Rubén O A. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.
- 46) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Perú. En el Perú, cada día, al menos 4 menores de 15 años se convierten en madres. [sede web] julio 2016. [13 de febrero del 2019; acceso 19 de febrero del 2019] Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es>.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TÍTULO: “CARACTERÍSTICAS PERINATALES DEL RECIÉN NACIDO DE EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA EN EL HOSPITAL AMAZONICO EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2018”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°

INSTITUCION: HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCOA

I. DATOS GENERALES

- Fecha de nacimiento:
- Historia Clínica Neonatal N°:
- Ocupación:
 - a) Ama de casa
 - b) Independiente
 - c) estudiante

II. EDAD DE LA MADRE

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

III. TIPO DE PARTO

- a) VAGINAL ☐
- b) CESÁREA ☐

IV. EDAD GESTACIONAL

- a) PRETÉRMINO ☐
- b) A TÉRMINO ☐
- c) POST TÉRMINO ☐

V. RELACION PESO/EDAD GESTACIONAL

- a) PEG ☐
- b) AEG ☐
- c) GEG ☐

VI. ESTADO CIVIL

- a) SOLTERA ☐
- b) CASADA ☐
- c) CONVIVIENTE ☐

VII. NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

- a) ADECUADO
- b) NO ADECUADO
- c) EMBARAZO NO CONTROLADO

VIII. APGAR

AL PRIMER MINUTO:

A LOS CINCO MINUTOS:

IX. TALLA:

X. PERIMETRO CEFALICO:

XI. PESO

- a) Extremo bajo peso al nacer
- b) Muy bajo peso al nacer
- c) Bajo peso al nacer
- d) Adecuado peso al nacer
- e) Peso alto al nacer

XII. SEXO

- a) FEMENINO ☐
- b) MASCULINO ☐

XIII. PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO

- a) SIN PATOLOGÍAS ☐
- b) SEPSIS BACTERIANA ☐
- c) HIPOGLICEMIA ☐
- d) ICTERICIA ☐
- e) LABIO LEPORINO ☐
- f) OTROS ☐