



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIEN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL  
MANUEL NUÑEZ BUTRÓN. JULIO – DICIEMBRE 2014”**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**MARCO CHRISTIAN TAPIA ORTEGA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**PUNO – PERU**

**2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIEN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL  
NUÑEZ BUTRON. JULIO-DICIEMBRE 2014”**

**TESIS**

PRESENTADO POR:

**Bach. MARCO CHRISTIAN TAPIA ORTEGA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

**MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADO POR EL JURADO REVISOR:**

PRESIDENTE:

Dr. ARIEL S. HUARACHI LOZA

  
.....  
**Dr. Ariel Huarachi Loza**  
.....  
MÉDICO - CIRUJANO  
CMP. N° 11285  
DOCENTE F. H. H. UNA PUNO

PRIMER MIEMBRO:

Dr. ALFREDO MENDIGURI PINEDA

  
.....  
Dr. Alfredo Mendiguri Pineda  
.....  
CMP. 13391 RNE 6530  
JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA

SEGUNDO MIEMBRO:

Dr. ANGEL VILCA QUISPE

  
.....  
**Dr. Angel R. Vilca Quispe**  
.....  
GINECÓLOGO OBSTETRA  
CMP: 23195 RNE 12533

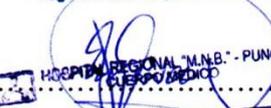
DIRECTOR:

Dr. GILBERTO PEÑA VICUÑA

  
.....  
**Dr. Gilberto Peña Vicuña**  
.....  
C.M.P.: 15739  
MÉDICO - PEDIATRA  
Registro Nac. Especialista N° 8927

ASESOR:

Dr. HENRY L. ZEVALLOS VALDEZ

  
.....  
HOSPITAL REGIONAL "M.N.B." - PUNO  
MÉDICO  
.....  
**Dr. Henry Longio Zevallos Valdez**  
PEDIATRA  
CMP. 21241

PUNO -PERÚ

2015



## DEDICATORIA

Con inmenso amor a Dios nuestro padre que  
ilumino mi camino, por *haberme permitido*  
*llegar hasta este punto y haberme dado salud*  
*para lograr mis objetivos.*

Con amor, reconocimiento y eterna gratitud a  
mis padres CARLOS Y ESTHER por ayudarme,  
apoyarme y ser un ejemplo para mí en todo  
momento, ya que sin ellos no hubiera sido  
posible lograr esta meta.

A mis hermanos: LUZ, YENY, CESAR, GROBER,  
SANDRA quienes con sus consejos, fueron  
importantes e influyentes en mi vida y  
formación académica.

A todas las personas, que me apoyaron  
incondicionalmente a lo largo de mi vida,  
quienes siempre confiaron en mí. A todos  
ellos va dedicado este proyecto con el amor,  
cariño y la alegría que siempre me ha  
caracterizado, pero si muy feliz de haber  
alcanzado una parte de mi meta en mi vida  
profesional.

*Marco Tapia Ortega.*



## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ser maravilloso por haberme dado la existencia y permitido llegar a esta instancia de nuestra carrera, por darme fuerza y fe para concluir lo que me parecía imposible.

A mi padre y en especial a mi madre, por su constante apoyo, tolerancia y comprensión.

A mis hermanos Luz Marina, Yeny, César, Grober y Sandra, ellos siempre con su ejemplo, me impulsaron a realizar mis metas.

Al Dr. Henry Zevallos por su apoyo total y su amistad.

Al mi Director de tesis Dr. Gilberto Peña por su apoyo constante y productivo.

También expresar mis agradecimientos a todas las personas que me apoyaron en momentos importantes de mi vida.

Marco Tapia Ortega



## INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b> .....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
<b>CAPITULO II: BASES TEORICAS</b> .....	11
2.1 MARCO TEORICO. ....	11
2.2. MARCO CONCEPTUAL. ....	26
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b> .....	28
3.1. METODO DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.2. POBLACIÓN.....	28
3.3. MUESTRA .....	28
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	29
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	29
3.6. PROCESO DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS .....	30
3.7. VARIABLES .....	30
<b>CAPITULO IV: AREA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	37
4.1. UBICACIÓN GEOGRAFICA.....	37
4.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y RECURSOS.....	40
<b>CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION</b> .....	42
5.1 RESULTADOS .....	42
5.2. DISCUSION .....	54
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RESULTADOS</b> .....	61
6.1. CONCLUSIONES .....	61
6.2. RECOMENDACIONES .....	62
BIBLIOGRAFIA .....	63
ANEXOS .....	66



## RESUMEN

**Introducción:** Se conoce que la gestación en edades extremas puede repercutir en el recién nacido, responsabilizando a la edad materna de algunas de las complicaciones perinatales, sin embargo no hay muchos estudios en la región que se dediquen a investigar los embarazos en estas edades, en especial en adolescentes, por lo que en este estudio se indagará lo que ocurre en los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de Puno.

**Materiales y Métodos:** Mediante un estudio analítico, longitudinal y prospectivo, se trató de determinar las complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes (10-19 años) en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de Puno. Julio-Diciembre 2014.

**Resultados:** Hubo un total de 172 partos de adolescentes en el HRMNB en el periodo mencionado, nuestra muestra fue de 92 recién nacidos de madres adolescentes con edad promedio de 16.7 años, 7% de ellas (6) pertenecientes a la adolescencia temprana. En cuanto a controles prenatales un total de 45 (49%) madres no tuvo o tuvo un control inadecuado, es decir menos de 6 controles. El parto pre termino ocurrió en 4.3%, la tasa de cesárea fue de 36%, el 91.2 % de los recién nacidos pesó entre 2500g y 3999g y 9% menos de 2500g. Se obtuvo un total de 17 recién nacidos pequeños para edad gestacional, representando un 19% del total. Además se obtuvo en orden las siguientes patologías, sospecha de sepsis neonatal precoz 17 (18.4%), ictericia patológica 12(13.4%), dificultad respiratoria neonatal 9 (9.7%), anomalías congénitas 1 (1.09%), depresión moderada 6 (6%) depresión severa 8 (9%).

**Conclusiones:** Las principales complicaciones perinatales en nuestro estudio en el periodo de tiempo establecido son: recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) en un total de 17 recién nacidos, esto representa el 19% del total, asimismo, recién nacidos con bajo peso siendo estos 8 (9%) del total de la muestra, considerándose a los que pesaron menos de 2500 gramos, sospecha de sepsis neonatal precoz 17 (18.4%), ictericia patológica 12(13.4%), dificultad respiratoria neonatal 9 (9.7%), anomalías congénitas 1 (1.09%), depresión moderada 6 (6%), depresión severa 8 (9%). Cerca de la mitad de las madres adolescentes no tuvo un adecuado o no tuvo controles prenatales siendo estos menos de 6, en un total de 45 adolescentes, esto representa un 49%. La culminación del embarazo en gestantes adolescentes por cesárea, fue más de la tercera parte de todos los partos realizados a adolescentes, en un número de 33, lo que representa un 36%. La adolescencia por si misma se constituye en un factor de riesgo para el futuro ser en la medida que afecta su crecimiento intrauterino adecuado y por lo tanto conlleva a mayor riesgo de morbilidad en el periodo neonatal.

**Palabras claves:** Embarazo Adolescente, Complicación perinatal, Bajo peso al nacer, Recién nacido, pequeño para edad gestacional.



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia no es solamente una etapa de vulnerabilidad; también es una época llena de oportunidades, sobre todo para las niñas. Sabemos que cuanto más educación reciban las niñas, más probable es que retrasen el matrimonio y la maternidad, y que sus hijos gocen de mejor salud y educación.

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan cierto desconcierto en los púberes y adultos cercanos. Comienza así una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Se considera a la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como lo es la niñez o la edad adulta, y no como un período de transición de un estado a otro, por lo tanto y siguiendo los criterios de la OMS se define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 19 años. La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socioculturales.

La adolescente embarazada es un agudo problema para la familia y la sociedad. Una serie de efectos negativos pueden afectar gravemente el futuro del recién nacido de madre adolescente. El mayor peligro de parto pre término, muertes neonatales entre otras patologías neonatales descrito por diversos autores, hacen de este grupo de gestantes un grupo de riesgo.

Se atiende el parto de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 cada año. 1 de cada 5 mujeres a los 18 años ya tiene un hijo. Los recién nacidos de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo. Para algunas madres jóvenes el embarazo y el parto son algo previsto y deseado. En el Perú el 49.2% de la población adolescente en el Perú son mujeres y el 12.5 % de este grupo están embarazadas o ya son madres. En el Hospital Manuel Núñez



Butrón, en el Departamento de Ginecología- Obstetricia en el año 2013, se atendieron 2170 partos de los cuales un 27% son adolescentes. Y en el total de Cesáreas 5%, pertenecen a este grupo de personas.

En este contexto regional es primordial conocer las principales COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES, para poder posteriormente aplicar dentro de la salud pública programas para prevenir dichas complicaciones en nuestra región.



## CAPITULO I: EL PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### JUSTIFICACION

La adolescencia es un periodo formativo, importante y crucial que moldea la forma en que los niños y niñas vivirán sus años adultos, no solo con relación a su vida sexual y reproductiva sino también en su vida socio-cultural y económica.

En los países de América Latina, los adolescentes pertenecen a diversos grupos sociales en los que todavía subsisten restricciones al acceso universal a los servicios de atención primaria de salud y educación. Por otro lado, los frecuentes cambios en las estructuras familiares y la migración urbana son también causas comunes que ocasionan diversos cambios en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo en la adolescencia ha dirigido la atención del personal de salud hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pre término y de morbilidad neonatal en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores que identifican varios factores de riesgo asociados a este grupo; además resaltan el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en este grupo.

Siendo el Hospital Manuel Núñez Butrón, un hospital de referencia se hace necesario evaluar las características de esta población. No existiendo estudios previos realizados en dicha institución que tome en cuenta la población de madres adolescentes con relación a madres adultas, para así poder darnos un panorama más objetivo de nuestra realidad, mostrándonos los verdaderos riesgos que implica un embarazo a temprana edad y de acuerdo a ello implementar acciones preventivo promocionales para mejorar la calidad de vida de los neonatos.



## FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el periodo Julio – Diciembre 2014?

### 1.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### ANTECEDENTES

Internacionales

1. Ángela Vásquez Márquez, et al. Morbilidad y Mortalidad Perinatal en el Embarazo Precoz. Se presentaron los resultados de un estudio de casos y controles de 310 madres menores de 20 años, que tuvieron sus partos en el primer semestre de 1996, en el Hospital Provincial Docente “Carlos Manuel de Céspedes”, Bayamo, Granma. Como grupo control se tomaron las madres de 20 años y más en igual número. Se estudiaron diferentes variables encontrando que el 31.62% de las adolescentes eran menores de 17 años. El 14.20% tuvieron el parto antes de las 37 semanas, con el 38.39% de distocias, fundamentalmente cesáreas, y fueron la desproporción céfalo-pélvica, el sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida los diagnósticos más frecuentes en el grupo de estudio: la hipoxia, el bajo peso al nacer, el distress respiratorio, la infección, la ictericia y la mortalidad, tanto fetal como neonatal. Se confeccionaron tablas y se compararon los resultados con otros autores.
2. Sordero, Hipólito S.- Lezcano, Silvina A. S. – Valejos Arce, María S. Característica del recién nacido en madres adolescentes. Realizado en el Hospital Dr. J.R. Vidal División Maternidad, Sector obstetricia Corrientes Argentina en el periodo de Enero a Diciembre del año 2003. Determino que el mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500gr) se encuentra en madres adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 14 años. La terminación por cesárea fue la más frecuente en madres adolescentes de 10 a 14 años.



3. Itati Abreo y col, Resultados perinatales en madres adolescentes en el Hospital Vidal de Argentina 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 prematurez.
  
4. Mendoza L.- Arias M.- Mendoza L. Hijo de Madre Adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Realizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) de la fundación Hospital San José de Buga, Colombia entre Setiembre de 2005 a Diciembre de 2011. En un estudio de cohorte prospectivo con 379 hijos de mujeres adolescentes y 928 adultas. Teniendo como resultado: entre adolescentes hubo mayor numero de madres solteras (25.6%), menor escolaridad y seguridad social en salud (25.9%), en adolescentes tempranas hubo más casos de pre eclampsia (26.3%) y trabajo de parto prematuro (10.5%). Entre madres adolescentes el 30.9% de los hijos fueron prematuros y presentaron más patología cardiaca, infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido, y mayor mortalidad, cuando se compararon con hijos de madres adultas. Por tanto 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.

#### Nacionales

1. Luque Mamani, R. Estudio Clínico del Parto en Adolescentes. Puno 1985 – 1990. Concluye, que durante dicho periodo de estudio en el Hospital Regional Manuel Núñez butrón de la ciudad de Puno, mediante un estudio retrospectivo descriptivo, las complicaciones eran mayores en pacientes adolescentes que en adultas, siendo la toxemia, hiperémesis gravídica y la anemia las más frecuentes, la incidencia de las cesáreas



fue de 7.29% siendo las principales causas de eclampsia, estrechez pélvica y desproporción céfalo pélvica, los recién nacidos de madres adolescentes fueron 246, representando el 4.09% del total de recién nacidos, quienes representaron características similares a los recién nacidos del grupo control.

2. 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%.
3. Manuel LR, Diana HA. Riesgos en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante 1992 a 1996. Este fue un estudio epidemiológico, analítico, de casos y controles. Se atendió un total de 13.392 nacimientos y dentro de estos 2.550 recién nacidos de madres adolescentes, lo que representa una frecuencia de 19.04%. los recién nacidos de madres adolescentes nacen en condiciones socioeconómicas y culturales más desfavorables que los recién nacidos de madres adultas, pues sus madres presentan asociación significativa con; menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable y viven en zonas social y económicamente deprimidas. Además, presentan una talla y peso promedio menor al de las adultas lo



que condiciona a que sus recién nacidos tengan peso, talla y perímetro cefálico promedio menor a los recién nacidos de madres adultas. El peso promedio de los recién nacidos de madres adolescentes es de 3,251 gramos y las adultas tienen recién nacidos con 145 gramos mas de peso. El 89.1% de recién nacidos de madres adolescentes tienen peso adecuado. Teniendo las adolescentes 1.34 veces mayor riesgo de presentar recién nacidos con peso entre 1500 y 2499 gramos que las adultas. En cuanto a la relación peso/E.G. encontramos que el 86.3% de recién nacidos de madres adolescentes tienen un peso adecuado para edad gestacional, 8.4% son pequeños para su edad gestacional teniendo 1.34 veces mayor riesgo de tener recién nacidos PEG. El 94% de recién nacidos de madres adolescentes presenta un adecuado APGAR al minuto, siendo baja la frecuencia de depresión al nacer (6%), no se revelo diferencias en ambos grupos, al minuto ni a los 5 minutos. Las madres adolescentes tuvieron menor frecuencia de controles prenatales y en las que tienen algún control, el primero es más tardío que en las adultas. Los recién nacidos de madres adolescentes presentan significativamente un mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino y membrana hialina que los recién nacidos de madres adultas.

4. Zavala Vincas, F. Comparación de los Factores de Riesgo del Embarazo en Gestantes Adolescentes y Adultas del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2001. Concluye bajo un estudio analítico de comparación de grupos, encontró una mayor frecuencia en gestantes adolescentes con primigravidez, grado de instrucción de analfabeta a secundaria, estado civil soltera, estrés psicológico, partos pre términos y post términos y periodo intergenesico corto. Existe semejanza en la frecuencia de factores de riesgo del embarazo entre adolescentes mayores de 18 y adultas.



5. Urquizo, R y col. 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 el único criterio de exclusión neonatos nacidos de mujeres añosas (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 morbilidad neonatal siendo una de las causas principales la sepsis y la hipoglicemia neonatal, además de presentar mayor predominancia de recién nacidos pequeños para edad gestacional en este grupo.
6. 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. Bernal. 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 del embarazo fue más frecuente en el grupo control.
7. Gamarra A. Complicaciones Perinatales en Recién Nacidos de Madres Adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2011-



2012. Mediante un estudio descriptivo observacional retrospectivo transversal se trató de determinar las complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes (10 a 19 años) en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.2011-2012.Se utilizó el programa estadístico SPSS 17. Obteniendo los Porcentajes acumulados. Hubo 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 en el presente estudio de la siguiente manera: 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.

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar principales complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el HRMNB. Julio-Diciembre 2014.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la edad de las madres adolescentes.
- Analizar el número de controles prenatales de madres adolescentes.
- Describir el tipo de parto de madres adolescentes.



- Determinar el APGAR en recién nacidos de madres adolescentes.
- Analizar el peso al nacer de recién nacidos de madres adolescentes.
- Determinar la edad gestacional en recién nacidos de madres adolescentes.
- Conocer la mortalidad de recién nacidos de madres adolescentes.



## CAPITULO II: BASES TEORICAS

### 2.1 MARCO TEORICO.

#### **LA ADOLESCENCIA, UN CONCEPTO DIFÍCIL DE DEFINIR: (1)**

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

La adolescencia no es solamente una etapa de vulnerabilidad; también es una época llena de oportunidades, sobre todo para las niñas. Sabemos que cuanto más educación reciban las niñas, más probable es que retrasen el matrimonio y la maternidad, y que sus hijos gocen de mejor salud y educación. Proporcionar a los jóvenes las herramientas que necesitan para mejorar sus vidas, y motivarlos a participar en las iniciativas que buscan mejores condiciones para sus comunidades, equivale a invertir en el fortalecimiento de sus sociedades.

La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para los niños y niñas. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años.

Esto significa que particularmente las niñas, pero también algunos niños, están llegando a la pubertad y experimentando algunos de los principales cambios fisiológicos y psicológicos relacionados con la adolescencia, antes de ser considerados adolescentes por las Naciones Unidas (10-19 años).

El segundo factor que complica la definición de la adolescencia son las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para



realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas.

Otro punto importante; en muchos países y comunidades, el matrimonio precoz (definido por UNICEF como matrimonio o vida en pareja antes de los 18 años), la maternidad en la adolescencia, la violencia, el abuso y la explotación privan especialmente a las niñas, de su adolescencia. Sobre todo el matrimonio temprano se asocia con altos niveles de violencia, marginación social y exclusión de la educación y los servicios de protección.

LAS NACIONES UNIDAS ESTABLECEN: LOS ADOLESCENTES SON PERSONAS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 10 Y LOS 19 AÑOS. ESA DEFINICIÓN SE APLICA A BUENA PARTE DE LOS ANÁLISIS Y LA PROMOCIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD.

Las niñas adolescentes tienen más probabilidades de iniciar tempranamente su vida sexual, pero también menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos. Primeramente es que muchos están empezando a tener relaciones sexuales en la adolescencia temprana. Según datos de encuestas domiciliarias efectuadas en diversos países y representativas del mundo en desarrollo (sin incluir a China), aproximadamente 11% de las mujeres y un 6% de los varones de 15 a 19 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años.

La región con la mayor proporción de niñas adolescentes que afirman haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años (un 22%) es de América Latina y el Caribe.

El embarazo precoz, un resultado frecuente del matrimonio a temprana edad, incrementa los riesgos derivados de la maternidad. El matrimonio precoz, que los mayores a menudo consideran conveniente para proteger a las niñas de la depredación sexual, la promiscuidad y el ostracismo social, en realidad acentúa la ignorancia de los jóvenes.



En el año 2006, hubo casi medio millón de nacimientos en mujeres entre los 15 a 19 años de edad (Center fo Disease Control and Prevent 2009). La tasa nacional de mujeres en Estados Unidos era de 42 nacimientos por 1000 mujeres entre 15 a 19 años de vida. Aunque esta cifra es sustancialmente menor aún más deberían constituir todavía una prioridad. Además que el aborto y el embarazo en adolescentes es una situación complicada y que tiene influencia de opiniones intensas e ideología religiosa que en algunos casos, ha dado como resultado un bloqueo al acceso de los servicios de planificación familiar para las adolescentes. Otro factor de confusión es aquel que se vincula con la presencia de la educación sexual en las escuelas. (2)

### A Nivel Nacional

El 49.2% de la población adolescente en el Perú son mujeres y el 12.5 % de este grupo están embarazadas o ya son madres. Estas cifras reflejan un problema de salud pública, ya que el embarazo adolescente es una causa de muerte materna y en muchas ocasiones terminan en abortos inducidos en condiciones clandestinas e inseguras que producen serias lesiones e incluso la muerte de la madre. (3)

En muchas regiones del Perú, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales; pero en las grandes ciudades, éste representa un gran problema para los adolescentes porque no ha sido planificado: se da en parejas que no han iniciado su vida en común o en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la "madre soltera". (3)

Las adolescentes quedan embarazadas por una serie de razones. En la mayoría de casos es por falta de información, consejo, medidas preventivas o por tradiciones y prácticas culturales. El embarazo precoz es la segunda causa de deserción escolar debido a que muchas de las futuras madres abandonan la escuela para hacerse cargo del recién nacido. Sin embargo, en algunas regiones pobres del país, un hijo a



temprana edad constituye un proyecto de vida para muchas adolescentes que escogen el matrimonio y la maternidad para afirmar su identidad ante sí misma, su familia y la comunidad. (3)

Hoy en día, con el avance de la ciencia, la tecnología y la comunicación, los adolescentes están en la mejor situación de juzgar qué tipo de educación y servicios requieren para poder tomar decisiones correctas sobre sus comportamientos sexuales y evitar así embarazos no planificados. (3)

Datos:

- 12 de cada 100 adolescentes mujeres en nuestro país, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 19 años han experimentado la maternidad.
- El uso de métodos anticonceptivos modernos es menor en las y los adolescentes.
- La tasa de fecundidad adolescente ha aumentado del 59 % (2006) al 61% (2011).

La Tasa de Adolescentes embarazadas es crítica y se mantiene en 13% desde el año 2000. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) advierte de un predictamen en el Congreso que pondría barreras al acceso de los jóvenes a información sobre salud reproductiva y sexual. Lamentablemente, el embarazo adolescente es uno de los aspectos menos atendidos en las políticas públicas de salud, de acuerdo al doctor Alfredo Celis, presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG). (4)

El 7 de noviembre pasado, se emitió un decreto supremo que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en adolescentes, cuyo objetivo es prevenir y disminuir el embarazo adolescente en el país. A ello se suma el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2012-2021), aprobado por decreto supremo, y que establece entre sus metas reducir la tasa de maternidad adolescente en 20%. En ese sentido, la SPOG cuestiona que en el Congreso se esté discutiendo actualmente un predictamen de la Comisión de Salud que



busca modificar el artículo 4 de la Ley General de Salud, y pondría trabas al acceso libre de información sobre salud sexual y prevención del embarazo. (4)

Este predictamen solo toma en consideración la atención médica del adolescente cuando ya está embarazada o cuando ya tiene una infección por contagio sexual, o sea, cuando el problema ya está presente, ignorando totalmente el aspecto preventivo, de información y de consejería en salud reproductiva y uso de métodos anticonceptivos. Por ello, de aprobarse, se estaría yendo en contra de las líneas de acción del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, advierte Celis. (4)

En ese sentido, la SPOG hace un llamado a las autoridades para que se eliminen estas barreras que ponen en peligro el acceso libre de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva. La atención de este tipo no solo debe remitirse a la información, sino a la orientación y acceso a métodos anticonceptivos modernos y seguros. Asimismo, se debe contemplar la atención de niños, niña y adolescente en situación de riesgo, indica Celis. (4)

Las mujeres comienzan a tener hijas/os a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 15,1% y 17,9% tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 32,6% y un 35,4% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, más del 64,6% de las mujeres habían dado a luz. (5)

## **ADOLESCENCIA TEMPRANA Y TARDIA**

### **La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años). (1)**

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los



cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico.

El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el



pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.

### **La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). (1)**

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la



adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

#### **ADOLESCENTE EMBARAZADA. (6)**

La adolescencia es un periodo de duración variable, dependiendo de múltiples factores que se relacionan con los diferentes aspectos del desarrollo biológico, psicológico y social propios del individuo, y en una época y cultura determinadas. Existe mayor acuerdo para señalar su inicio que el término de la etapa, ya que esto requiere referentes definidos para considerar la madurez psicológica y social, madurez que se establecería al alcanzar una definición de la IDENTIDAD PERSONAL Y UNA INDEPENDENCIA ECONOMICA RELATIVA. De acuerdo con las definiciones de la OMS (organización Mundial de la Salud), se establece como comprendido entre los 10 a 19 años. Se inicia con los cambios biológicos de la pubertad.

La fecundidad en personas jóvenes no es un nuevo problema de salud pública. El problema emergente del embarazo a edad juvenil se hace evidente en todos los países de Latinoamérica y el Caribe, pues se asocia a la disminución de la importancia de otros problemas de la salud materno-infantil. Este problema lleva necesariamente al estudio de las



conductas sexuales reproductivas del joven. La prevención del embarazo en parejas muy jóvenes con vida sexual activa se transforma en una actividad de los programas destinados a este grupo. Junto a las adolescentes embarazadas aparecen los padres adolescentes y con ello el componente “familia” de ambos progenitores, con la absoluta necesidad de enfrentarlos como parte de los programas regulares ya que no tienen la misma connotación que en la pareja adulta. El riesgo se acrecienta en el hijo de la madre adolescente, tanto por ser producto de un embarazo con alta frecuencia no esperada y con resultados en alta proporción de un niño no deseado. Por lo tanto, su seguimiento debe ser objeto de programas especiales con el fin de prevenir su mayor morbilidad y mortalidad tanto por razones de enfermedades común es como por maltrato y descuido de sus múltiples formas, en comparación con el hijo de una madre adulta.

Los abusos sexuales en más de la mitad de los casos, se concentra en menores de edad. Esto se asocia en forma significativa a mayor morbilidad obstétrica y perinatal como también a mayor prevalencia de decisiones de entrega en adopción de los hijos de estas madres, con lo cual abarca otras áreas no consideradas en programas clásicos de salud materna infantil.

La discontinuidad de la educación o capacitación laboral en las adolescentes que se embarazan dejar en forma significativa a gran cantidad de mujeres en la extrema pobreza por no poder acceder a trabajos mejor remunerados y transmite estas conductas y pobreza a sus hijos siendo una causa importante de la transmisión generacional de la dependencia de la mujer y de su pobreza.

En cuanto a la morbilidad de la madre adolescente, estudios de seguimiento con criterios homólogos, de diagnóstico y registro prospectivo revelan que el 11.2% hacen patología del embarazo, 37.6% durante el parto y 36.7 en el recién nacido. Durante el embarazo el 77.1% corresponden a patologías obstétricas y los más frecuentes son: el síndrome hipertensivo, síntomas de parto prematuro, infección del tracto



urinario y la anemia del embarazo, que solo es un reflejo de la mayor frecuencia de desnutrición de las adolescentes embarazadas.

### **Riesgo predictivo de Adolescentes Embarazadas.**

En Perú, el año 2013 se produjeron alrededor de 4092 embarazos en adolescentes entre 15 a 19 años, según ENDES, a las cuales es necesario brindarles atención en salud a través del control prenatal, atención del parto y/o cesárea, puerperio y recién nacido. (7)

En estas circunstancias es necesario optimizar los siempre escasos recursos de los cuales dispone el sector salud en los países latinoamericanos. Si se considera la importancias cuantitativa del numero de mujeres adolescentes embarazadas en cada país y los cuidados especializados que es necesario invertir, determinar un modelo que permita racionalizar los recursos en salud requiere un conocimiento previo de las variables de riesgo predictivo. Estudios llevados a cabo por Molina y col. Han permitido a este respecto diferenciar dos grupos de riesgo obstétrico y perinatal, cuyas características se señalan a continuación: (6)

Grupo de Alto Riesgo Obstetrico y Perinatal	Grupo de Mediano Riesgo y Riesgo no predecible obstétrico y perinatal
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Antecedente de patología medica obstétrica o general importante</li><li>▪ Antecedente de abuso sexual</li><li>▪ Enflaquecida</li><li>▪ Estatura de 1.5m o menos</li><li>▪ Primeros dos años de enseñanza media o menor de 16 años</li><li>▪ Pareja estudiante o en el</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Menarquía a los 11 años o menos</li><li>▪ Ser la mayor de los hermanos</li><li>▪ Todo el resto de las adolescentes hasta la edad que termine el programa.</li></ul>



- servicio militar o trabajo ocasional
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

La prevención primaria a través de la anticoncepción y la educación sexual como herramienta de la promoción, son los caminos lógicos que se deben enfrentar directamente con adolescentes de la región de las Américas. Este papel le cabe a todos sectores de la comunidad, incluidos los sectores de educación, salud y de promoción y protección de la mujer y primordialmente a las familias mismas. (6)

### **Fecundidad De Adolescentes. (7)**

Para los efectos de este informe, se consideran como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años. La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque además el aborto es ilegal en el Perú.

Si bien la tasa de fecundidad de las adolescentes ha venido descendiendo en la gran mayoría de los países, aún así su conducta reproductiva es de gran preocupación. En comparación con los cambios observados en las tasas de fecundidad de los grupos de mujeres de



mayor edad debido al uso de métodos de planificación familiar, la reducción de la fecundidad en las adolescentes es esencialmente resultado de la postergación de la primera unión.

### Embarazo y maternidad de adolescentes según nivel educativo y quintil de riqueza

La fecundidad de adolescentes en los últimos cuatro años se ha incrementado ligeramente en 0,2 punto porcentual. Del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13,9% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,5% eran madres y el 3,5% estaban gestando por primera vez; estos resultados difieren ligeramente de los obtenidos en el año 2009. Al igual que en la encuesta del 2009, los resultados del año 2013 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,0% entre las de 15 años hasta el 30,2% en las de 19 años de edad.

Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (36,2%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23,9%). Mientras que menores porcentajes se aprecian entre aquellas con educación superior (8,5%) y en las del quintil superior de riqueza (5,6%).

### Embarazo y maternidad de adolescentes según ámbito geográfico

Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (20,3%) y en las residentes de la Selva (23,7%); y, los menores porcentajes en el área urbana (11,9%) y en Lima Metropolitana (10,6%).

La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según departamento. Mientras que el 30,5% de las adolescentes de Amazonas



ya tenían un hijo o estaban embarazadas; en Junín y Arequipa (solo el 7,7% cada uno) estaban en la misma situación.

Otros departamentos que presentan altos porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas, además de Amazonas fueron Ucayali (27,3%), Loreto (25,3%), Madre de Dios (23,1%), Ayacucho (22,2%) y San Martín (21,7%). Por el contrario los departamentos con menor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas con el primer hijo/a, además de Junín y Arequipa, fueron Puno (7,8%) y Áncash (9,5%).

En el Hospital Manuel Núñez Butrón, en el Departamento de Ginecología-Obstetricia en el año 2013, se atendieron 2170 partos de los cuales un 27% (426) son adolescentes. Y en el total de Cesáreas 5% (62), pertenecen a este grupo de personas. (8)

## **ASPECTOS A CONSIDERAR**

El contenido del material bibliográfico revisado y los estudios de investigación que a continuación se expresan tienen relación con el problema en estudio y servirá de base para su desarrollo.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar el 20 ó 25% de su población. En América Latina y el Caribe la población entre 10 y 24 años de edad alcanzó 155 millones en el año 2000, lo cual representa alrededor de un tercio de la población total de la región.

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. (9)

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. (10)

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. (11)(12)

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. (13)

La OPS reportó para el año 2000 en adelante 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. (14)

Un amplio estudio colaborativo de 11 instituciones colombianas de atención obstétrica, liderado por Pardo y Uriza en 1987 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 pretérmino) así como mayor frecuencia de cesárea o necesidad de fórceps.

Estas adolescentes sin control prenatal también tuvieron mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica, trabajo de parto prolongado y sufrimiento fetal. (15)

Monterrosa y Bello. (16) Encontraron que los hijos de madres en la adolescencia temprana, tuvieron menor peso al nacer que los hijos de madres adultas.

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 pretérmino, toxemia, anemia, desnutrición materna, falta de control prenatal. (15) Estudios de seguimiento a estos nacidos con bajo peso informan que al parecer hay un mayor riesgo de retardo mental, parálisis cerebral, epilepsia, ceguera o sordera.

Otros estudios reportan no existir diferencias significativas en el peso del recién nacido de madre adolescente con relación a las mujeres adultas, aunque si parecería existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos prétermino de los retardo del crecimiento fetal con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. (12) Así mismo se ha reportado mayor



incidencia de malformaciones congénitas entre hijos de madre adolescente respecto de las de mayor edad, siendo defectos del cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes.

Valdes y col. (9) 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.

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL.

**Adolescencia:** período de la vida de la persona entre los 10 y los 19 años.

**Madre adolescente:** Mujer entre los 10 y 19 años de edad que ha dado a luz un recién nacido vivo.

**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) o Gestación no controlada (Menos de 6 CPN).

**Tipo de parto:** Se define como la vía de culminación del embarazo, habiendo dos posibilidades: parto por cesárea o parto vaginal.

**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 respiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, los reflejos y el color de piel. El cual se debe tomar al minuto y a los cinco minutos.

**Bajo peso nacer:** Recién nacido con menos de 2500grs al nacer.



**Pequeño para edad gestacional:** Crecimiento intrauterino menor para su edad gestacional.

**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 pretérmino: RN de menos de 37 semanas completas, recién nacido a término: RN de 37 a 41 semanas completas y recién nacido posttérmino: RN de 42 semanas o más.

**Sospecha de sepsis neonatal precoz:** Sospecha en base a parámetros clínicos anormales del neonato.

**Ictericia neonatal patológica:** Se define como un exceso de bilirrubina (aumento entre 5 a 8 mg/dl diarios o la bilirrubina directa sea superior a 2 mg/dl) y aparezca en las primeras 24 horas, debido a múltiples factores que ectoscópicamente se expresa con el color amarillo de piel y conjuntivas del recién nacido.

**Dificultad respiratoria en el recién nacido:** Están incluidos en este concepto: la enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de aspiración meconial y otros.

**Anomalías congénitas:** Se define como defectos que tienen implicancias tanto cosméticas y médicas como quirúrgicas. Estas se pueden dividir en menores y mayores.



## CAPITULO III: METODOLOGIA

### 3.1. METODO DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos de la investigación, se utilizó el estudio ANALITICO, LONGITUDINAL Y PROSPECTIVO, este nos permitirá evaluar las características, factores de riesgo y las posteriores complicaciones perinatales de sus recién nacidos. El sujeto-objeto del estudio: Recién Nacidos de Madres adolescentes.

### 3.2. POBLACIÓN

El universo está formado por LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES, en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, entre los meses Julio a Diciembre del 2014.

### 3.3. MUESTRA

Si la población está constituida por los recién nacidos de madres adolescentes, en un total de en un total de 172, durante el periodo de Julio a Diciembre 2014 en el Servicio de Neonatología del Hospital Manuel Núñez Butrón, la muestra será según la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

$$N = 172$$

$$Z = 1.96^2$$

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$



$$d= 7\%$$

$$n= \frac{172 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.07^2 \times (172-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 91.858$$

$$n= 92.$$

### 3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

#### INCLUSION:

- Recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) en el periodo Julio – Diciembre 2014, nacidos en el Hospital Manuel Nuñez Butrón.

#### EXCLUSION:

- Recién nacidos de madres adultas y añosas (mayores de 35 años)
- Recién nacidos en otra Institución.
- Recién nacidos de parto múltiple.

### 3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó una ficha con preguntas estructuradas o cerradas la cual consigna la información obtenida de la historia clínica neonatal y el registro de partos basado en los criterios de la bibliografía revisada, dicha encuesta constituyó el registro primario de la investigación. Las variables difusas. Las variables estudiadas y su selección se correspondieron con los criterios que determinaron la elaboración de la misma.

La estructura del cuestionario consigna información obtenida en forma directa y/o indirecta, la cual fue llenada por el autor de la tesis. Consta de las siguientes partes: datos obtenidos de la historia clínica materna



y/o neonatal, datos específicos del niño al nacer, así como características antropométricas de los mismos.

### **3.6. PROCESO DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

El proceso de recolección de datos se realizó previa coordinación con el jefe del Departamento de Pediatría-Neonatología y el jefe de Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón y la Oficina de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno. Para poder permitirnos el acceso a las historias clínicas y libro de reporte de nacimientos; luego se procedió a la recolección de la información durante el periodo de estudio (Julio – Diciembre 2014), una vez hecha la captación de recién nacidos de madres adolescentes, se procedió a seleccionarlos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. Los pacientes fueron seleccionados al azar.

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

Posteriormente se procedió a su análisis estadístico usando una hoja de datos de los programas estadísticos SPSS versión 17.0.

### **3.7. VARIABLES**

#### **3.7.1 DEFINICION DE VARIABLES.**

- 1. 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 14 años
- La adolescencia tardía entre 15 a 19 años 11 meses 29 días.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

**2. 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)

(Fuente: MINSA. Guía de Atención Integral de la Salud Reproductiva Lima-Perú 07 de Enero 2011). El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

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

- Cesárea
- Vaginal

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

**4. APGAR:** Es una forma consensuada de documentar el estado del Recién Nacido en momentos puntuales. Sirve para evaluar el grado de depresión respiratoria y hemodinámica del Recién Nacido

Es un método clínico que permite evaluar al recién nacido inmediatamente después del parto; se realiza de rutina al 1er y



5to minuto de vida y algunos a los 10 minutos posteriores al nacimiento, en base a cinco parámetros que son el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, irritabilidad refleja y el color de piel. (26) Para lo cual en nuestro estudio lo hemos categorizado de esta manera: (*Ver anexo 3*)

- Apgar al minuto
- Apgar a los cinco minutos

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

**5. Peso del recién nacido:** (26) 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

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

**6. Edad gestacional por Capurro:** (26) Se define como la edad consignada después de la evaluación física inmediata al neonato en base a parámetros clínicos, para nuestro estudio:

- Recién nacido pretérmino: si la edad gestacional es inferior a 37 semanas.
- Recién nacido a término: cuando la edad gestacional oscila entre 37 a 42 semanas.



- Recién nacido postérmino: si la edad gestacional es superior a 42 semanas.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

**7. Percentil del Peso de Nacimiento:** (27) (26) Es el peso en función de la edad gestacional. Consideraremos para nuestro estudio: (*ver anexo 2*)

- RN peso bajo para EG: si el peso está por debajo del p10.
- RN peso adecuado para EG: cuando el peso está comprendido en el intervalo p10-p90.
- RN peso elevado para EG: si el peso está por encima del p90.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta

**8. Sospecha de sepsis neonatal precoz:** (26) Debido a que el hemocultivo hace el diagnóstico definitivo de sepsis, en este estudio nos basamos en la sospecha en base a parámetros clínicos anormales del neonato, por lo cual lo catalogamos de esta manera:

- Si sospecha de sepsis neonatal.
- No sospecha de sepsis neonatal.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

**9. Ictericia neonatal patológica:** (26) Se define como un exceso de bilirrubina (aumento entre 5 a 8 mg/dl diarios y la bilirrubina directa sea superior a 2 mg/dl) y aparezca en las primeras 24



horas, debido a múltiples factores que ectoscópicamente se expresa con el color amarillo de piel y conjuntivas del recién nacido, por lo cual lo catalogamos de esta manera:

- Ictericia neonatal presente
- Ictericia neonatal ausente

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo a variable consignada en la encuesta.

**10. Dificultad respiratoria en el recién nacido:** Están incluidos en este concepto: la enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de aspiración meconial y otros. Lo catalogaremos como:

- presencia de dificultad respiratoria
- ausencia de dificultad respiratoria

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo a variable consignada en la encuesta

**11. Anomalías congénitas:** (26) Se define como defectos que tienen implicancias tanto cosméticas y médicas como quirúrgicas. Estas se pueden dividir en anomalías menores y mayores. Se ha categorizado en este estudio de la siguiente manera:

- Anomalías congénitas presentes.
- Anomalías congénitas ausentes.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta

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

- Alta normal.



- Fallecido.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

### 3.7.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Denominación	Tipo	Naturaleza	Medición	Indicador	Categoría
ADOLESCENTE	Independiente	Cuantitativa	Nominal	Número de años	Adolescencia temprana. Adolescencia tardía
NUMERO DE CONTROL PRENATALES	Dependiente	Cuantitativa	Ordinal	Cantidad de CPN	Menor 6 Mayor o igual a 6.
TIPO DE PARTO	Interviniente	Cualitativo	Nominal	Tipo culminación de embarazo	Cesárea Vaginal
APGAR	Dependiente	Cualitativa	ordinal	Esfuerzo físico Frec. cardíaca Tono muscular Reflejos Color de piel	APGAR AL 1' y 5'
PESO DEL RN	Dependiente	Cuantitativa	Razón	Peso inmediato al nacer	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
PERCENTIL DE PESO DE NACIMIENTO	Interviniente	Cualitativa	Nominal	Percentil de peso al nacer	PEG AEG GEG



EDAD GESTACIONAL DEL RN	Interviniente	Cuantitativa	Ordinal	Evaluación clínica CAPURRO	Recién nacido pretérmino: <37 sem. Recién nacido a término: entre 37 a 42 semanas. Recién nacido postérmino >42 semanas
SOSPECHA DE SEPSIS NEONATAL	Dependiente	cualitativa	nominal	Criterio clínico	Si sospecha No sospecha
ICTERICIA NEONATAL	Dependiente	cualitativa	nominal	Criterio laboratorial y clínico	Si No
DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL	Dependiente	cualitativa	nominal	Criterio clínico (Puntuación de Silverman)	Presencia Ausencia
ANOMALIAS CONGENITAS	Dependiente	cualitativa	nominal	Criterio clínico	Presencia Ausencia
MUERTE FETAL	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Epicrisis	



## CAPITULO IV: AREA DE INVESTIGACIÓN

### 4.1. UBICACIÓN GEOGRAFICA.

#### **PUNO.** (17)

La provincia de Puno se encuentra ubicada en la zona Sur Oriental del territorio peruano a 3820 m.s.n.m., altitud sur 15° 50'15" longitud oeste 70° 01'18" del meridiano de Greenwich, presenta una topografía ligeramente accidentada, definiéndose tres pisos ecológicos:

Una zona circunlacustre situada entre los 3820 y los 3900 m.s.n.m. y que ofrece condiciones favorables para el desarrollo de actividades agropecuarias y además, proporciona un clima menos adverso aumentando la humedad ambiental por lo que los habitantes tienden a concentrarse en esta zona, donde se ubica la ciudad de Puno capital del departamento.

La zona intermedia o altiplano entre los 3900 a los 4200 m.s.n.m. que presenta una topografía ligeramente accidentada y gran abundancia de pastos que favorecen el desarrollo de la ganadería por lo que Puno es considerada eminentemente ganadera, sobre todo en lo que respecta a la cría de bovinos, ovinos y camélidos.

Zona alta o Cordillerana, Ubicado por encima de los 4200 m.s.n.m., con presencia de nevados permanentes y temporales, confiriendo una gran belleza al paisaje, el clima es muy seco y frígido, relativamente adverso para la vida humana.

La provincia de Puno tiene una superficie territorial de 6,493 km<sup>2</sup> que representa el 9.02% del territorio del Departamento de Puno y el promedio de ocupación territorial es de 33 habitantes. Por Km<sup>2</sup>. Está conformado por 15 distritos: Puno, Acora, Amantani, Atuncolla, Capachica, Chucuito, Coata, Huata, Mañazo, Paucarcolla, Pichacani, Platería, San Antonio, Tiquillaca y Vilque.

La demografía para la Provincia de Puno para el año 2011, se caracteriza por tener una población estimada de 243,441 habitantes, distribuidos en sus 6493 Km<sup>2</sup> teniendo mayor número de población los



distritos de Puno con 135,933; Acora con 29,102 y Capachica con 11,625 habitantes; representando estos tres distritos el 70% del total de la población de la provincia de Puno. En cuanto a la población relativa se observa que los distritos con mayor densidad poblacional son Amantani con 296.4, Puno con 295.45 y Capachica con 99.31 habitantes por km<sup>2</sup>; así mismo los distritos de menor densidad poblacional son los Distritos de Pichacani con 3.43 km<sup>2</sup> y Tiquillaca con 4.31 habitantes por km<sup>2</sup>.

**Límites:**

- Por el Norte: con las provincias de Huancané y San Román.
- Por el sur: con la Región Tacna.
- Por el este: la provincia de El Collao.
- Por el oeste: con la Región Moquegua.

**Hidrografía.** La hidrografía de la provincia de Puno la conforman diversos ríos que desembocan en el lago Titicaca entre ellos tenemos:

- Ríos más importantes: Suche, Huancané, Ramis, Coata, Ilave, Desaguadero y San Gabán.
- Lago: Titicaca (el lago navegable más alto del mundo).
- Laguna: Umayo.
- Islas importantes en el lago Titicaca: Amantani, Taquile.

**Clima.** En general el clima de Puno es frío y seco, la ciudad de Puno al ubicarse a orillas del lago tiene un clima temperado por la influencia del lago. Las precipitaciones pluviales son anuales y duran generalmente entre los meses de diciembre a abril, aunque suelen variar en ciclos anuales, originando inundaciones y sequías, generalmente las precipitaciones son menores a 700 mm.

La temperatura es muy variable, con marcadas diferencias entre los meses de junio y noviembre y con oscilaciones entre una temperatura promedio máxima de 21 °C y una mínima de -15 °C.



## HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON

El presente estudio se realizará en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, de la ciudad de Puno, el cual se ubica al sureste del Perú, en la Meseta del Collao. En este departamento se ubica el lago más alto del mundo: el Titicaca. Cuenta con unidades geográficas como los andes, que representa aproximadamente el 70% de la superficie departamental y está conformada por el altiplano, laderas, áreas intermedias y la cordillera. La selva, que representa el 25% de su territorio, es poco habitada y está escasamente integrada a la economía departamental. El clima de la región es frío y seco, con una estación lluviosa de 4 meses. En la selva el clima es templado-cálido. Los recursos hídricos están constituidos por el Lago Titicaca, 50 lagunas y más de 300 ríos. Existe además un importante potencial de aguas subterráneas. Limita por el Norte con Madre de Dios, por el oeste con Cusco y Arequipa, por el Sur con Moquegua y Tacna y por el Este con la República de Bolivia y con una población de 1 268 441 hab. Según censo de 2007.

El Hospital regional Manuel Núñez Butrón, de Puno, esta ubicado en la zona sur de la ciudad, en el barrio Victoria, distrito, provincia y departamento de Puno; a 3827 msnm, tiene un área construida de 7 767 metros cuadrados, sus limites son: por el norte con la calle Ricardo Palma, por el oeste con la calle Ica y Tacna, por el sur con la calle José Antonio Encinas y por el este con la avenida EL Sol. El hospital tiene una capacidad de 250 camas.

Cuenta con los siguientes servicios: cirugía, centro quirúrgico, medicina, gineco-obstetricia, pediatría, neonatología, neurocirugía, oftalmología, emergencia y consultorio externo.

El nosocomio de referencia corresponde al III nivel de atención y brinda servicios en hospitalización y atención ambulatoria a los usuarios que acuden a este nosocomio.



#### 4.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y RECURSOS

“COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN. JULIO –DICIEMBRE 2014”

N	ETAPAS	MES	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBR E				OCTUBR E				NOVIEMB RE				DICIEMB RE						
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
			SEMANA S				Duración (semanas)																										
I	REVISION BIBLIOGRAFICA	2	X	X																													
II	ELABORACION DEL PROYECTO	2			X	X																											
III	PRESENTACION DEL PROYECTO	3				X	X	X																									
IV	ELABORACION DE INSTRUMENTOS	3					X	X	X																								
V	APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS	20								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
VI	TABULACION DE DATOS	3																												X	X	X	
VII	ELABORACION DE BORRADOR TESIS	2																												X	X		



## RECURSOS

**RECURSOS HUMANOS:** Toda la investigación, tanto como la elaboración y la recolección de datos fueron realizadas por el investigador.

**RECURSOS MATERIALES:** La investigación fue realizada gracias a presupuesto del investigador.

## INSTITUCIONES

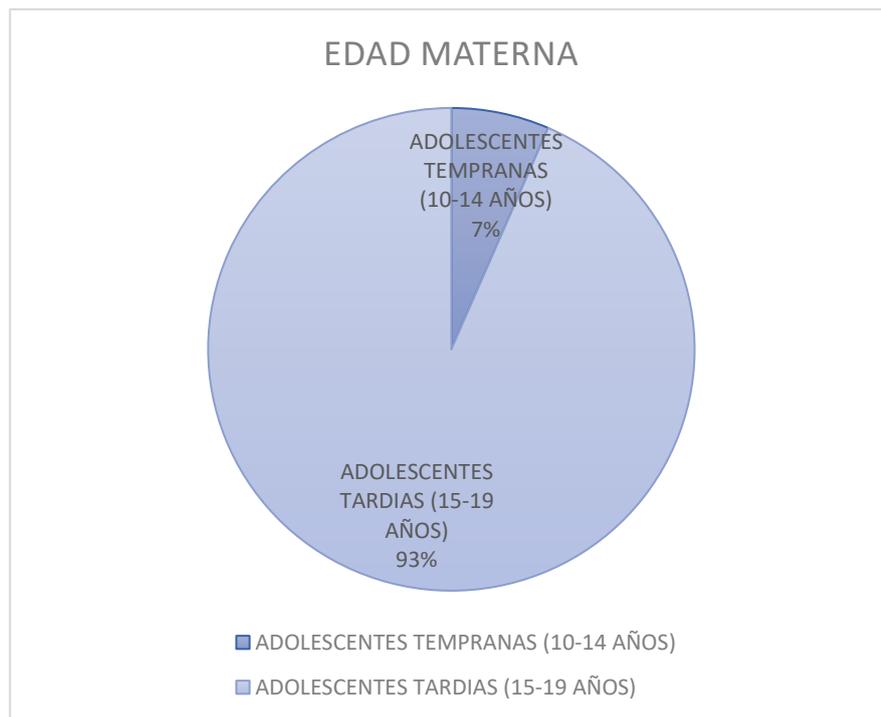
- Departamento de Investigación de la Facultad de Medicina Humana – UNAP
- Hospital Regional Manuel Nuñez Butron:
  - Servicio de Neonatología.
  - Unidad de Estadística e Informática HRMNB – Puno.

## CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

### 5.1 RESULTADOS

#### GRAFICO 01

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGUN EDAD MATERNA EN EL HRMNB-PUNO.  
JULIO-DICIEMBRE 2014

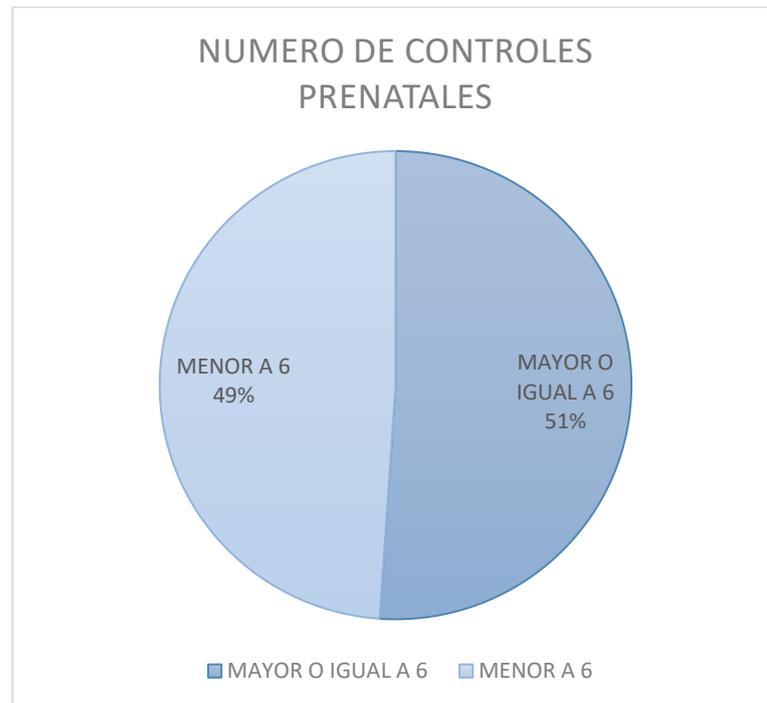


Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el periodo julio – diciembre 2014 se obtuvo que el 7% de madres adolescentes se encuentran en el rango de edad de 10 a 14 años teniendo el total de madres en este rango 14 años según la muestra, asimismo, se obtiene que el 93% de madres tienen entre 15 y 19 años.

## GRAFICO 02

### NUMERO DE CONTROLES PRENATALES (CPN) DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB-PUNO. JULIO-DICIEMBRE 2014

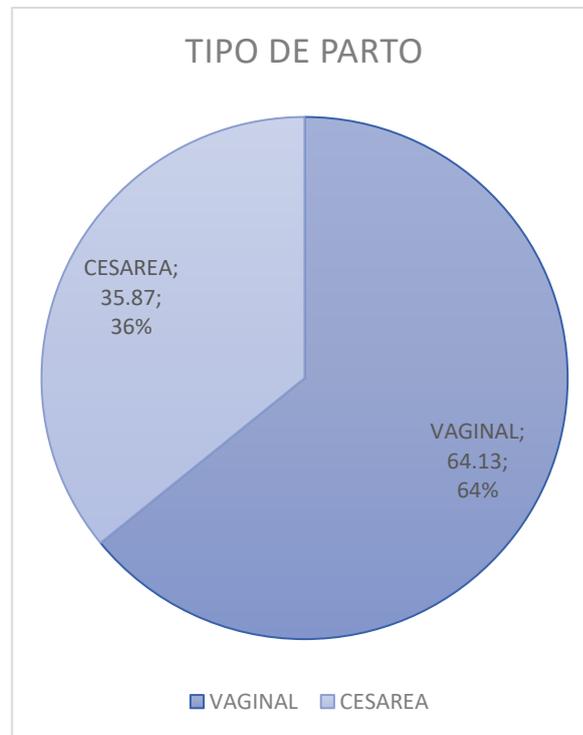


Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el periodo julio – diciembre 2014 se obtuvo que el 49% de las madres adolescentes cumplieron con asistir a menos de 6 controles prenatales, así mismo el 51% de las madres asistieron de 6 a 11 controles prenatales.

### GRAFICO 03

#### TIPO DE PARTO DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB-PUNO. JULIO- DICIEMBRE 2014



Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el periodo julio – diciembre 2014 se obtuvo que el 35.87% de madres tuvieron parto por cesárea mientras que el 64.13% fue por vía vaginal.



### TABLA 01

#### APGAR 1 MINUTO DE RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB-PUNO. JULIO-DICIEMBRE 2014

APGAR 1	NUMERO	PORCENTAJE
0 a 3	8	8.7%
4 a 6	6	6.52%
7 a 10	78	84.78%
TOTAL	92	100%

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón se obtuvo que el 8.7% de los recién nacidos de madres adolescentes obtuvieron un AGAR de 0 a 3, el 6.52% obtuvieron 4 a 6 y el 84.78% obtuvieron un APGAR de 7 a 10.

### TABLA 02

#### APGAR A LOS 5 MINUTOS DE RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB-PUNO. JULIO-DICIEMBRE 2014

APGAR 05	NUMERO	PORCENTAJE
0 a 3	2	2.17%
4 a 6	2	2.17%
7 a 10	88	95.65%
TOTAL	92	100%

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón se obtuvo que el 2.17% de los recién nacidos obtuvieron un APGAR de 0 a 3, de la misma manera el 2.17% un APGAR de 2.17% y finalmente un 95.65% de los recién nacidos obtuvo un APGAR de 7 a 10.

### TABLA 03



## PESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB- PUNO. JULIO-DICIEMBRE 2014

PESO	NUMERO	PORCENTAJE
Extremo bajo peso al nacer (<1000g).	0	0%
Muy bajo peso al nacer (1000g - 1499g).	0	0%
Bajo peso al nacer (1500 g -2499g).	8	8.7%
Peso insuficiente al nacer (2500g a 2999g)	33	35.87%
Adecuado peso al nacer (3000g a 3999g).	51	55.43%
Peso alto al nacer (> 4000g)	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón se obtuvo que el 0% de nacidos presentaba extremo bajo peso al nacer, de la misma manera es 0% el porcentaje de nacidos con muy bajo peso al nacer; el 8.7% de nacidos presentaba bajo peso al nacer, el 35.87% presentó peso insuficiente al nacer mientras el 55.43% de nacidos presentaba adecuado peso al nacer, finalmente el 0% de nacidos presento peso alto al nacer.

**TABLA 04**



## PERCENTIL DE PESO DE RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB-PUNO. JULIO-DICIEMBRE 2014

PERCENTIL DE PESO	NÚMERO	PORCENTAJE
PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL (PEG)	17	18.48%
APROPIADO PARA EDAD GESTACIONAL (AEG)	73	79.35%
GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL (GEG)	2	2.17%
TOTAL	92	100%

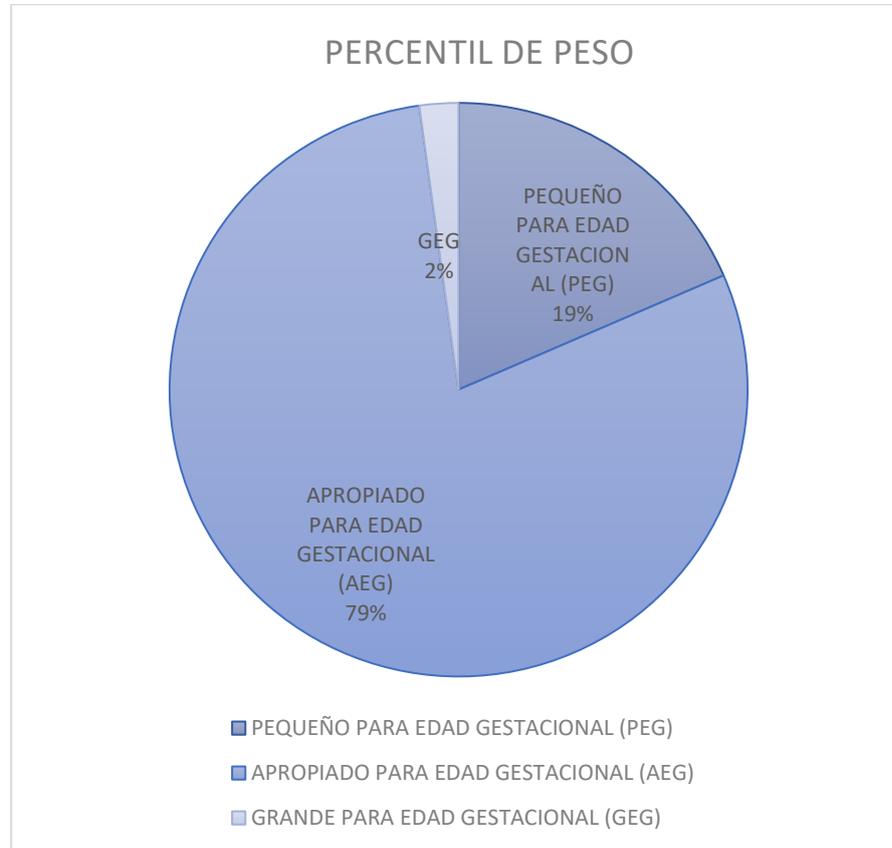
Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón se obtuvo que el 18.48% de recién nacidos se encontraban pequeños para edad gestacional (PEG) el 79.35% presentaba un percentil de peso apropiado para edad gestacional y el 2.17% un percentil grande para edad gestacional.

### GRAFICO 05



## PERCENTIL DE PESO DE RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB-PUNO. JULIO-DICIEMBRE 2014



Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón se obtuvo que el 18.48% de recién nacidos se encontraban pequeños para edad gestacional (PEG) el 79.35% presentaba un percentil de peso apropiado para edad gestacional y el 2.17% un percentil grande para edad gestacional.

**TABLA 05**



## EDAD GESTACIONAL DE RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB-PUNO. JULIO-DICIEMBRE 2014

EDAD GESTACIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
PRETERMINO (<37 semanas)	4	4.35%
A TERMINO (37 a 41 semanas)	88	95.65%
POSTERMINO ( $\geq$ 42 semanas)	0	0%
TOTAL	92	100%

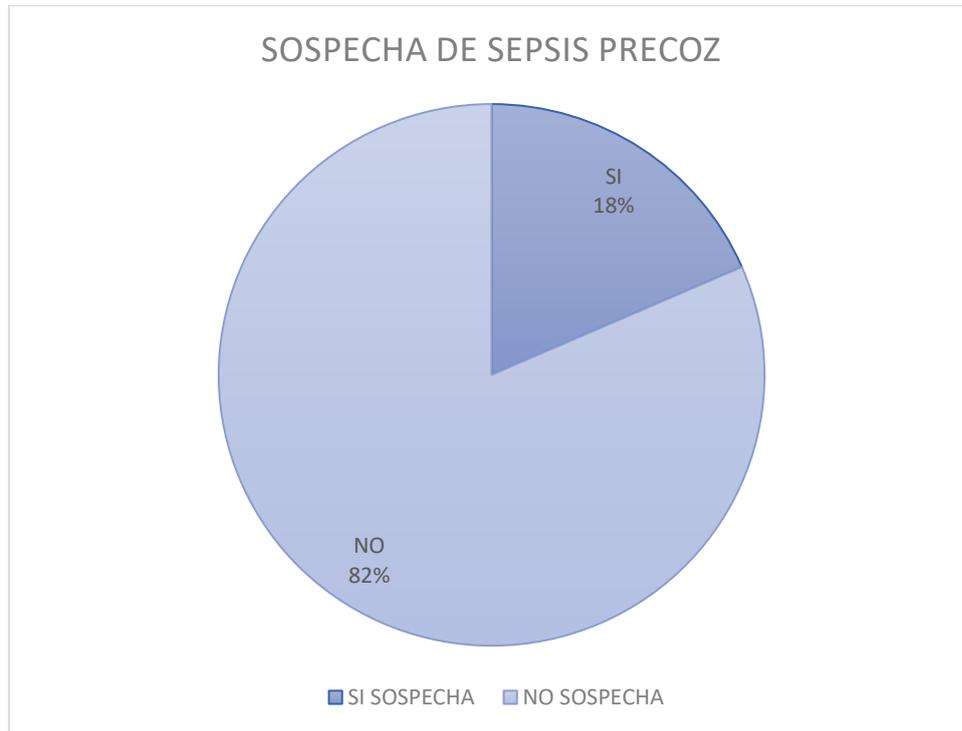
Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón se obtuvo que el 4.35% de recién nacidos presentaban una edad gestacional menor a 37 semanas, el 95.65% presentaba una edad gestacional a término entre 37 y 41 semanas, y el 0% presentaba una edad gestacional igual o mayor a 42 semanas.

### GRAFICO 06



## SOSPECHA DE SEPSIS PRECOZ EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB. JULIO-DICIEMBRE 2014.

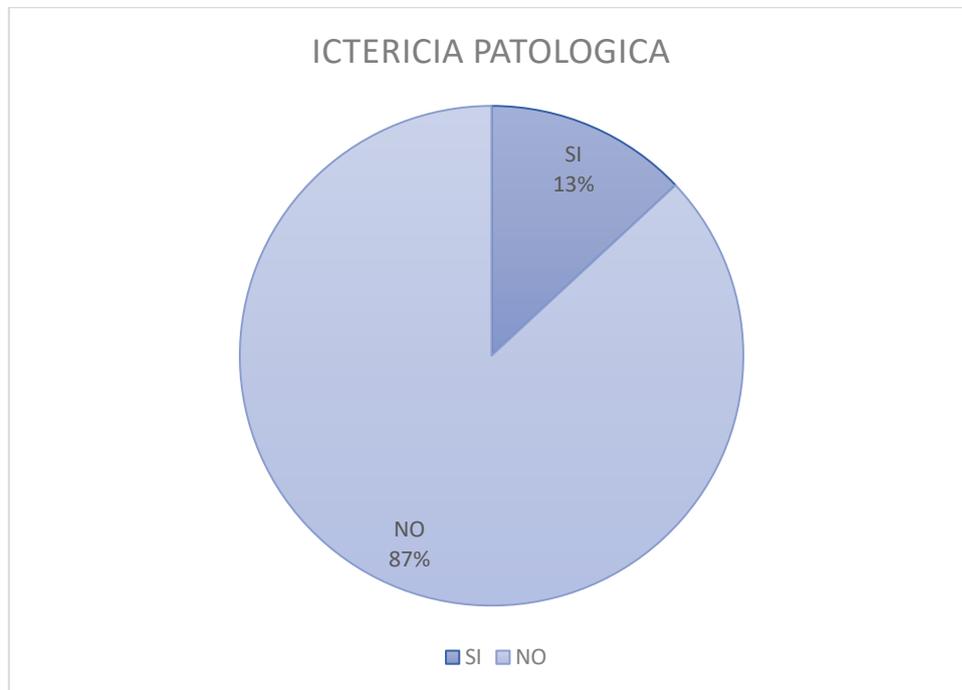


Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De Los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo de Julio –Diciembre 2014; se obtuvo que hay sospecha de sepsis precoz en recién nacidos de madres adolescentes en un 18% de los casos, no habiendo sospecha de sepsis precoz en un 82%.

## GRAFICO 07

### ICTERICIA PATOLÓGICA EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB. JULIO-DICIEMBRE 2014.



Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo Julio – Diciembre 2014 se obtuvo; que el 87% de recién nacidos no presentaron ictericia patológica, el 13% si presentó ictericia.



## TABLA 06

### DIFICULTAD RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB. JULIO-DICIEMBRE 2014.

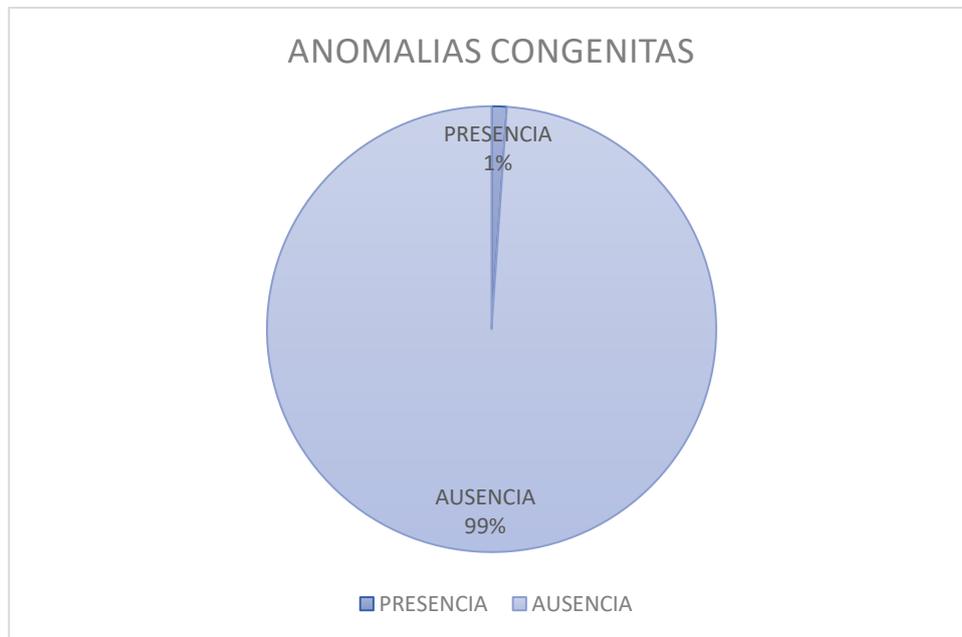
FRECUENCIA PORCENTAJE		
PRESENCIA	9	9.78
AUSENCIA	83	90.22
TOTAL	92	100.00

Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo Julio – Diciembre 2014 se obtuvo; que el 90% de recién nacidos no presentaron dificultad respiratoria, el 10% % si presento dificultad respiratoria.

## GRAFICO 08

### ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRMNB. JULIO-DICIEMBRE 2014.



Fuente: Datos obtenidos de historias clínicas

De los datos obtenidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo Julio – Diciembre 2014 se obtuvo; que el 99% de recién nacidos no presentaban anomalías congénitas, el 1% si presento anomalías congénitas.



## 5.2. DISCUSION

En el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron de Puno, en el periodo de Julio-Diciembre del 2014, se realizaron 1065 atenciones de parto, de los cuales un 16.3% corresponden a adolescentes (10 a 20 años) cifra similar al promedio nacional, con edad promedio de 16.7 años. (3,19,20)

En nuestro estudio no se ha pretendido indagar de manera rigurosa las complicaciones maternas y factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, que podrían repercutir en complicaciones perinatales de sus recién nacidos. Sin embargo es importante presentar de manera general algunos factores maternos que se analizó.

En el Grafico Nro. 1, se hace referencia a la distribución según la edad de madres adolescentes, para lo cual se dividió en adolescencia temprana (10-14 años) y adolescencia tardía (15-19 años). Habiendo en nuestra muestra solamente 6 (7%) adolescentes tempranas. Siendo predominante en nuestro estudio las madres en adolescencia tardía, con un total de 86 (93%).

Sin embargo 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, en el periodo de 1995 a 1997, concluyéndose que las complicaciones perinatales se presentaron en el grupo de adolescentes tempranas el 20,6% con respecto al de adolescentes tardías que representó el 14.3% (20).

Lastimosamente en nuestro estudio no se pudo llegar a una conclusión al respecto por la muestra insuficiente, pero al comentar el último estudio hechos en el Perú podríamos justificar las diferencias apoyándonos en que talvez los factores socioculturales hayan influido de tal manera que los resultados sean diferentes como lo ya mencionado.



En el Grafico Nro. 2, tenemos en nuestra muestra 47 madres adolescentes (51%) tuvo un control prenatal adecuado, es decir 6 o más controles, con respecto a 45 adolescentes (49%) que tuvieron controles menores a 6.

Casi la mitad de madres adolescentes no tienen o tienen control prenatal inadecuado. La falta de control prenatal en las adolescentes es un hecho reportado en muchos estudios. (11,12,13,15,18,19,20). La demora del Control Prenatal se debería al temor de descubrir que están embarazadas y postergan la comunicación a sus padres, sin saber dónde recurrir.

En el Grafico Nro. 3, en nuestra muestra de adolescentes tenemos que la culminación del embarazo, un total de 59 gestantes adolescentes fue por vía vaginal(64%) , mientras que, es decir 33 gestantes adolescentes (36%) lo hizo por cesárea.

Cabe denotar el estudio de 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, en el periodo de 1995 a 1997, concluyéndose que el total de cesáreas en adolescentes fue 515 (18.9% del total de adolescentes), además siendo mayor la indicación de cesárea en adolescentes tardías con respecto a las tempranas. (20)

También el estudio de Urbina y Pacheco de diseño retrospectivo descriptivo en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de tiempo del 2000 a 2004, estudiándose una muestra de 442 gestantes adolescentes y su relación con variables maternas y neonatales, concluyéndose que el 58.5% de los partos termino vía vaginal y el 41.5% por cesárea, además en las adolescentes de 17 años o menos hubo mas partos por cesárea que por vía vaginal. (21)



Asimismo en el estudio de Gamarra A. En su estudio de Complicaciones Perinatales En Recién Nacidos De Madres Adolescentes En El Hospital Nacional Hipólito Unanue en el Periodo 2011-2012, en su estudio observacional descriptivo, retrospectivo, estudiándose una muestra de 392 partos de adolescentes, 27.3% culmina por cesárea. (18)

En nuestro estudio el porcentaje de gestantes adolescentes que culminaron su embarazo por cesárea, se puede explicar a que en nuestra muestra hay más adolescentes tardías, cuya pelvis presenta modificaciones que la asemejan a la de una mujer adulta, haciéndose posible el parto vaginal, si es que no hubiese otra implicancia medica que lo impida.

En la Tabla Nro. 1 y Nro. 2, tenemos que el APGAR al minuto, en nuestra población de recién nacidos de madres adolescentes fue: de 0-3 8(9%), 4-6 6(6%), 7-10 78(85%). Mientras que el APGAR a los 5 minutos fue: de 0-3 2(2%), 4-6 2(2%), 7-10 78(96%). Es sabido que el test de APGAR, no solamente se ha usado como indicador de asfixia sino también se ha usado como indicador de sobrevivencia neonatal. Se conoce que el APGAR al 1 minuto da el diagnóstico, mientras que a los 5 minutos da el pronóstico. (18)

Cabe resaltar el estudio hecho por Flores y col, en donde se determina la morbilidad neonatal en un grupo de 120 recién nacidos a término con Apgar bajo recuperado, diagnosticados con base en la calificación igual o menor a 6 al primer minuto e igual o más de 7 a los cinco minutos, además de corroborar el diagnóstico con la gasometría y el perfil de asfixia, concluyéndose que de 29 recién nacidos solo 6 presentaron un PH menor de 6,99, sin ninguna complicación inmediata de asfixia perinatal. (23)

Existe otro estudio realizado por Rodríguez y col, donde se toma la calificación del APGAR como predictor y pronóstico de secuelas a largo plazo tal como 4 años , es decir se tomaron 400 recién nacidos de los cuales 156 presentaron APGAR de 5 a 7 en el primer minuto y a los cinco minutos 8 a 9, con perfil de asfixia normal y gasometría normal, se les hizo un seguimiento



de 10 años, de los cuales 24,5% presentaron problemas neurológicos el primer año de vida, 27% el segundo año de vida, 37 % el tercer año de vida y 12% el cuarto año de vida. Por lo cual concluyen que la calificación de APGAR debe de ser considerada al quinto minuto pronostica pero solo por los dos años de vida siguientes. (24)

Es así que si bien es cierto en este estudio, el 75% de los recién nacidos con APGAR <3 se recuperaron a los 5', de igual manera el 66% de los recién nacidos con APGAR <6 se recuperaron a los 5', teniendo mejor sobrevida neonatal mientras que los demás, han necesitado soporte médico para poder adaptarse al medio extrauterino conforme pasaron los minutos.

Al comparar la incidencia de Apgar bajo al min y a los 5 min, encontrada en este trabajo con la de otros autores se apreció que la recuperación fue pobre puesto que en la literatura todos los autores coinciden en que la recuperación de los neonatos con Apgar bajo al min debe estar por encima del 80 % a los 5 min ya que al momento del nacimiento pueden existir múltiples eventos que producen una hipoxia transitoria y reversible que repercute en el Apgar al min del nacimiento como son compresiones de la cabeza fetal, compresiones y circulares del cordón umbilical y otros mientras que cuando existe un Apgar bajo a los 5 min de vida, es expresión de causas de hipoxia fetal mucho más serias como son sufrimiento fetal, crónico o agudo, trauma fetal intraparto, accidentes placentarios, malformaciones congénitas sobre todo aquellas incompatibles con la vida o del aparato cardiovascular(26).

Es así que tomando en consideración los artículos citados, podemos decir que el 9% y 6% de nuestra muestra tuvo un diagnóstico de depresión severa y moderada respectivamente, el 60% de estos recuperó el APGAR al quinto minuto, sería importante considerar una evaluación longitudinal y prospectiva de estos pacientes para evaluar secuelas neurológicas posibles a largo plazo.

En la tabla Nro 3, en nuestra muestra de recién nacidos de madres adolescentes: del 100% de muestra; hubieron 8 (9%) de RN con bajo peso al



nacer, 33 (36%) con peso insuficiente al nacer, 51(55%) con adecuado peso al nacer.

En relación al peso se cita el estudio realizado por Urbina y col “Embarazo en adolescentes “, donde refiere que del 100 % de recién nacidos el 11,9% de estos pesó menos de 2500 g; 84,4% pesó entre 2 500 a 3 999 g y el 3,7% más de 4000g encontrándose una mayor proporción de RN con peso menor a 2 500 g en las adolescentes de 17 años o menos. Por otra parte hace mención que en este último grupo mencionado, hubo proporcionalmente más nacimientos pretérmino que en las de 18 y 19 años (36,4% vs.13, 2%). (22)

Mencionar además que en la Tabla 5 de nuestro estudio, en lo que respecta a la edad gestacional: los recién nacidos pretérmino fueron 4 (4.3%), los recién nacidos a término fueron 88(95%) y no hubo un recién nacido postérmino.

La prematuridad se debería, no solamente a la edad materna, sino a otros factores asociados como baja escolaridad, ruralidad o marginalidad y ausencia de control prenatal o control inadecuado. La presencia de bajo peso al nacer, se debería además de la edad materna, a otros factores como el peso y la talla materna que son significativamente menores que la adulta, y a la falta de control prenatal, factores que inciden directamente en la salud del neonato más que la edad de la madre. (19)

Esto sumado a que posiblemente dichas adolescentes no realicen un aumento adecuado de peso durante su gestación por miedo a que repercuta en su aspecto posterior al embarazo, puede que sea un factor influyente, que debe ser investigado a profundidad por otros trabajos que tengan este objetivo.

En la Tabla Nro 4, en nuestra muestra de recién nacidos de madres adolescentes, en cuanto a los percentiles del peso al nacer. Corresponden 17 (18%) los pequeños para edad gestacional (PEG), 73 (79%) apropiado para edad gestacional (AEG) y 2 (2%) grande para edad gestacional (GEG). El peso promedio de RN en nuestro estudio fue de 3034 gramos.



A propósito de estos resultados, en el estudio de Licona M, Huanco D. sobre Riesgos en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Concluye que el peso promedio de los recién nacidos de madres adolescentes es de 3,251gramos, el 81% de RN de madres adolescentes tienen peso adecuado, 4.7% presentan bajo peso y 1.2% muy bajo peso al nacer, teniendo las adolescentes 1.34 veces mayor riesgo de tener un recién nacido con peso entre 1500 y 2499 gramos que las adultas. En cuanto a la relación Peso/Edad Gestacional, encontramos el 86.3% de RN de madres adolescentes tienen un peso AEG, 8.4% son PEG, teniendo las madres adolescentes 1.34 veces mayor riesgo de ser PEG en relación a las adultas. (19)

Con este último estudio, se puede inferir que además que se tiene un porcentaje importante en nuestro estudio de recién nacidos de madres adolescentes pequeños para edad gestacional (PEG), además de tener un peso promedio bajo con respecto al mismo.

Con respecto a las complicaciones perinatales que llevaron a la hospitalización inmediata de los recién nacidos se obtuvo en orden de frecuencia sospecha de sepsis neonatal precoz 17 (18.4%), ictericia patológica 12(13.4%), dificultad respiratoria neonatal 9 (9.7%), anomalías congénitas 1 (1.09%), lo cual se correlaciona por el orden con el estudio hecho en nuestro país, por Morales y col donde concluye que en los productos de adolescentes ,la segunda complicación más frecuente fue la sepsis neonatal (11,4%), seguida de ictericia neonatal (10,2%), trastornos metabólicos (7,2%), problemas infecciosos (7,2%), depresión neonatal (6,4%), sífilis (3,9%), malformaciones congénitas (2,8%), prematuridad (2,8%), y otras.(16)



Así como de Gamarra A. En donde concluye que se obtuvo en orden de frecuencia las siguientes patologías, sospecha de sepsis neonatal precoz 62(15.8%), ictericia patológica 41 (10.5%), obstrucción intestinal 16(4.1%), anomalías congénitas 8 (2%), hidrocefalia 4(1%), depresión moderada 24 (6%) depresión severa 16 (4%). (18)

En lo que respecta a la mortalidad neonatal en la primera semana de vida, en el transcurso de nuestro estudio hubo 2, lo que representa el 2.17%.



## CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RESULTADOS

### 6.1. CONCLUSIONES

1. Las principales complicaciones perinatales en nuestro estudio en el periodo de tiempo establecido son: recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) en un total de 17 recién nacidos, esto representa el 19% del total, asimismo, recién nacidos con bajo peso siendo estos 8 (9%) del total de la muestra, considerándose a los que pesaron menos de 2500 gramos, sospecha de sepsis neonatal precoz 17 (18%), ictericia patológica 12(13%), dificultad respiratoria neonatal 9 (10%), anomalías congénitas 1 (1%), depresión moderada 6 (6%), depresión severa 8 (9%).
2. Cerca de la mitad de las madres adolescentes no tuvo un adecuado o no tuvo controles prenatales siendo estos menos de 6, en un total de 45 adolescentes, esto representa un 49%.
3. La culminación del embarazo en gestantes adolescentes por cesárea, se encuentra elevada, siendo más de la tercera parte de todos los partos realizados a adolescentes, en un numero de 33, lo que representa un 36%.
4. La adolescencia por si misma se constituye en un factor de riesgo para el futuro ser en la medida que afecta su crecimiento intrauterino adecuado y por lo tanto conlleva a mayor riesgo de morbilidad en el periodo neonatal.



## 6.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda promover programas de educación sexual a nivel escolar, con el fin de concientizar a los jóvenes a manejar responsablemente su sexualidad.
- Fomentar el conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes, promover consultas de atención ginecológica y de planificación familiar exclusiva para adolescentes.
- Se debe realizar un manejo integral y multidisciplinario tanto en la gestante adolescente como de su neonato en base a la realidad planteada en este estudio.
- Capacitar adecuadamente al personal de salud para reconocer las complicaciones perinatales en los recién nacidos.
- Se hace necesario idear un método propio a la casuística de nuestra población para prevenir diagnosticar y tratar de forma precoz y oportuna a los recién nacidos con base a la importancia de los factores de riesgo conocidos y edad de la madre.
- Debemos ser capaces de hacer más efectiva y segura las actuales pautas de manejo tanto obstétrico como perinatal para disminuir los riesgos así como para prevenir los daños.



## BIBLIOGRAFIA

1. UNICEF. La Adolescencia una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia 2011. Honduras 2011. [citado 15 Set 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.org/honduras/Estado\\_mundial\\_infancia\\_2011.pdf](http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf)
2. Cunninham F. Leveno K. WILLIAM OBSTETRICIA. 23 edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana Editores.
3. MINSA-Peru. Todo a su tiempo LA MATERNIDAD ES UN ASUNTO SERIO. Endes 2011. [citado 15 Set 2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvemb\\_embarazosadolescentes.html](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvemb_embarazosadolescentes.html)
4. Tasa de Embarazos en adolescentes es crítica. Publimetro.pe. [Revista Electronica]. Marzo 2014.[Citado 24 Set 2014]. Disponible en: <file:///G:/TESIS%20OKI%20IBLIOGRAFIA/Tasa%20de%20embarazos%20en%20adolescentes%20es%20cr%EDtica%20-%20Publimetro%20Per%FA.htm?ref=ecr>.
5. Perú: Encuesta Demografica y De Salud Familiar 2013. FECUNDIDAD- Edad de la Madre al nacimiento del Primer Hijo. Endes 2013. P 15. Dsiponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digiales/Est/Lib1151/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1151/index.html)
6. Meneghello R. Fanta N. PEDIATRIA MENEGHELLO. Adolescente Embarazada. P 405-407. 5ta edición. Editorial Medica Panamericana.
7. Perú: Encuesta Demografica y De Salud Familiar 2013. FECUNDIDAD- Fecundidad de. Endes 2013. P 16-18. Dsiponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digiales/Est/Lib1151/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1151/index.html)
8. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Estadística 2013. Actividades Relacionadas al Parto.
9. Valdés S,Essien J y col.Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2003. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones
10. Ojeda G. Revista Colombiana de ginecología. Octubre 2003. Implicancias médicas del embarazo en la adolescencia.



11. Cecilia Moya. Advocates for Youth.Rights Respect Responsibility. Abril 2002. La Salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe.
12. Juan R. Issler, MD.Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N°107,Agosto 2001.Embarazo en la Adolescencia.
13. Redondo F y col. Investigación Clínica en Perinatología. Monografías. Septiembre 2012. Embarazo Adolescente y Riesgo Neonatal.
14. Maddaleno M. OPS/OMS Noviembre 2000. Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes.
15. Pardo F.,Uriza G. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 1991, 42(2):109-121.Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones colombianas.
16. Monterrosa A. Revista Planificación, población y desarrollo. 1993;10(22):78-79.Embarazo en adolescentes. El drama de las niñas-madres.
17. Plan Operativo Institucional 2013. Hospital Manuel Nuñez Butrón UE 411. DIRESA-Puno.
18. Gamarra A. Complicaciones Perinatales En Recién Nacidos De Madres Adolescentes En El Hospital Nacional Hipólito Unanue En El Periodo 2011-2012. p 16-20.
19. Licon M, Huanco D. Riesgos en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Diagnostico 2000; 39(1):17-22. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2000/enefeb00/35-40.html>
20. Tang. Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995-1999.Anales de la Facultad de Medicina UNMSM, vol. 61, núm. 1, 2000, pp. 46-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37961106>
21. Sanchez M. Hallazgos Perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2032-2003. Unidad de Postgrado UNMSM.



22. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en Adolescentes en el Hospital Nacional Rebagliati Martins, Essalud en el periodo enero 2000 a diciembre 2004. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.
23. Flores y col; "Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a termino con Apgar bajo recuperado". Revista Mexicana de Pediatría 2012;14(3):113-116.
24. Rodríguez y col "La calificación del APGAR y secuela neurológicas a largo plazo" Revista Mexicana de Neurociencia 2012; 13(5):267-270.
25. Laffita y col "Apgar bajo al nacer y eventos periparto" Revista Mexicana de obstetricia 2012;14(9):239-246.
26. Tapia J, Gonzáles A. NEONATOLOGIA. Tercera edición 2008. Editorial Mediterráneo.
27. Gomella T. NEONATOLOGIA; tratamiento, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármacos. Sexta Edición 2011. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.



# ANEXOS

En los gráficos se muestran las curvas de peso de la Dra. Juez con las correcciones por sexo del RN, talla y paridad materna (Figura 3-1), la curva de peso corregida por datos de

Pittaluga (Figura 3-2), y las curvas de talla, circunferencia craneana e índice ponderal de Juez (Figura 3-3).

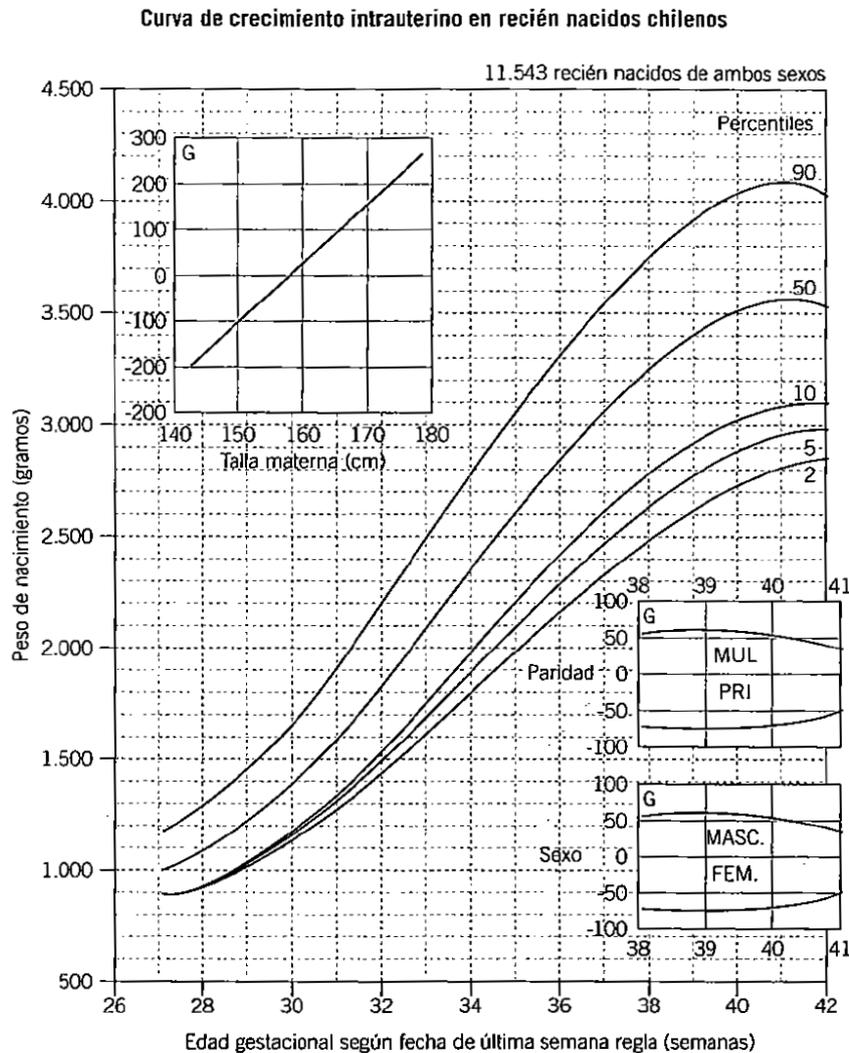


Figura 3-1

Crecimiento intrauterino en 11.543 recién nacidos vivos, expresado en percentiles 2, 5, 10, 50 y 90 de peso de nacimiento según la edad gestacional desde las 27 a las 41 semanas de EG. Ajuste polinomial de tercer orden. En recuadros: factor de corrección del percentil según talla y paridad materna y según sexo fetal (reproducido con autorización y modificaciones de: Juez *et al.* Rev Chil Pediatr 1989; 60(4):198-202). Reproducción autorizada de la Gráfica de Evaluación Neonatal del Ministerio de Salud de la República de Chile. Uso de la Figura 3-1. El peso de nacimiento del RN se ubica en la curva de PN EG. Si tiene 38 semanas de EG o más, se desplaza hacia arriba cuando la madre es primigesta o de baja estatura o si el RN es mujer, en los gramos que indica el factor de corrección de percentil en los recuadros; se desplaza hacia abajo si la madre es multipara, de alta estatura o si el RN es hombre. Los factores de corrección en recuadros corresponden a percentiles, que están más altos en la multipara, en la mujer alta y en el feto masculino, por eso el PN se desplaza en sentido contrario al desplazamiento del percentil.



TEST DE APGAR					
Signo	Frecuencia Cardíaca	Movi- mientos Respirato- rios	Color de la Piel	Tono Muscular	Respuesta Estímulos
Puntuación					
2	Superior a 100 por minuto	Buena Llanto (fuerte)	Normal Rosada	Movimientos activos	Enérgica
1	Inferior a 100 por minuto	Lentos Irregular	Normal (salvo manos y pies cianóticos)	Extre- midades flexionadas	Muecas
0	Ausente	Ausente	Cianosis y palidez	Flacidez generalizada	Nula



**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

N de Ficha:.....

**HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON**

**COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES. Puno 2014**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Historia Clínica: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Edad materna: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_/

Estado civil: 1. Soltera ( ) 2. Casada ( ) 3. Conviviente ( ) 4. Otros ( )

Procedencia: (ciudad/distrito):

Grado de instrucción: 1. Analfabeta ( ) 2. Primaria ( ) 3. Secundaria ( ) 4. Superior ( )

Controles Prenatales: 1. No ( ) 2. Si ( ) Cuantos: \_\_\_\_\_

Talla materna: Anemia: 1. Si ( ) 2. No ( )

ITU materno: 1. Si ( ) 2. No ( ) RPM: 1. Si ( ) 2. No ( )

Preeclampsia: 1. Si ( ) 2. No ( ) Tipo: \_\_\_\_\_

**ASPECTOS DEL NACIMIENTO**

Terminación de embarazo: 1. Espontaneo ( ) 2. Cesárea ( )

3. fórceps ( ) 4. Vacumm ( )

Líquido amniótico: 1. Claro ( ) 2. Verde fluido ( ) 3. Verde espeso ( )

Sexo: 1. Femenino ( ) 2. Masculino ( )

Talla (cm): \_\_\_\_\_ Peso (gr): \_\_\_\_\_ Edad Gestacional: \_\_\_\_\_

PC: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_

Apgar: 1. 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_

Reanimación: 1. No ( ) 2. Oxígeno ( )  
3. Bolsa y máscara ( ) 4. Intubación endotraqueal ( )

**EVOLUCION**

Lugar de hospitalización de neonato:

- 1. UCI ( )
- 2. Cuidados Intermedios ( )
- 3. Aislados ( )
- 4. Referidos ( )
- 5. Alojamiento conjunto ( )

Malformaciones fetales: 1. Si ( ) 2. No ( ) Tipo: \_\_\_\_\_

Complicaciones: 1. Si ( ) 2. No ( )

Tipo: \_\_\_\_\_

Estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_ días

Fallecido: 1. Si ( ) 2. No ( ) causa: \_\_\_\_\_