



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES OBSTÉTRICOS DE RIESGO ASOCIADO A LAS
COMPLICACIONES PERINATALES EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, 2019**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MAYKOL SAMIR BENAVENTE MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2022



DEDICATORIA

Este trabajo de investigación es dedicado a mi Familia, mi papá Nicanor, mi mamá Paulina, mi hermana Roxana y mi sobrino Jesús. Quienes me brindaron su apoyo incondicional y comprensión para continuar día a día en estos tiempos difíciles.

Maykol Samir Benavente Mamani



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, a mi casa de estudios la Universidad Nacional del Altiplano de la ciudad de Puno, a mi familia, a mi asesor Dr. Elías Álvaro Aycacha Manzaneda por guiarme y brindarme sus conocimientos para poder hacer posible esta investigación. De igual forma agradezco al Dr. Carlos Alberto Quispe Cuenca quien me ayudo a iniciar este proyecto.

Maykol Samir Benavente Mamani.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 9

ABSTRACT..... 10

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 13

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 16

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN..... 17

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 17

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 19

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES 20

2.2. MARCO TEÓRICO 30

2.2.1. Adolescencia..... 30

2.2.2 Etapas de la adolescencia..... 31

2.2.3 Embarazo adolescente..... 33

2.2.4 Factores obstétricos de riesgo en la gestante adolescente..... 33

2.2.5 Complicaciones perinatales 37

2.3. MARCO CONCEPTUAL 41



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

| | |
|---|----|
| 3.1. Tipo de investigación..... | 42 |
| 3.2. Lugar de investigación..... | 42 |
| 3.3. Población y muestra..... | 43 |
| 3.4. Criterios de Inclusión y exclusión | 43 |
| 3.5. Consideraciones éticas..... | 44 |
| 3.6. Operacionalización de variables | 45 |
| 3.7. Procedimiento de recolección de datos..... | 47 |
| 3.8. Análisis estadístico de los datos..... | 47 |

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | |
|---|-----------|
| V. CONCLUSIONES..... | 79 |
| VI. RECOMENDACIONES | 80 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 81 |
| ANEXOS..... | 86 |

Área: Ciencias Biomédicas

Línea de Investigación: Ciencias Médicas Clínicas

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 13 de enero 2022



ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Primigesta asociada a recién nacidos pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 49 |
| Tabla 2. Primigesta asociada a recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019..... | 51 |
| Tabla 3. Primigesta asociada a Síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 53 |
| Tabla 4. Primigesta asociada a Bajo peso al nacer en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 55 |
| Tabla 5. Anemia asociada a Recién nacido pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 57 |
| Tabla 6. Anemia asociada a Recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 58 |
| Tabla 7. Anemia asociada a Síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 59 |
| Tabla 8. Anemia asociada a Bajo peso al nacer en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 60 |
| Tabla 9. Edad gestacional asociado a Recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019..... | 61 |



| | |
|---|----|
| Tabla 10. Edad gestacional asociado a Síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 63 |
| Tabla 11. Edad gestacional asociado a Bajo peso al nacer en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 65 |
| Tabla 12. Número de controles prenatales asociado a Recién nacido pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019..... | 67 |
| Tabla 13. Número de controles prenatales asociado a Recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 69 |
| Tabla 14. Número de controles prenatales asociado a Síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019..... | 71 |
| Tabla 15. Número de controles prenatales asociado a Bajo peso al nacer en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 73 |
| Tabla 16. Factores obstétricos en pacientes gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 75 |
| Tabla 17. Complicaciones perinatales en pacientes gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. | 77 |
| Tabla 18. Factores obstétricos de riesgo asociados a las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019..... | 78 |



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

ITU: Infección del Tracto Urinario

FUM: Fecha de inicio de la Última Menstruación

RNBP: Recién nacido con bajo peso

RCIU: Retardo en el crecimiento intrauterino

RN: Recién Nacido

OR: Odds Ratio

PEG: Pequeño para la edad Gestacional

DCP: Desproporción Céfalopélvica

AGS: Ácidos grasos Saturados

CPAP: Presión Positiva Continua en la vía Aérea



RESUMEN

El embarazo adolescente comprende la gestación entre las edades de 10 a 19 años, sin embargo, se ha observado un incremento proporcional a nivel mundial, en adolescentes sexualmente activas con edades más precoces, lo cual constituye un problema de salud, debido a complicaciones perinatales y factores de riesgo obstétricos. es por ello que esta investigación tiene como **objetivo** principal establecer asociación entre factores de riesgo obstétricos, y complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. El **método** de estudio es de tipo observacional, cuantitativo, analítico correlacional, transversal y diseño no experimental. Se estudiaron 104 gestantes adolescentes que cumplían los criterios de selección, obteniendo los siguientes **resultados**: los factores de riesgo obstétricos asociados a bajo peso al nacer son: número de controles inadecuados (<6) (OR=5.4), primigesta (OR=6.11) y edad gestacional (<37 semanas) (OR=29.67). Además, el factor de riesgo obstétrico asociado con RN pretérmino y síndrome de distrés respiratorio es: ningún control prenatal (OR=44.05). En esta investigación se llegaron a las siguientes **conclusiones**: primero: el antecedente obstétrico (primigesta) y la edad gestacional (<37 semanas) se relacionan significativamente con el bajo peso al nacer. Segundo: los controles prenatales inadecuados se asocian a la presentación de síndrome de distrés respiratorio y bajo peso al nacer en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019, validando de esta manera la hipótesis planteada.

Palabras Clave: Complicaciones perinatales, factores obstétricos, gestantes adolescentes.



ABSTRACT

Adolescent pregnancy is a gestation that includes ages between 10 - 19 years, observing a proportional increase in sexually active adolescents with an earlier age worldwide, which constitutes a health problem, due to perinatal complications and obstetric risk factors that it implies for the child and mother respectively. Based on this, the main objective of this research is to establish an association between obstetric risk factors with perinatal complications in pregnant adolescents treated at the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital, 2019. The research method is observational, quantitative, analytical correlational, cross-sectional and non-experimental design. 104 adolescent pregnant women who met the selection criteria were studied, obtaining as a result that the obstetric risk factors associated with low birth weight are: number of inadequate controls (<6) (OR = 5.4), first pregnancy (OR = 6.11) and gestational age (<37 weeks) (OR = 29.67). Furthermore, the obstetric risk factor associated with preterm NB and respiratory distress syndrome is: no prenatal control (OR = 44.05). Reaching the conclusions: obstetric history (first pregnancy) and gestational age (<37 weeks) are significantly related to low birth weight. Additionally, inadequate prenatal controls are associated with the presentation of respiratory distress syndrome and low birth weight, thus validating the hypothesis raised.

Keywords: Perinatal complications, obstetric factors, pregnant adolescents



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un problema de salud mundial especialmente relevante en los países en desarrollo. Se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos maternos y fetales como la mortalidad materna y neonatal, la cesárea, el parto prematuro y el bajo peso al nacer. Estos malos resultados pueden explicarse por una posible inmadurez física y psicológica para la reproducción en adolescentes. Además, las adolescentes suelen tener factores socioeconómicos adversos que pueden afectar el resultado del embarazo. Sin embargo, no está claro si los factores biológicos o socioeconómicos son más importantes para los resultados adversos en la adolescente embarazada (1).

El embarazo adolescente se define como el embarazo de adolescentes entre los 10 y los 19 años. Aproximadamente el 11 % de los recién nacidos en todo el mundo vienen de mujeres adolescentes, las complicaciones del embarazo de las mujeres adolescentes representan el 23 % de las mujeres de todas las edades y más del 90 % de ellas ocurren en países en desarrollo. En comparación con el embarazo de mujeres adultas, el embarazo de mujeres adolescentes generalmente aumenta el riesgo de resultados adversos del embarazo, incluida la restricción del crecimiento fetal, el parto prematuro y la muerte neonatal. El mayor riesgo de embarazo de las mujeres adolescentes se debe a su inmadurez fisiológica y psicológica y a un conocimiento sexual y reproductivo insuficiente (2).

Para algunos investigadores, los factores biológicos como la edad o el crecimiento materno no son un factor de riesgo, y es más probable que los resultados desfavorables estén asociados con factores socioeconómicos y de estilo de vida. De hecho, las



adolescentes embarazadas suelen tener desventajas socioeconómicas, menor escolaridad y escaso apoyo social. Por otro lado, algunos estudios han encontrado que las adolescentes tienen resultados de embarazo más adversos en comparación con las mujeres adultas, incluso después de controlar los factores socioeconómicos (1).

En el Perú, las adolescentes gestantes, en 2019, dieron a luz a recién nacidos con menor peso al nacer y también tuvieron una tasa más alta de partos prematuros, en comparación con las mujeres adultas embarazadas. En Perú, el embarazo en la adolescencia es más común entre las adolescentes de menores ingresos y más del 90% de los nacimientos se registran en hospitales públicos (3).

La influencia de los factores biológicos en los resultados de las adolescentes embarazadas no se ha estudiado adecuadamente en humanos. El peso al nacer, por ejemplo, depende más de factores ambientales que genéticos. Un espacio uterino limitado, que puede estar más asociado con la adolescencia temprana que la tardía, puede afectar el crecimiento fetal. Además, la tasa de crecimiento corporal de la adolescencia temprana puede contribuir aún más a disminuir la disponibilidad de nutrientes para el feto, lo que limita aún más el crecimiento fetal (2).

La mayoría de los estudios en adolescentes embarazadas se centran en adolescentes de 15 a 19 años, mientras que la información sobre el embarazo a edades más tempranas suele aparecer sólo en estadísticas agregadas. Los adolescentes menores de 15 años pueden tener características biológicas peculiares, como una mayor tasa de crecimiento, cambios hormonales más intensos, músculos, articulaciones y huesos menos desarrollados, especialmente la pelvis, que pueden contribuir a perjudicar el crecimiento fetal y dar lugar a un bajo peso al nacer. A pesar de esto, solo unos pocos estudios han



evaluado si los resultados del embarazo son diferentes entre las adolescentes tempranas (de 10 a 14 años) y tardías (de 15 a 19 años).

Es así que en esta investigación el capítulo I presenta el planteamiento del problema, justificación y objetivos de la investigación; en el capítulo II, se desarrollan los antecedentes, marco teórico y marco conceptual; en el capítulo III se detalla la metodología empleada en la investigación y se describen los métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos para la recolección de datos, ámbito de estudio, población y muestra; en el capítulo IV, se expone y analiza los resultados obtenidos en esta investigación, los mismos que se ordenan en tablas y gráficos para su mayor comprensión; en el capítulo V se expone las conclusiones; en el capítulo VI se expone las recomendaciones y en el capítulo VII las referencias bibliográficas.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gestación adolescente es una situación dificultosa que pone en riesgo la salud de este grupo etario a nivel mundial, a corto y largo periodo, se ha asociado con riesgo elevado para la salud materna y pronóstico infantil precario. Si bien esta situación afecta a la sociedad, es más complicado para los países en desarrollo, ya que gran parte de estos embarazos ocurren en estos países, ya que las necesidades del servicio de salud en adolescente embarazada y su hijo, se verán incrementadas (4). Las gestantes adolescentes tienen riesgo elevado de parto pretérmino, con un producto de peso < 2500gr, presentando desnutrición, retraso del desarrollo cognitivo en RN, y otras patologías. Asimismo, la tasa de mortandad infantil llega a ser tres veces mayor que en niños (5). Pero, no se sabe si este factor es ocasionado por la falta de madurez biológica adolescente o inestables situaciones sociales relacionadas al embarazo en este grupo etario (6).



En todo el mundo existe más de mil millones adolescentes, que inician su actividad sexual a edades cada vez más precoces, por el cual la tasa de embarazo en mujeres adolescentes está aumentando (7). Según la OMS, dieciséis millones de adolescentes que pertenecen a la adolescencia media y cerca de 1 millón presentes en adolescencia temprana traen al mundo un nuevo ser cada año, encontrándose mayor cantidad que se hallan en estados de bajos y medianos ingresos. La dificultad y riesgo durante el desarrollo de la gestación y alumbramiento son segundo lugar como causa de muerte en adolescencia media. Así mismo, 3 millones de adolescentes tienen abortos inseguros que ponen en riesgo su vida de la gestante adolescente. Hijos nacidos de madres que son adolescentes tienen mayor exposición a la muerte que hijos nacidos de madres mayores a 20 años (8).

Las muertes maternas en América Latina y también en el Caribe, es el principal factor de mortalidad entre adolescentes (15 - 19 años) a causa de (hipertensión, hemorragia inducida por el embarazo, aborto espontáneo e infección). Mujeres que pertenecen a la adolescencia temprana, el peligro de quedar sin vida por causas vinculadas con embarazo llega a ser tres veces más que las adolescentes mayores de 20 años (9). Según encuesta demográfica de Salud en la Familia, como país, se ha elevado la cifra de embarazos adolescentes de 15 años, desde 1.0% hasta el 1.9% de 2000 a 2016, similar al aumento en 16 años de 4.7% a 5.4%, mientras que las mujeres mayores aumentaron del 22,3% al 26,7%. En 2016, la tasa de embarazo adolescente del Perú se elevó a 14,6%, un aumento de 1,6% desde el 2000, principalmente en la selva y regiones del norte del país (10). La mayor mortalidad como también morbilidad perinatal percibida en niños podría ser originado por diferentes causas, esta serían las consecuencias de relación entre limitaciones biológicas inherentes a adolescentes, diversas variables demográficas, sociales y de comportamiento (11).



En el Perú, 7 de cada 10 adolescentes que pertenecen a adolescencia media llegan a embarazarse por primera vez. La gestación en la adolescencia trae repercusión en reproducción, nutrición y capacidad vital, he incluso provoca trastorno en el desarrollo adolescente (12). Según datos del INEI, los últimos cinco años no se consideró a todas las adolescentes sino sólo quienes fluctúan en edades de 15 a 19 años, de ellas 14,6% estaban embarazadas o habían estado embarazadas, por lo que el embarazo adolescente se incrementó. Según informes, adolescentes embarazadas de 15 a 19 años en nuestro país, representan el 20% en zonas rurales y urbanas el 11% (10).

Muertes maternas en Perú mostro disminución lenta pero significativa en las últimas dos décadas, de 769 muertes en 1997 a 325 en 2016 (una reducción del 42%); mientras que el índice de mortalidad materna ha aumentado desde el año 1990 hasta 1996, donde se produjeron 265 muertes maternas por 100,00 nacidos vivos y el 2015 hubo una reducción del 75%. En 2017, hubo 375 muertes maternas y en 2018, 300, el número más bajo reportado de muertes maternas (13).

Según el reporte de la DIRESA en la región Puno, el año 2018, doce mil gestantes fueron registradas, 794 de ellas es decir el 12% de adolescentes tenían 17 años. Respecto a redes de salud con mayor cantidad gestantes adolescentes se distribuye como sigue; San Román con 148 casos, seguido por Puno (102 gestantes adolescentes), Ayaviri con 98 casos, Azángaro con 72, Juli y Huancané con 68, Carabaya con 56, Sandia tiene 54, Ilave tiene 46, Lampa con 33, Yunguyo tiene 26, el Hospital de Puno con 23 (13).

El embarazo adolescente puede provocar complicaciones a la gestante y también al producto, que puede deberse a factores obstétricos. Las reacciones adversas en la gestación vendrían a ser prematuridad, hipertensión, desprendimiento de placenta, anemia, incremento del número de abortos y parto distócico. Así también situaciones de



la joven, como desequilibrio en su salud mental, dependencia económica, falta de experiencia, abuso del alcohol y drogas; además se manifiestan complicaciones perinatales: como restricción del crecimiento intrauterino, desnutrición y bajo peso en el RN, sumados al parto prematuro, conducirán al incremento de enfermedad y número de muertes. La situación de una adolescente embarazada es desigual y sus características dependerán del entorno geográfico, nivel de ingresos, nivel educativo, edad, estado civil y acceso a servicios médicos (5).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existe asociación entre los factores obstétricos de riesgo y las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019?

Interrogantes específicas

- ¿Existe asociación entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019?
- ¿Existe asociación entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido con síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019?
- ¿Existe asociación entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido con bajo peso en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019?



1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS GENERAL

- Los factores obstétricos de riesgo se asocian significativamente a las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido con síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019
- Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido con bajo peso en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio tiene como fin, dar a conocer la situación del embarazo adolescente, que trae consigo factores obstétricos relacionados al embarazo que hoy en día, puede provocar muertes maternas y complicaciones perinatales del recién nacido. Conociendo los factores obstétricos que guardan relación con las complicaciones perinatales que tienen importancia en las políticas de salud en nuestro país y forma parte en los fines globales del desarrollo sostenible, evitando costos que conlleva tratamiento de las diferentes patologías que cursara el recién nacido.



Puno no está exenta del caso antes mencionado y los embarazos adolescentes se encuentran en alta cantidad, por lo tanto, este suceso de salud afectara a una gran parte de la población que se encuentra vulnerable, ya que las gestantes adolescentes llegan a la edad adulta y los embarazos adolescentes pueden dificultar el normal desarrollo en lo social, en la vida profesional y su economía de las gestantes adolescentes. Así mismo cambia radicalmente la dinámica familiar, su composición, la planificación familiar, y el desarrollo social.

Por lo tanto, el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón podrá actualizar información sobre factores obstétricos y complicaciones perinatales, que trae consigo el embarazo adolescente o las causas que inciden en estas complicaciones.

Este estudio se realizó porque es necesario identificar los factores obstétricos y las complicaciones perinatales, que se presenta en la gestante adolescente durante el periodo de su gestación, y como se asocia con las complicaciones perinatales que presentara el recién nacido, y así tener un concepto claro que pueda ayudar a desarrollar estrategias y elaborar un plan de acción, a modo de prevención de posibles complicaciones y mejorar la calidad de vida en esta población. De tal forma pueda convertirse en una fuerza impulsora de investigación en esta población de alto riesgo.

Con la exposición de este estudio, también se estima promover normas y procedimientos preventivos multidisciplinarios tanto en medicina, enfermería, obstetricia y otras especialidades, así mejorando el tratamiento para reducir costos involucrados en el mismo, evitando muertes maternas y perinatales causadas por las diferentes patologías que conlleva un embarazo adolescente. Por el cual esta investigación es un referente para futuras investigaciones, porque es un tema frecuente que se puede evitar en muchos casos en nuestra región, además de ser un tema poco estudiado.



1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la asociación entre los factores obstétricos de riesgo y las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la asociación entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.
- Determinar la asociación entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido con síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.
- Determinar la asociación entre los factores obstétricos de riesgo y el recién nacido con bajo peso en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel internacional:

Barrera J, Et al. En México en el 2015 realizó un estudio donde “Comparó el perfil clínico perinatal entre recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes”. La investigación fue de diseño transversal y comparativo. Según la edad materna, se dividieron en dos grupos: adolescentes y no adolescentes. Se encontraron registros de 2155 RN, de madres adolescentes (n = 819 [38 %]) y no adolescentes (n = 1336 [62 %]). Existen diferencias en el peso al nacer entre los dos grupos: 2.859 ± 459 y 3.265 ± 486 g (p= 0.000); varones: 518 (63 %) vs. 725 (54%) 169 (p = 0.000); retraso en el desarrollo intrauterino: 62 (7,5%) versus 66 (4,9%) (p= 0,012), parto prematuro: 171 (21 %) versus 213(16%) (p = 0,003). Los factores que favorecen el cambio de las características clínicas de los recién nacidos; ser madres adolescentes: OR 1,58 (1, 99- 2,99); sexo masculino: OR 1,80 (1,50-2,17); enfermedad al nacer: OR 3, 73 (2,50- 5,30), relacionado con bajo peso al nacer adolescente: OR 2,4(1,72- 3,42). Se encontró una alta frecuencia de madres adolescentes en cuyos hijos se observó mayor riesgo de ser prematuros, retraso de crecimiento intrauterino y enfermedad neonatal (14).

Heredía-Olivera, Karen; Munares-García, Oscar “Factores maternos asociados al bajo peso al nacer”; tuvo como objetivo determinar los factores maternos asociados al bajo peso al nacimiento. El estudio tuvo como método: estudio de casos y controles, en 123 recién nacidos de bajo peso (casos) y 123 recién nacidos de peso normal (controles). Se indagaron factores maternos asociados al bajo peso al nacimiento y se comparó entre casos y controles. Se aplicó Chi cuadrada, Odds ratio (OR) con sus intervalos de



confianza al 95% (IC 95%), regresión logística binaria y curva ROC. Obteniendo como resultados: se encontraron asociaciones para antecedentes maternos de bajo peso (OR: 41.1; IC 95%: 5.5-306.7); prematuridad (OR: 12.0; IC 95%: 1.5-94.3), antecedente de eclampsia (OR: 5.8; IC 95%: 1.9-17.4), 1 a 3 controles prenatales (OR: 5.7; IC 95%: 2.6-12.3), gestación múltiple (OR: 4.7; IC 95%: 1.3-17.0) y consumo de tabaco (OR: 3.8; IC 95%: 1.5-9.8), el ser adolescente (OR: 0.3; IC 95%: 0.1-0.6), y no tener un intervalo intergenésico corto (OR: 0.2; IC 95%: 0.1-0.7). Tener entre 1 a 3 controles prenatales, gestación múltiple, ser adolescente y un intervalo intergenésico corto se asocian al bajo peso al nacimiento, el modelo propuesto explicó el 18.6% del evento, el área bajo la curva fue 72.9% considerando que predice adecuadamente ($p < 0.001$). Llegando a las conclusiones: existen factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacimiento en gestantes de zona urbana de la costa como el tener de 1 a 3 controles prenatales, gestación múltiple, ser adolescente y tener un periodo entre embarazos menor a dos años (15).

2.1.1. A nivel nacional:

Chávez L. en Lima (2019) realizó el estudio titulado “Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-2018”. Tuvo como propósito determinar los factores relacionados a las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes. El estudio es observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. Durante el período definido, participaron del estudio embarazadas adolescentes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Sergio Bernales. Para recabar la información se aplicó el formulario de recopilación de datos. Resultados: La complicación obstétrica más predominante fue RPM (33,60%), seguida preeclampsia (24,20%). Los factores de riesgo relacionados son: obesidad (OR =4,61, IC del 95% = 1,52-14,01), sobrepeso (OR = 4,46, IC del 95% = 1,86-10,66), bajo aumento de peso (OR



= 4,58, IC del 95% = 2,17- 9,63) y aumento de peso elevado (OR = 3,96, IC del 95% = 1,79-8,76). Concluyendo que las enfermedades como la obesidad, el sobrepeso, son la causa directa de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en las adolescentes gestantes (16).

Curo J. en Arequipa (2019) realizó un estudio titulado “Características maternas, obstétricas y complicaciones perinatales de adolescentes embarazadas del Hospital de Majes”. Tuvo como finalidad identificar características maternas, obstétricas y complicaciones perinatales, siendo una investigación observacional retrospectiva. Considerando al grupo poblacional, un total de 413 adolescentes embarazadas de este nosocomio. Obteniendo los siguientes resultados de las tres etapas de la pubertad, la mayoría estaban embarazadas en la etapa tardía (72,9%). El número total de mujeres gestantes que no termino en parto fue del 79,4% y la tasa de partos a término fue del 95,5%. La complicación más común del embarazo es la infección del tracto urinario. Desgarros vaginales durante el parto (61,5%); predomina la anemia en el puerperio: infección temprana de la herida quirúrgica (66,7%), etapa media y tardía del 61,5% y 60,7%. Respecto al tipo de parto con mayor frecuencia fue parto vaginal (56,8%) y cesárea (43,2%). Por ello se concluye que las complicaciones comunes del embarazo, parto y puerperio son: infección del tracto urinario, así como también desgarro vaginal, infección de la herida quirúrgica y por último la anemia posparto (17).

Ortega A. en Huancayo (2019) hizo un estudio titulado “Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas, en el Hospital Pichanaki, 2018”. Teniendo como fin determinar las complicaciones obstétricas y perinatales. La investigación es descriptiva, retrospectivo. Conformada por 224 mujeres gestantes sometidas a parto vaginal o cesárea. La tecnología de recolección de datos es una herramienta para el análisis de la literatura y la recolección de datos. Teniendo como



resultados: como complicación obstétrica la anemia, que representó el 13,1%, la segunda fue ITU, que representó el 7,8%, el 4,6% se manifestó como aborto espontáneo y el 5,9% desgarro perineal, y la menor proporción fue el 1,3% de la relación cefalopélvica, preeclampsia, rotura prematura de membranas y parto prolongado fueron, el 0,7% de hiperémesis gravídica, el 3,9% de distocia y 0,7% de polihidramnios y las complicaciones perinatales fueron: el 9,2% de bajo peso al nacer, seguidas de 4,6% de pre término al nacimiento, y el menor fue 2% que representa al APGAR que apareció en menos de 7 minutos y macrosomía apareció en 0,7%. Concluyendo que la anemia es una de las complicaciones obstétricas más comunes seguido por ITU. En cuanto a complicaciones perinatales más comunes, tenemos el bajo peso al nacer y el parto prematuro (18).

Urviola R. en Arequipa el 2018 hizo una investigación “Adolescencia como factor de riesgo para las complicaciones maternas y perinatales”. Tuvo como fin determinar si la adolescencia constituye un factor de riesgo que predispone a las complicaciones obstétricas y perinatales. Para la metodología que se utilizó, es una investigación de nivel epidemiológico tanto de casos y controles, conformada por 158 mujeres adolescentes y 490 mujeres adultas. Generando los siguientes resultados, la frecuencia de embarazos es del 24%; la edad materna promedio es de 17.37 años y la de los adultos es de 26.10 años. El 69% de las adolescentes tienen complicaciones (p1) durante el embarazo y el riesgo es tres veces mayor que el de las mujeres adultas embarazadas, incluyendo anemia, parto prematuro, hipertensión inducida por el embarazo, ITU. El 56% de las adolescentes tienen complicaciones en el parto (p1), incluyendo desgarros perineales y cesárea, el riesgo de complicaciones es tres veces mayor que el de los adultos. Los adolescentes no encontraron un mayor riesgo de complicaciones puerperales ($p > 0.05$, OR1), y el riesgo incluyendo RNBPN, parto prematuro y RNPEG fue 6 veces mayor que el de los adultos.



Llegando a las siguientes conclusiones: el embarazo en la adolescencia constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas y perinatales (19).

Avedaño M. en Huancavelica el 2018 realizó un estudio titulado “Causas y complicaciones del embarazo en adolescentes del Centro de Salud San Jerónimo - Andahuaylas 2016”. Cuyo fin fue determinar las causas y complicaciones del embarazo en adolescentes, con una investigación observacional, de modelo transversal, la información será recabada a través de las historias clínicas. Alcanzando a obtener los siguientes resultados, se encontró que la edad de las gestantes promedio de 10 a 18 años. Respecto a las complicaciones más frecuentes son preeclampsia y RPM ambas representan el 33%, seguido por el bajo peso al nacer, con el 20%, así como también el aborto espontáneo, que representa el 2% y cesárea 3%. Conclusiones: El 63,3% de la mayoría de las adolescentes quedaron embarazadas antes de terminar la secundaria, mientras que el 33,3% de las adolescentes quedaron embarazadas porque buscaron ser independientes, el 33,3% no tuvo comunicación con sus padres, y el 23,3% de las complicaciones obstétricas comunes en las adolescentes gestantes son preeclampsia y RPM (20).

Flores R. en Lima (2017) realizó un estudio titulado “Complicaciones obstétricas en el segundo trimestre del embarazo en adolescentes y adultas del Hospital María Auxiliadora, en el año 2016”. Cuyo propósito fue determinar las complicaciones obstétricas del segundo trimestre del embarazo, la investigación es descriptiva correlacional, de modelo transversal, conformada por 96 adolescentes y 499 adultos atendidas en el mes de diciembre. Generando los siguientes resultados: Entre el 100% (595) mujeres embarazadas, las adolescentes fueron 16,10% (96); las proporciones de adolescentes y mujeres adultas embarazadas diagnosticadas con anemia fueron 35,1% (33) y 24,5% (23), razón de posibilidades (OR = 1,7); en cuanto a ITU en adolescentes



embarazadas y adultas embarazadas fueron 3.2% (3) y 1.06% (1) (OR = 3.07); 2.1% (2) y 1.06% (1) de las mujeres embarazadas adolescentes y adultas; la presencia del sangrado en el segundo trimestre del embarazo (OR = 2,02); 4,3% (4) y 2,1% (2) indicaron rotura prematura de membranas (OR = 2,04); la tasa de partos prematuros de embarazadas adolescentes y adultas fue 20,2% (19) y 10,6 % (10) (OR = 2,1). Por tal se concluye que la incidencia de complicaciones obstétricas en embarazadas y adolescentes fue ITU, parto prematuro, RPM, sangrado en el segundo trimestre y desgarro perineal (21).

Sánchez L. en Iquitos (2014) realizó una investigación titulada “Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Iquitos”. Cuya finalidad es determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes. A través de una investigación descriptiva retrospectiva, conformada por un total de 980 adolescentes embarazadas entre las edades de 14 y 19 años, la historia clínica como instrumento sirvió para recabar la información de las adolescentes embarazadas. Obteniendo los resultados de 276 embarazadas adolescentes, el 79,0% de las adolescentes presentaron complicaciones obstétricas y el 59,4% de las adolescentes complicaciones perinatales. Las mujeres embarazadas en la adolescencia media presentaron complicaciones obstétricas como: anemia (29,1%), infección del tracto urinario (25,5%), desgarro perineal (18,2%) y preeclampsia (9,1%), y las embarazadas en la adolescencia tardía presentaron infección del tracto urinario (30,1%), anemia (26,5%), desgarro perineal (10,8%), amenaza de aborto (10,8%) y preeclampsia (8,4%). Las complicaciones perinatales de las embarazadas jóvenes y de mediana edad fueron RNBP (20,0%), DES (10,9%), parto prematuro (10,9%), sepsis (9,1%) e hipoglucemia (9,1%); las embarazadas en la adolescencia tardía presentaron: RNBP (32,5%), AGS (16,9%), sepsis (14,5%), parto prematuro (13,3%) y RCIU (8,4%). Concluyendo que las



adolescentes gestantes tienen una alta tasa de complicaciones obstétricas y perinatales (22).

La rosa A. en la ciudad de Lima planteó un estudio titulado “Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, cuyo fin fue analizar la asociación de complicaciones. Empleando un estudio analítico, de cohorte retrospectiva. La población estuvo conformada por todos los recién nacidos del nosocomio. El instrumento fue aplicado a un total 16,601 recién nacidos. En cuanto al peso al nacer 87.1%, la mayor parte tuvo un peso adecuado 80.6%. En edad gestacional, de ambos grupos, fueron a término con 90.3%. Parto vaginal se dio 82.3% y el 19.4% no tuvieron un adecuado control prenatal, en ictericia el 95.2% no lo presentó; sepsis en 93.5%; sin complicación respiratoria con el 96.8%. Por ello se concluye que no existe diferencia entre las complicaciones de los recién nacidos y el embarazo adolescente (23).

Arévalo F.; Torres Y. en Tarapoto (2016) planteó una investigación denominada “Factores de riesgo materno y obstétricos relacionadas a complicaciones de la madre y el recién nacido en el Hospital II”. Basada en una investigación no experimental, descriptiva correlacional, de diseño transversal. Conformada por un total de 200 puérperas adolescentes. Para recabar la información se hizo una revisión documentaria mediante una ficha de recolección de datos. Alcanzando los siguientes resultados. Las adolescentes presentaron factores de riesgo tales como la preeclampsia con 13%, anemia con 43.5% e ITU 50%. Mientras que en los factores de riesgo de tipo obstétrico control prenatal inadecuada con el 38% y EG <37 semanas con el 15.5%. Respecto a complicaciones maternas perinatales está la prematuridad con un porcentaje de 14.5%; bajo peso al nacer representado por el 18%; sepsis severa con un porcentaje de 0.5%; preeclampsia con 12% y la Eclampsia 0.5%. Por tal se concluye que existe relación estadísticamente significativa



($p < 0.05$) entre los factores de riesgos maternos y obstétricos con complicaciones de la madre y el RN (24).

Fernández R. Zavaleta G. en Chimbote (2019) el presente estudio tiene como título “Factores de riesgo en adolescentes embarazadas asociados a la edad gestacional y el peso de los RN del Hospital Eleazar Guzmán Barrón”, cuya finalidad fue determinar los factores de riesgo en gestantes adolescentes en relación a la edad gestacional. Empleando una investigación descriptiva-correlacional de modelo transversal, retrospectiva. Seleccionada por todos los recién nacidos de madres adolescentes. Logrando como resultado que el 44,5% de las adolescentes tienen edad entre 17 - 19 años, el 51,7% tiene un adecuado control pre natal, y el 24.9% presentan antecedentes obstétricos, así mismo el 38.8% presentaron complicaciones de tipo obstétricas. Concluyendo como tal la mayoría fueron recién nacidos pre termino, RN con bajo peso al nacer, existe relación significativa entre factor de riesgo y edad gestacional (25).

Aucassi E. en Cusco (2021), el presente estudio tuvo como título “Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas en un Hospital de la ciudad de Cusco”, cuyo propósito fue determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas. Teniendo como base una investigación no experimental, retrospectivo. Obteniendo como resultados una prevalencia de complicaciones obstétricas de 65.9% y de complicaciones perinatales de 27.4%. Estas complicaciones se presentaron en la adolescencia tardía. Así mismo se encontró diferencia significativa entre el lugar de procedencia y las complicaciones obstétricas con un valor ($p=0.032$) y en las complicaciones perinatales con un valor ($p=0.000$), grado de instrucción y complicaciones obstétricas con un valor ($p=0.035$), numero de gestación y complicaciones perinatales ($p=0.012$) y entre la edad gestacional y las complicaciones obstétricas ($p=0.001$) y perinatales ($p=0.000$) (26).



Zambrano P. en Pucallpa (2019) se realizó un estudio titulado “Características perinatales del RN en gestantes adolescentes del Hospital Amazónico”, tuvo como finalidad determinar las características perinatales del RN. A través de una investigación descriptiva; la información recabada fue por medio de Historias. Generando los siguientes resultados; la edad promedio fue 17.4 años; el 56.8% tienen un control adecuado, el estado civil fue convivientes con el 75.8%, en cuanto al empleo 79.7% es ama de casa y 99.1% tuvo parto eutócico. En referencia a la edad gestacional por Capurro, el 94.3% es a término, 9.3% con bajo peso al nacer, 19.8% fueron pequeños para la edad gestacional y el 92.1% nació sin ningún tipo de enfermedad. Se concluye que la prematuridad, depresión al nacer y el muy bajo peso al nacer, son factores de riesgo (27).

Flores J. en Lima en el año 2016 desarrolló una investigación denominada “Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes asociadas al bajo peso al nacer en el Hospital San José”, con la finalidad de determinar si el embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer, cuya investigación de enfoque analítico, retrospectivo de casos y controles. Para la muestra se clasificó a los grupos de casos y controles mediante el muestreo no probabilístico, recabando información de un total de 200 historias clínicas. Obteniendo los siguientes resultados: el ser fémina implica 1.38 más probabilidad de tener bajo peso al momento de nacer. Respecto a la edad existe 5.06 veces más riesgo de tener un recién nacido con bajo peso (chi cuadrado con $p < 0.05$). Por ello se concluye que el simple hecho de ser madre adolescente, como el número de controles prenatales inadecuados, son riesgo para que un recién nacido presente bajo peso al nacer (28).



2.1.3. A nivel local:

Chambi F. en Puno (2019) realizó una investigación titulada “Factores relacionados a complicaciones de tipo obstétricas y perinatales en embarazadas del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca en el Periodo de Junio a diciembre 2018”. Cuya finalidad es determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas, la investigación fue analítica, empleando un estudio de diseño no experimental; conformado por noventa y cinco madres. Obteniendo los siguientes resultados: Se encontraron complicaciones de tipo obstétricas como la edad gestacional (OR: 7,4, IC: 1,93-58,87, p: 0,022), seguido por parto pretérmino (OR: 8,46, IC: 1,06-67,01, p: 0,01). Concluyendo que la mayoría de las gestantes son adolescentes tardías; dentro de complicación obstétrica más prevalente fue la anemia y la perinatal es la dificultad respiratoria. Los factores relacionados con las complicaciones de tipo obstétricas y perinatales son: los controles inadecuados; las complicaciones obstétricas relacionadas con las complicaciones perinatales son el bajo peso en el RN, la prematuridad y RN pequeño para la edad gestacional (29).

Chaiña C, y Col, en Juliaca (2017) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar las complicaciones materno perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Junio – Agosto 2017; el estudio fue de tipo transversal; la muestra fue de 60 adolescentes embarazadas; los resultados que encontraron que los tipos de embarazo en mujeres adolescentes en el 83% tuvieron gestaciones a término y el 17% de pre término; desgarros perineales en el 27% de los casos, la vía del parto vaginal 67% de casos, la ruptura prematura de membranas en el 25% de los caso, la anemia en el 67% de adolescentes, las infecciones urinarias en el 80% de casos si tienen influencia con el tipo de embarazo en madres adolescentes; síndrome de dificultades respiratoria en el 15% de casos, el sufrimiento fetal en el 16% de casos, el



bajo peso al nacer en el 16%, el Apgar bajo en el 15% de casos si tienen influencia con el embarazo en madres adolescentes; se llegó a la siguiente conclusión que existe asociación de las complicaciones maternas como los desgarros perineales, ruptura prematura de membranas, cesáreas, anemia e infecciones y perinatales como el síndrome de dificultad respiratoria, sufrimiento fetal, bajo peso al nacer y APGAR bajo en recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano junio - agosto 2017 (30).

Quispe H, en Juliaca (2015) realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo del embarazo de adolescentes y su influencia en la mortalidad perinatal de partos atendidos en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2015; el estudio: de tipo explicativo, retrospectivo; la muestra de 133; llegando a los resultados: encontró que del total de la población de recién nacidos con causas de mortalidad perinatal de madres adolescentes el 73% de las madres adolescentes son de procedencia periurbana y urbana, el 73% de las madres adolescentes fueron de grado de instrucción secundario, el 84% de madres gestantes se realizaron de 4 a más controles; por lo tanto se concluyó que: el 2% de sus neonatos fallecieron dentro de las 28 semanas de gestación y los primeros 7 días de vida extrauterina. Los indicadores de edad, procedencia, paridad, control prenatal, gestación influyen significativamente, en cambio la dimensión del grado de instrucción no influye en la mortalidad perinatal (31).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud menciona que la adolescencia comprende periodo de edades de 10 a 19 años. Periodo de vida donde surge maduración ya sea a nivel biológico, psicológico y social de la persona. En esta etapa, se van a producir



bastantes cambios y por ello se considera como una amenaza para la adolescente que cruza por estos diferentes periodos (32).

2.2.2 Etapas de la adolescencia

a. Adolescencia temprana de los 10 hasta los 13 años:

Etapa que a nivel mental está caracterizada por presencia de alto ego, sin embargo, esta característica es totalmente normal en esta etapa adolescente, pero se reducirá con el tiempo a manera que el adolescente va desarrollándose. La persona se centra en sus mismas actitudes, cambios que se darán en su cuerpo, y así mismo se hace ideas que su entorno busca actitudes parecidas al de él. En esta etapa los adolescentes no controlan sus emociones, se aumenta riesgo de presentar bipolaridad, falta de control de sus impulsos, tienen pensamientos idealistas, se desarrolla la habilidad social. Respecto a la anatomía sexual y su desarrollo, iniciara la primera menstruación en las adolescentes, los sueños mojados, masturbación, crecimiento del tamaño de los senos o el pene. Por otro lado, se presentarán motivaciones a nivel sexual y aparecen fantasías sexuales (30).

b. Adolescencia media desde los 14 años hasta los 16 años

Se presenta distanciamiento de tipo afectivo hacia la familia y apego al sexo opuesto. Ello considera que crearan más relaciones interpersonales. Respecto al desarrollo a nivel psicológico, se aumenta el sentido de individualidad. La autoimagen es muy importante en esta etapa, la adolescente tomo interés lo que piensa el resto de su entorno. El egocentrismo es significativo, por ello se produce bastantes conductas de riesgo. Aún si persiste una tendencia a la impulsividad. De acuerdo al desarrollo intelectual en este periodo estará caracterizado por aumento de habilidades sociales. Los adolescentes presentan rebeldía. La maduración social, el adolescente se interesa por el sexo opuesto. Pone más interés en su vestimenta y cambia su conducta. El hecho de



formar una relación amorosa cumple un rol importante durante la adolescencia, igual que una amistad, un medio de acompañamiento, contexto de confianza y satisfacción de necesidades. En lo familiar el adolescente muestra menos interés hacia su familia, y esto es importante para desarrollar madurez adecuada, por ende, crea su propia identidad y construye el desarrollo de su autonomía. El desarrollo sexual, incrementa aceptación del propio cuerpo. La mayoría ya desarrollo los cambios puberales, por ende, ya no le presta mucha atención a ello. En este período se toma conciencia de orientación sexual y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja (30).

c. Adolescencia tardía de los 17 años a los 19 años:

Última etapa donde desarrolla el yo, y su proactividad. La mayor parte de adolescentes indican que es periodo de paz emocional e incremento en incorporación de su personalidad. Si se desarrolló de manera adecuada las dos fases anteriores, incluido apoyo de familia, amigos, pareja; ya que, si no se pudo desarrollar estas etapas, podrían desarrollar problemas como aumento de la independencia y complicaciones más adelante, como depresión entre otros trastornos mentales. Respecto al desarrollo psicológico, la identidad es uno de los aspectos más firmes. La autoimagen se ve apreciada por el mismo adolescente, ya no por terceros. Intereses se presentan de manera estable y toman conciencia de límites personales. Se toman decisiones ya de forma independiente, desarrollan metas a futuro. El adolescente busca superarse como persona, busca sus intereses vocacionales de acuerdo a las fortalezas y oportunidades que el adolescente presenta. En el desarrollo cognitivo, existe ya un pensamiento establecido. A nivel social en este periodo estará caracterizado por una reducción de influencia del grupo de su vínculo amical. El desarrollo sexual, se dará aceptación de cambios corporales y aspecto físico (33).



2.2.3 Embarazo adolescente

La gestación adolescente es una cuestión de salud, que pone en riesgo la vida del nuevo ser y la madre. Por ello se considera embarazo adolescente, etapa donde la adolescente se embaraza dentro de 10 a 19 años. Las consecuencias que se desencadenan en el proceso de embarazo y parto, en la adolescencia, establece como causa primordial de muerte en mujeres de 15 a 19 años, por ello esta etapa es considerada como riesgo, porque se dará un cambio aun cuando no se logró desarrollo adecuado tanto físico y emocional propio de esta etapa. Las consecuencias que conlleva es deserción escolar, por ende, llevara al adolescente a pobreza y violencia de pareja (34).

2.2.4 Factores obstétricos de riesgo en la gestante adolescente

a. Características sociodemográficas de la gestante

Edad de la gestante

Los años de vida es un factor que ayuda a determinar riesgos durante el periodo de vida de una mujer; como en edad fértil, ya que su capacidad ovulatoria es buena y existe muy alta probabilidad de embarazo. La gestación en adolescentes menor a 20 años y mayor a 35 años, se relaciona en tener más riesgos maternos y perinatales. La gestación en etapa adolescente, ocasiona un riesgo social para el producto y madre, considerándose una índole de salud pública en todos los países, en especial aquellos en vía de desarrollo biológico (35).

Convivencia con la pareja

Este factor resulta muy riesgoso, una vez iniciada la convivencia de pareja otorga una estabilidad a nivel emocional, afectivo y económico. En la etapa adolescente las parejas son usualmente inestables, poco duraderas por el cual terminan en abandono y separación. Es por ello un gran factor de riesgo ya que la adolescente se convierte en



madre soltera, y esta lleva el proceso de embarazo sola y tiende a presentar complicaciones en el embarazo (36).

b. Características obstétricas de la gestante

Número de gestaciones previas

Cantidad de embarazos que presenta una mujer desde su inicio de la etapa fértil hasta llegada de la menopausia. La gestación período de embarazo desde implantación hasta el alumbramiento. Por un tiempo de 37 a 41 semanas. Este factor es relevante ya que es importante saber cuántas gestaciones tuvo, para determinar si es nulípara, primípara o multípara (37).

Control prenatal

Para lograr embarazo positivo sin complicaciones se debe enfatizar la atención de la salud dirigida, en especial de la mujer, para lograr y obtener respuestas maternas y perinatales positivas. Mediante promoción de la salud en atención prenatal clínica y ver el estado nutricional, así como promoción de la salud y la detección temprana de factores de riesgo para normal desarrollo del embarazo (38).

Tipo de parto

Parto distócico; es el tipo de trabajo de parto intervenido quirúrgicamente, denominada cesárea que se dará con una duración anormal generada por retracciones uterinas, debido a la forma de presentación o posición fetal anormal, edad gestacional mayor a 42 semanas, diabetes gestacional (39).

Parto eutócico; es el tipo de parto sucede de manera espontánea, normal sin ninguna alteración o que exista necesidad de intervenir quirúrgicamente, generalmente son recién nacidos a término (40).



c. Complicaciones obstétricas

Amenaza de aborto

Se presenta con algún tipo de complicación, hemorragia y dolor abdominal, producido antes de las 20 ss. de gestación, el útero se encuentra dilatado, con prueba de embarazo positiva; este diagnóstico se confirma por ecografía trasvaginal (29).

Amenaza de parto prematuro

Hecho que se dará entre las 22 y 36 semanas de embarazo; se manifiesta como cada 8 a 10% partos y es la principal causa de riesgo y muerte neonatal. El parto pretérmino en gestantes adolescentes es mayor en comparación de mujeres gestantes adultas; dentro de las causas se considera el estrés psicosocial e infecciones del tracto urinario (29).

Parto pretérmino

Es aquel que se produce antes de la semana 37 del embarazo. Se clasifica como extremo si sucede previo a la semana 28; muy pretérmino a partir de esta última o antes de la 32 y de moderado a tardío entre la 32-36. El Ministerio de Salud del Perú precisa que esta complicación se debe presentar después de la semana 22 y que no depende del peso del producto de la gestación (41).

Infección del tracto urinario

Es la infestación de varias partes del tracto urinario; y muy frecuente en el embarazo, se diagnostica a través de un examen de orina midiendo los Leucocitos en orina > 105 UFC (29).



Bacteriuria asintomática

Urocultivo con presencia de 100,000 unidades formadoras de colonia, con falta de síntomas urinario.

Uretritis y cistitis

Son infestaciones de estructuras de las vías urinarias bajas, se manifiestan con la necesidad de miccionar muchas veces, ardor al orinar, tenesmo y síntomas pélvicos, en la mayoría con ausencia de fiebre (29).

Pielonefritis

Es la infestación más grave, podría provocar muerte en la madre por complicaciones como shock séptico y dificultad respiratoria; generalmente el 2% de las embarazadas tienen ese riesgo; el 40% de casos ya tuvieron ITU anteriormente, su incidencia es alta durante la gestación (29).

Anemia

El valor de Hb es 11g/dl y hematocrito inferior a 33%. Según la concentración de hemoglobina, se agrupa como anemia leve (Hb de 10 - 10,9 g/dl); anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl) y anemia severa (Hb inferior a 7 g/dl).

Desgarros perineales

Rompimiento que ocurre en el tejido blando del útero y afecta área del perineo, se clasifica en cuatro grados:

- Primer grado: desgarro que incluye el revestimiento vaginal, piel del perineo o ambos.
- Segundo grado: daño del músculo perineal sin perjudicar el esfínter del ano.



- Tercer grado: daño del esfínter anal.
- Cuarto grado: daño al esfínter del ano y la mucosa rectal.

2.2.5 Complicaciones perinatales

a. APGAR < 7

Este examen valora vigor de un recién nacido de manera objetiva, mediante cinco indicadores, centrado en madurez de desarrollo y un adecuado estado fisiológico. Dentro del cual se estima ritmo cardiaco, esfuerzo respiratorio, tonalidad muscular, reflejo y apariencia de la piel.

Además de predecir morbilidad y mortalidad neonatal. Se ha determinado que una baja calificación de APGAR es debido a una inmadurez a nivel fisiológico, o por tratamiento médico durante el embarazo, sepsis, patologías a nivel neurológico, y anomalías de tipo congénito y APGAR bajo a los 5 minutos se asocia con un aumento de riesgos de letalidad infantil en todos los recién nacidos (42).

b. RN pretérmino

Un recién nacido pretérmino, es uno de primeros orígenes en letalidad que se presenta en la comunidad infantil y por ende es considerado como problema importante en el área de salud, que se presenta actualmente, 1 millón de niñas y niños son diagnosticados como prematuros, los cuales estos fallecen debido a la serie de complicaciones que trae esta patología. Este problema se volvió muy frecuente, no solo producidas por causas maternas sino también aspectos a nivel social, ambiental, económicos. El diagnóstico es muy complejo y difícil de manejar, a causa de inmadurez propia de órganos, lo que dificulta e interfiere a desarrollar normal funcionamiento de la fisiología del recién nacido, por eso se presentan discapacidad o trastornos. Por ello es importante que se cumplan con controles prenatales durante el embarazo (43).



c. RN pequeño para la edad gestacional

Cabe mencionar que un promedio entre 5-10% de RN son diagnosticados como PEG, se caracterizan por presentar peso o longitud por debajo de 2DT, del promedio establecido como adecuada o normal en los recién nacidos. Un promedio del 90% de los recién nacidos diagnosticados con PEG, su crecimiento se recupera de manera espontánea después de cumplir un mes de vida, y como el crecimiento se presenta de manera acelerada o rápida se predispone a tener más riesgo de presentar resistencia a la insulina, obesidad, una pubertad que se presente antes de 13 años, y mayor probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 y alteraciones a nivel cardiovascular en la edad adulta. Mientras que el 10% de los recién nacidos diagnosticados con PEG no desarrollan un crecimiento adecuado y necesitaran un tratamiento hormonal para poder tener una adecuada talla así mismo presentar un adecuado neurodesarrollo (44).

d. Síndrome de distrés respiratorio

Es uno de los esenciales orígenes de morbi-mortalidad neonatal a pesar de que existe el tratamiento, sin embargo, sigue siendo una causa de muertes del 50% de los recién nacidos fallecidos. También denominado patología de membrana hialina se presenta debido a ausencia de la sustancia del líquido surfactante generado por una inmadurez a nivel pulmonar. Esta patología afecta a RN < de 37 semanas. Dentro de las manifestaciones clínicas se presenta una cianosis central, polipnea y dificultad respiratoria de manera progresiva. El tratamiento, es la administración de surfactante en la mayoría de las situaciones. Así como la aplicación de la oxigenoterapia con CPAP (45).

e. Bajo peso al nacer

Se precisa como peso inferior a 2500 gramos, separado de la EG. Se caracteriza por ser uno de los orígenes esenciales de letalidad en infantes inferiores a 5 años sobre



todo en neonatos; actualmente se considera la tasa de bajo peso como una señal universal de salubridad y, además bajo peso en el nacimiento genera consecuencias a futuro agregándose una serie de limitaciones para sobrevivir y más adelante interfiere en la calidad de vida. Estos recién nacidos tienden a estar más propensos a sufrir alteraciones a nivel neurológico, retardo de crecimiento, problemas a nivel cognitivo y padecer enfermedades crónicas no transmisibles (46).

f. Infección neonatal

Este diagnóstico es una de los primordiales orígenes de morbi-mortalidad en este grupo etario en neonatos durante los primeros días de vida, incluso aun cuando durante estos últimos años se han tomado estrategias con fin de disminuir la mortalidad neonatal. Síntomas y signos en los recién nacidos se manifiestan en patologías como septicemia, pulmonía e inflamación de las meninges, infección ósea, ITU, en ocasiones se presentan con bacteriemia durante los 28 días de vida.

Las infecciones neonatales son dos tipos, la primera que se manifiesta son síntomas y signos anteriores a 3 días de existencia y la otra de manera retrasada cuando los signos y síntomas surgen posterior a las 72 horas. Factores de riesgo de infección neonatal incluyen el género masculino, edad gestacional < 37 semanas, apoyo ventilatorio mecánico y RMP (47).

g. Ictericia

La ictericia se define como coloración amarilla de la piel y mucosas, resultado del incremento en la bilirrubina circulante y se detecta generalmente cuando la bilirrubina sérica total excede los 5mg/dl. Se clasifica en: ictericia fisiológica, aquella que se produce después del primer día de vida y puede durar hasta una semana y en ictericia patológica que presenta después de la primera semana de vida y que se produce secundaria a diversas



patologías. Aunque esta condición en sus inicios es inofensiva, algunos bebés desarrollan niveles muy altos de bilirrubina y si no se tratan adecuadamente pueden llegar a ser perjudiciales.

h. Hipoglicemia

Los valores de glucosa por glucómetro o HGT de control que se deben considerar para tomar una conducta terapéutica ser iguales o superiores a 40 mg/dl. Si los valores son inferiores se recomienda realizar glicemia plasmática por punción venosa o arterial, cuyo valor debe ser igual o mayor de 45 mg/dl para considerarse adecuados, valores inferiores ameritan acciones para su corrección.

Estos recién nacidos deben ser controlados con glicemia capilar cada 6 horas en las primeras 24 horas de vida.

Se debe iniciar lactancia entre los 30 a 60 minutos de nacido, si no pueden recibir pecho directo por su edad gestacional o tienen pobre succión, se alimentarán a través de sonda gástrica. La alimentación debe realizarse cada 2 a 3 horas, siendo el alimento ideal la leche materna por pecho directo, pecho ordeñado o leche pasteurizada obtenida en banco de leche humana.

En el caso de pretérminos severos menores de 28 semanas o recién nacidos en los cuales está contraindicada la alimentación deben recibir suero glucosado por vía venosa con un aporte de glucosa entre 4 y 6 mg/kg/min.

i. Macrosomía

Se define como un desarrollo excesivo de acuerdo al peso del Recién Nacido superior a 4500 gramos y para otros es útil el uso percentil 90, sin embargo, en estos últimos años la frecuencia de casos de macrosomía se incrementó en países desarrollados



económicamente, 5.4% con un peso superior a 4500 gramos y 10% a 13% con un peso superior o igual a 4000 gramos.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Factores de riesgo: Son rasgos o características de un sujeto que aumentan la posibilidad en desarrollar una patología o lesión (48).

Factores obstétricos: Los factores obstétricos que se incluyen son control prenatal (CPN), número de gestaciones, antecedentes obstétricos, paridad, muerte fetal previa, estado nutricional, anemia, duración de la gestación, tipo de parto, trauma maternal (49).

Adolescencia: Durante mucho tiempo se ha visto como una mudanza de la niñez a adultez sin demasiada atención. Hoy en día, el juicio preponderante es que la adolescencia es un estadio de vida en que ocurren una serie de alteraciones a una velocidad vertiginosa, que se reflejan en los dominios anatómico, fisiológico, social y cultural (50).

Complicaciones perinatales: Las complicaciones perinatales en el embarazo adolescentes son un gran problema de salud pública, y riesgo en madres adolescentes determina el aumento de patología y letalidad materna y un incremento de 2 a 3 veces la tasa de mortalidad neonatal (14)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo observacional, cuantitativo, analítico correlacional, transversal, de diseño no experimental.

Cuantitativo; porque da como respuesta un coeficiente, obtenido a través de la tabulación de datos a través del procesamiento con la aplicación SPSS que contiene fórmulas específicas (51). Transversal porque se mide una sola vez las variables durante el período del estudio. Analítico porque se midió la asociación entre factores obstétricos de riesgo y complicaciones perinatales. Correlacional porque tiene como finalidad determinar la asociación de variables, revelando hasta qué punto las alteraciones dependerán una y de otra (51).

3.2. Lugar de investigación

El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón donde se desarrolló la investigación, se encuentra ubicado en la Avenida el Sol, Puno 21002. La población está constituida por todas las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno, localizado a una altitud de 3,820 msnm, el mismo que forma parte del Ministerio de Salud (MINSA), situado entre la avenida el sol con el Jirón Ricardo Palma y Jirón Tacna.

Límites:

- Este: Av. El Sol
- Oeste: Jr. Ica
- Norte: Jr. Ricardo Palma



- Sur: Diresa Puno

3.3. Población y muestra

Población

Estuvo conformada por todas las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. Teniendo un total de 200 gestantes adolescentes como parte de la población.

Muestra

Estuvo conformada por 104 pacientes gestantes adolescentes de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión. Para determinación del tamaño de muestra se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, donde se trabajó con toda la población por conveniencia del investigador.

3.4. Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Madre adolescente, entre 10 a 19 años, cuyo parto fue atendido en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, el período 2019.
- Historia clínica de la madre con datos completos.
- Historia clínica perinatal con datos completos.

Criterios de exclusión

- Historia clínica de la madre con datos incompletos.
- Historia clínica perinatal con datos incompletos.
- Gestantes con antecedentes patológicos.



3.5. Consideraciones éticas

Todos los participantes de esta investigación fueron informados acerca de las condiciones y el tema de investigación. Se dispuso un documento de consentimiento informado el cual llenaron para confirmar su participación.

3.6. Operacionalización de variables

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | CATEGORÍA | ESCALA | TIPO DE VARIABLE |
|--|------------------------|--|---|---------|------------------|
| Variable Independiente: Factores obstétricos de riesgo | Número de gestación | Número de gestaciones | Nulípara Primípara Multípara | Nominal | Cualitativa |
| | Antecedente Obstétrico | Antecedente obstétrico de riesgo | Diabetes gestacional G: Grávida. P: Partos de embarazos a término. P: Prematuros Ab: Abortos. Hv: Hijos vivos Hm: Hijos muertos | Nominal | Cualitativa |
| | Anemia | Niveles de hemoglobina | Leve: 10 – 10.9 gr/dl. Moderada: 7.0 – 9.9 gr/dl. Severa: < 7.0 gr/dl | Ordinal | Cuantitativa |
| | Infección Urinaria | UFC en urocultivo | Sí: > 100,000 UFC/m No: <100 000 UFC/m | Ordinal | Cuantitativa |
| | Edad gestacional | Semana gestacional | Pre término: <37 semanas. A término: 37 – 42 semanas Post término: >42 semanas. | Ordinal | Cuantitativa |
| | Control pre natal | Número de controles prenatales | ≥ 6 = adecuado. Entre 1 a <= 6 inadecuado 0=ningún control | Ordinal | Cuantitativa |
| | Tipo de parto | Tipo de parto | Vaginal Cesárea | Nominal | Cualitativa |
| | Edad materna | Adolescencia temprana Adolescencia media Adolescencia tardía | Temprana de 10 a 13 años Media 14 a 16 años Tardía de 17 a 19 años | Ordinal | Cuantitativa |
| | | Vitalidad de RN | Apgar menor de | Ordinal | Cuantitativa |



| | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|---------|--------------|
| Variable dependiente: Complicaciones perinatales | Recién nacido pretérmino | | 7(depresión neonatal 7) | | |
| | | RN pre termino | RN < 37 ss. | Ordinal | Cuantitativa |
| | | RN pequeño para la edad gestacional | Peso y/o longitud por debajo de -2 DS para edad | Ordinal | Cuantitativa |
| | | Enfermedades del RN | Infección neonatal Ictericia Hipoglicemia Macrosomía | Nominal | Cualitativa |
| | Síndrome de distrés respiratorio | Dificultad respiratoria | FR > 60 x minuto | Ordinal | Cuantitativa |
| | Bajo peso al nacer | Peso al nacer | < 2500 g Relación I/T elevada (≥ 0.2) | Ordinal | Cuantitativa |



3.7. Procedimiento de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue recolección de datos, obtenidos por medio de revisión de historias clínicas. Se utilizó una ficha pre elaborada la cual fue validada mediante la opinión de expertos.

- Se solicitó autorización al director del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno para realizar el estudio.
- Se revisó el libro de hospitalización del Servicio de Obstetricia y se obtuvo los números de historias clínicas de gestantes adolescentes.
- Se coordinó con la Oficina de Estadística del Hospital Manuel Núñez Butrón, para tener acceso a historias clínicas de madres adolescentes y las historias clínicas de sus recién nacidos.
- Se registró la información en la ficha de recolección de datos.

3.8. Análisis estadístico de los datos

Se recolectó datos obtenidos de historias clínicas y se consignó todos los datos en Microsoft Excel 2019, ya ordenadas, se tabulo dichos datos a través del programa estadístico SPSS 25.0 con el fin de realizar análisis estadístico.

Los datos transcritos en fichas de recolección fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Para clasificar los datos se empleó una matriz de sistematización de datos en que se trasladaron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. Para realizar la descripción de variables del estudio se empleó distribución de frecuencias absolutas y relativas; para la evaluación de los factores asociados, se procedió de acuerdo al análisis de un diseño estadístico, se calculó el Odds ratio (OR) y el intervalo de confianza (IC



95%), la significación estadística se definió por un valor de $p < 0,05$; para considerar un factor obstétrico de riesgo se debe cumplir las tres condiciones siguientes.

- 1) El OR debe ser mayor a 1.
- 2) El intervalo de confianza no debe contener la unidad.
- 3) El valor de p debe ser menor que 0.05; si el OR o el IC da un resultado.

Indefinido (cuando existe en alguna variable el valor de cero) no existe ningún tipo de asociación).

Se plantea como hipótesis estadística:

H_0 : Los factores de riesgo obstétricos no se asocian a las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

H_a : Los factores de riesgo obstétricos se asocian significativamente a las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

Se comprueba mediante:

- Sig. < 0.05 : Se acepta H_a
- Sig. > 0.05 : Se rechaza H_a

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Primigesta asociada a recién nacidos pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Primigesta | Recién nacidos pretérmino | | | | | | OR | IC | P |
|--------------|---------------------------|-----|----|------|-------|-------|------|-------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Si | 2 | 1.9 | 13 | 12.5 | 15 | 14.4 | 1.8 | 0.34 - 9.64 | 0.49 |
| No | 7 | 6.8 | 82 | 78.8 | 89 | 85.6 | 0.55 | 0.10 - 2.97 | 0.49 |
| Total | 9 | 8.7 | 95 | 91.3 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 1 analizamos la asociación entre primigesta y recién nacido pretérmino, se encontró que, el antecedente obstétrico (primigesta) se presentaron 2 (1.9%) casos de recién nacido pretérmino, y 13 (12.5%) no fueron pretérmino, el mayor porcentaje se presentó en RN pretérmino y adolescentes ser primigestas, no se encontró asociación entre antecedente obstétrico (primigesta) y complicación perinatal (recién nacidos pretérmino) (OR:1.8, IC:0.34-9-64, p:0.49); las madres que no tenían antecedente obstétrico (primigesta) se presentaron 7 (6.8%) RN pretérmino, y 82 (78.8%) casos no fueron pretérmino, el mayor porcentaje se observó en RN que no fueron pretérmino y madre que no fue primigesta, no se encontró asociación entre antecedente obstétrico (primigesta) y complicación perinatal (RN pretérmino) (OR:0.55, IC:0.10-2.97, p:0.49).

Al igual que en este estudio, Avedaño M. en Huancavelica en el año 2018 señaló que no encontró asociación entre antecedente obstétrico y complicación perinatal (recién nacidos pretérmino) (OR:1.29, IC:0.49-3.41, p:0.39) (20).



Así mismo La Rosa A. en Lima el año 2012 encontró también en su estudio que no existe asociación entre antecedente obstétrico y complicación perinatal (recién nacidos pretérmino) (OR: 137, IC: 0.81-2.23, p: 0.20) (23).

A diferencia de este estudio, Arévalo F. y Torres Y. en Tarapoto el año 2016 indica que si encontró asociación entre antecedente obstétrico y complicación perinatal del recién nacido pretérmino 14.5% con un valor ($p < 0.005$) (24).

En este estudio no encontramos asociación entre primigesta y recién nacidos pretérmino, lo que indica que un antecedente obstétrico no necesariamente será un factor en la adolescente para que su recién nacido presente una complicación perinatal (pretérmino).

Tabla 2. Primigesta asociada a recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Primigesta | Recién nacido pequeño para la edad gestacional | | | | | | OR | IC | P |
|--------------|--|-----|-----|------|-------|-------|------|-------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Si | 2 | 1.9 | 13 | 12.5 | 15 | 14.4 | 6.69 | 0.87- 51.72 | 0.07 |
| No | 2 | 2.9 | 87 | 82.7 | 89 | 85.6 | 0.15 | 0.02- 1.15 | 0.07 |
| Total | 4 | 4.8 | 100 | 95.2 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 2 analizamos asociación entre primigesta y recién nacido pequeño para la edad gestacional, se encontró, de las madres que tienen antecedente obstétrico (primigesta) presentaron 2 (1.9%) casos de complicación perinatal (RNPEG), y 13 (12.5%) casos sin complicación perinatal, el mayor porcentaje se dio en recién nacidos pequeños para la edad gestacional sin complicación aunque la madre fue primigesta, no se encontró asociación entre primigesta y recién nacidos pequeño para la edad gestacional (OR:6.69, IC:0.87-51-72, p:0.07); en las madres que no fueron primigestas se presentaron 2 (2.9%) casos de complicación perinatal, y 87 (82.7%) casos sin complicación perinatal, la mayor proporción se presentó en recién nacidos pequeño para la edad gestacional sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre primigesta y recién nacido pequeño para la edad gestacional (OR:0.15, IC:0.02-1.15, p:0.07).

Al igual en mi estudio, Urbiola R. en Arequipa el año 2018 menciona que no encontró asociación entre antecedente obstétrico y complicación perinatal del recién nacido con pequeño para la edad gestacional con un valor ($p > 0.05$, OR:1) (19). La Rosa A. en Lima



en el 2012, encontró que recién nacido pequeño para la edad gestacional con el 9.7% es una complicación perinatal (Chi cuadrado: 3.74, $p=0.44$) (23).

Ortega A. en Huancayo el año 2019, a diferencia de este estudio, reportó asociación entre antecedente obstétrico y complicación perinatal (pequeño para la edad gestacional) 32.5% (P-valor = 0,46) (18). De la misma forma Chambi F. en Puno en el año 2018 encontró también, que si existe asociación entre los antecedente obstétrico y complicación perinatal (pequeño para la edad gestacional) (OR: 4.85, IC: 1.04-22.48, $p: 0.02$) (29).

En esta investigación no encontramos asociación entre primigesta y recién nacido pequeño para la edad gestacional, por el cual indica que ser primigesta no determina que presente un recién nacido pequeño para la edad gestacional, sino depende la alimentación materna, del adecuado desarrollo, y goce de una buena salud en la madre.

Tabla 3. Primigesta asociada a Síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Primigesta | Síndrome de distrés respiratorio | | | | | | OR | IC | P |
|--------------|----------------------------------|------|----|------|-------|-------|------|-------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Si | 2 | 1.9 | 13 | 12.5 | 15 | 14.4 | 1.22 | 0.24 - 6.19 | 0.81 |
| No | 10 | 9.6 | 79 | 76.0 | 89 | 85.6 | 0.82 | 0.16 - 4.19 | 0.81 |
| Total | 12 | 11.5 | 92 | 88.5 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 3 analizamos la asociación entre primigesta y complicación síndrome de distrés respiratorio, se encontró, madres que tienen antecedente obstétrico (primigesta) se presentaron 2 (1.9%) casos de complicación perinatal (síndrome de distrés respiratorio), y 13 (12.5%) casos sin complicación perinatal, el mayor porcentaje se dio en recién nacidos sin complicación perinatal síndrome de distrés respiratorio, no se encontró asociación entre primigesta y recién nacido con síndrome de distrés respiratorio (OR:1.22, IC:0.24-6-19, p:0.81); y en las madres que no fueron primigestas se presentaron 10 (9.6%) casos de complicación perinatal, y 79 casos sin complicación perinatal (76.0%), la mayor proporción se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal con síndrome de distrés respiratorio, no se encontró asociación entre primigesta y síndrome de distrés respiratorio (OR:0.82, IC:0.16-0.81, p:0.81).

Al igual que esta investigación, Chambi F. en Puno en el 2019 indica que no encontró asociación entre antecedente obstétrico y síndrome de distrés respiratorio (p=0.53).(29). Así mismo La Rosa A. en Lima en el 2012 afirma que no presentaron



complicación respiratoria el 96.8% tampoco encontró asociación entre antecedente obstétrico y complicación perinatal. ($p=0.44$) (23).

A diferencia de nosotros Velaguesti E. y Hernández M. en Ecuador en el año 2018 encontró que el 6% presentó dificultad respiratoria, por lo tanto, afirma que, si existe relación entre antecedente obstétrico y complicación perinatal. ($p=0.01$) (14).

En esta investigación, no encontramos asociación entre primigesta y síndrome de distrés respiratorio, lo que indica que los recién nacidos de madres que fueron primigestas no presentaron la complicación perinatal de distrés respiratorio, ya que esta patología es causada por adaptación respiratorio posterior al nacimiento, patologías infecciosas, presencia de otras alteraciones como: anemia, hipotermia, asfixia perinatal, afecciones cardiovasculares.

Tabla 4. Primigesta asociada a Bajo peso al nacer en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Primigesta | Bajo peso al nacer | | | | | | OR | IC | P |
|--------------|--------------------|-----|----|------|-------|-------|------|--------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Si | 4 | 3.8 | 11 | 10.6 | 15 | 14.4 | 6.11 | 1.42 - 26.23 | 0.01 |
| No | 5 | 4.8 | 84 | 80.8 | 89 | 85.6 | 0.16 | 0.04 - 0.70 | 0.01 |
| Total | 9 | 8.6 | 95 | 91.4 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 4 analizamos la asociación entre primigesta y recién nacido con bajo peso al nacer, se encontró madres que fueron primigestas hay 4 (3.8%) casos de complicación perinatal (bajo peso al nacer), y 11 (10.6%) casos sin complicación perinatal, el mayor porcentaje se dio en recién nacidos con bajo peso al nacer sin complicación perinatal, se encontró asociación entre primigesta y bajo peso al nacer (OR:6.11, IC:1.42-26.23, p:0.01); en las madres que no fueron primigestas hay 5 (4.8%) casos de complicación perinatal, y 84 (80.8%) casos sin complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos que no tiene bajo peso al nacer y madre que no fue primigesta, se encontró asociación entre primigesta y bajo peso al nacer.

Otros autores reportaron hallazgos similares a esta investigación, Ortega A. en Huancayo 2019 indican que el 9.2% presentó bajo peso al nacer encontrando asociación entre antecedente obstétrico y bajo peso al nacer ($p=0,03$) (18). De tal forma Avedaño M. en Huancavelica en el año 2018, indica que encontró que el 20% presentó bajo peso, demostrando que encontró asociación entre antecedente obstétrico y bajo peso al nacer (20). Urbiola R. en Arequipa en el año 2018 encontró que no existe relación entre



antecedente obstétrico y bajo peso al nacer ($p: 0.05$, OR: 1) (19). Chaiña J. en Juliaca en el 2017, encontró 17% con bajo peso (30).

A diferencia de esta investigación otros autores como Sánchez L. en Iquitos 2014 encontró que el 20% presentó bajo peso al nacer, determinando que no existe relación entre antecedente obstétrico y complicación perinatal de bajo peso al nacer (22).

En mi estudio se encontró asociación entre primigesta y recién nacidos con bajo peso, lo que indica que los recién nacidos de madres que fueron primigestas tienen más riesgo de presentar un recién nacido con bajo peso, esto es debido a que el antecedente obstétrico, tales como, ser nulípara, influirán en el desarrollo adecuado del feto.

Tabla 5. Anemia asociada a Recién nacido pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Anemia | Recién nacido pretérmino | | | | | | OR | IC | P |
|--------------|--------------------------|------|----|-------|-------|--------|------|--------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Si | 0 | 0.0% | 22 | 21.2% | 22 | 21.2% | 0.17 | 0.01- 3.07 | 0.23 |
| No | 9 | 8.7% | 73 | 70.1% | 82 | 78.8% | 5.82 | 0.33- 103.91 | 0.23 |
| Total | 9 | 8.7% | 95 | 91.3% | 104 | 100.0% | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

Tabla 5 analizamos la asociación entre anemia de las madres adolescentes y recién nacido pretérmino, observamos que en el grupo de madres con anemia no hubo ningún caso con complicación perinatal y 22 casos sin complicación perinatal (21.2%), el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre las madres que presentaba anemia y recién nacido pretérmino (OR:0.17, IC: 0.01-3.07, p: 0.23), en madres que no tuvieron anemia 9 casos con complicación perinatal (8.7%) y 73 casos sin complicación perinatal (70.1%), el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre las madres que no presentaban anemia y complicación perinatal (OR:5.82, IC: 0.33-103.91, p: 0.23).

A diferencia de mi estudio, Arévalo encontró que existe relación entre los factor de riesgo materno (anemia 43.5%) y la complicación perinatal (prematuridad 14.5%) (24).

En esta investigación, no encontré asociación entre madres con anemia y recién nacidos pretérminos, lo que indica que los recién nacidos de madres adolescentes no determina la complicación perinatal (recién nacido pre termino).

Tabla 6. Anemia asociada a Recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Anemia | Recién nacido pequeño para la edad gestacional | | | | | | OR | IC | P |
|--------------|--|-----|----|------|-------|-------|------|-------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Si | 1 | 1 | 21 | 20.2 | 22 | 21.2 | 0.93 | 0.10- 8.75 | 0.95 |
| No | 4 | 3.8 | 78 | 75.0 | 82 | 78.8 | 1.08 | 0.11- 10.15 | 0.95 |
| Total | 5 | 4.8 | 99 | 95.2 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

Tabla 6 analizamos la asociación entre anemia de las madres adolescentes y recién nacido pequeño para la edad gestacional, observamos que en el grupo de madres con anemia hubo 1 caso con complicación perinatal (1%) y 21 casos sin complicación perinatal (20.2%), el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre las madres que presentaba anemia y complicación perinatal (OR:0.93, IC: 0.10-8.75, p: 0.95), mientras que en madres que no tuvieron anemia 4 casos con complicación perinatal (3.8%) y 78 casos sin complicación perinatal (75.0%), el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre las madres que no presentaban anemia y complicación perinatal (OR: 1.08, IC: 0.11- 10.15, p: 0.95).

A diferencia de esta investigación, Arévalo encontró que existe relación entre el factor de riesgo materno (anemia 43.5%) y complicación perinatal (18%) (24).

En mi estudio, no se encontró asociación entre anemia y recién nacido pequeño para la edad gestacional, lo que indica que la anemia en madres de los recién nacidos no determina la complicación perinatal del recién nacido pequeño para la edad gestacional.

Tabla 7. Anemia asociada a Síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Anemia | Síndrome de distrés respiratorio | | | | | | OR | IC | P |
|--------------|----------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|------|------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Si | 4 | 3.8 | 18 | 17.3 | 22 | 21.2 | 0.06 | 0.56- 7.59 | 0.28 |
| No | 8 | 7.7 | 74 | 71.2 | 82 | 78.8 | 0.49 | 0.13- 1.80 | 0.28 |
| Total | 12 | 11.5 | 92 | 88.5 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

Tabla 7 analizamos la asociación entre anemia de las madres adolescentes y síndrome de distrés respiratorio, observamos que el grupo de madres con anemia hubo 4 caso con complicación perinatal (3.8%) y 18 casos sin complicación perinatal (17.3%), el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre las madres que presentaba anemia y complicación perinatal (OR:0.06, IC: 0.56- 7.59, p: 0. 28), mientras que en madres que no tuvieron anemia 8 casos con complicación perinatal (7.7%) y 74 casos sin complicación perinatal (71.2%), el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre las madres que no presentaban anemia y complicación perinatal (OR: 0.49, IC: 0.13- 1.80, p: 0.28).

En esta investigación no se encontró asociación entre madres con anemia y síndrome de distrés respiratorio, lo que indica que los recién nacidos de madres adolescentes con anemia no determina la complicación perinatal del recién nacido con síndrome de distrés respiratorio.

Tabla 8. Anemia asociada a Bajo peso al nacer en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Anemia | Bajo peso al nacer | | | | | | OR | IC | P |
|--------------|--------------------|-----|----|------|-------|-------|------|-------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Si | 1 | 1 | 21 | 20.2 | 22 | 21.2 | 0.44 | 0.05- 3.72 | 0.45 |
| No | 8 | 7.7 | 74 | 71.1 | 82 | 78.8 | 2.27 | 0.27- 19.19 | 0.45 |
| Total | 9 | 8.7 | 95 | 91.3 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

Tabla 8 analizamos la asociación entre anemia de las madres adolescentes y bajo peso al nacer, observamos que en el grupo de madres con anemia hubo 1 caso con complicación perinatal (1%) y 21 casos sin complicación perinatal (20.2%), el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre madres que presentaba anemia y complicación perinatal (OR:0.44, IC: 0.05- 3.72, p: 0.45), mientras que en madres que no tuvieron anemia se observó que 8 casos con complicación perinatal (7.7%) y 74 casos sin complicación perinatal (71.1%), el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre las madres que no presentaban anemia y complicación perinatal (OR: 2.27, IC: 0.27- 19.19, p: 0.45).

En comparación con Sánchez L., encontró asociación entre factor obstétrico como anemia (29,1%) y la complicación perinatal (RNBP) (20,0%) (22).

En esta investigación no se asociación entre anemia y bajo peso al nacer del recién nacido, lo que indica que la anemia de las madres de los recién nacidos no determina la complicación perinatal del recién nacido bajo peso al nacer.

Tabla 9. Edad gestacional asociado a Recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Edad gestacional | Recién nacido pequeño para la edad gestacional | | | | | | OR | IC | P |
|------------------|--|------------|-----------|-------------|------------|--------------|------------|--------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| <37 ss. | 2 | 1.9 | 10 | 9.6 | 12 | 11.5 | 5.93 | 0.88- 39.86 | 0.07 |
| 37 - 42 ss. | 3 | 2.9 | 89 | 85.6 | 92 | 88.5 | 0.04 | 0.0007- 2.27 | 0.12 |
| >42 ss. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Indefinido | Indefinido | 0.16 |
| Total | 5 | 4.8 | 99 | 95.2 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 9 se muestra la asociación edad gestacional y recién nacido pequeño para la edad gestacional, observamos que en la edad gestacional <37 ss. en 2 casos (1.9%) presentó complicación perinatal, en 10 casos (9.6%) no presento complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación como factor de riesgo, la complicación perinatal y la edad gestacional a < 37 ss. (OR: 5.93, IC: 0.88-39.86, p: 0.07); por otro lado en la edad gestacional de 37 - 42 ss. en 3 casos (2.9%) presento complicación perinatal y 89 casos (85.6%) no presentó



complicación perinatal, el mayor porcentaje se dio en recién nacido sin complicación perinatal y no se encontró asociación como factor de riesgo a la edad gestacional a 37 - 42 ss. (OR: 0.04, IC: 0.0007-0.122.2737, p: 0.12); así mismo observamos que en la edad gestacional >42 ss. no se encontraron ningún caso de complicación perinatal, por lo tanto, no se encontró asociación como factor de riesgo, a la complicación perinatal y la edad gestacional a > 42 ss. (OR: Indefinido, IC: Indefinido, p: 0.16).

Al igual que en esta investigación, otros autores no encontraron asociación entre edad gestacional y recién nacido pequeño para la edad gestacional, así tenemos Sánchez L. en Iquitos en el 2014 (22).

A diferencia de esta investigación, La rosa A. en Lima en el 2016 en edad gestacional, 90.3% en su mayoría fueron a términos, por lo tanto, no se encontró asociación entre edad gestacional y recién nacido pequeño para la edad gestacional ($p = 0,004$) (23).

En esta investigación no se encontró asociación entre edad gestacional y recién nacido pequeño para la edad gestacional, lo que indica que los recién nacidos con el factor obstétrico tienen menor riesgo de tener una complicación perinatal (recién nacido pequeño para la edad gestacional).

Tabla 10. Edad gestacional asociado a Síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Edad gestacional | Síndrome de distrés respiratorio | | | | | | OR | IC | P |
|------------------|----------------------------------|------|----|------|-------|-------|------------|----------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| <37 ss. | 0 | 0.0 | 12 | 11.5 | 12 | 11.5 | 0.26 | 0.01- 4.63 | 0.36 |
| 37 – 42 ss. | 12 | 11.5 | 80 | 76.9 | 92 | 88.5 | 0.14 | 0.003- 7.12 | 0.32 |
| >42 ss. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Indefinido | Indefinido | 0.32 |
| Total | 12 | 11.5 | 92 | 88.5 | 104 | 100.0 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 10 se muestra la asociación entre edad gestacional y síndrome de distrés respiratorio, observamos que en la edad gestacional <37 ss. no se encontró ningún caso de complicación perinatal (0.0%) y en 12 casos (11.5%) no presentó complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre la ausencia de complicación perinatal y edad gestacional a <37 ss. (OR: 0.26, IC: 0.01- 4.63, p: 0.36); por otro lado la edad gestacional a 37 - 42 ss. en 12 casos (11.5%) presentó complicación perinatal y 80 casos (76.9%) no presentó complicación perinatal, el mayor porcentaje se dio en recién nacido sin complicación perinatal y no se encontró asociación entre la ausencia de complicación perinatal y edad gestacional a 37 - 42 ss. (OR: 0.14, IC: 0.003-7.119, p: 0.32); así mismo observamos que en la edad gestacional >42 ss. No se encontró ninguna complicación perinatal por lo tanto no se encontró asociación entre la ausencia de complicación perinatal y edad gestacional a > 42 ss. (OR: Indefinido, IC: Indefinido, p: 0.32).



Al igual que en mi estudio, otros autores refieren no encontrar asociación entre edad gestacional y recién nacido con síndrome de distrés respiratorio, así tenemos La rosa A., en Lima en el 2016 (23).

A diferencia de mi estudio, otros autores encontraron asociación entre edad gestacional y complicación perinatal (síndrome de distrés respiratorio), así tenemos Sánchez L. en Iquitos en el 2014 (22).

En mi estudio no encontramos asociación entre edad gestacional y síndrome de distrés respiratorio, lo que significa que los recién nacidos con factores obstétricos tienen menos riesgo de nacer con distrés respiratorio.

Tabla 11. Edad gestacional asociado a Bajo peso al nacer en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Edad gestacional | Bajo peso al nacer | | | | | | OR | IC | P |
|------------------|--------------------|-----|----|------|-------|------|------------|---------------|--------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| <37 ss. | 6 | 5.8 | 6 | 5.7 | 12 | 11.5 | 29.67 | 5.91 - 148.98 | 0.0001 |
| 37 – 42 ss. | 3 | 2.9 | 89 | 85.6 | 92 | 88.5 | 0.04 | 0.0007- 2.27 | 0.12 |
| >42 ss. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Indefinido | Indefinido | 0.26 |
| Total | 9 | 8.7 | 95 | 91.3 | 104 | 100 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 11 se muestra la asociación entre edad gestacional y bajo peso al nacer, observamos que en la edad gestacional <37 ss. 6 casos (5.8%) presentó complicación perinatal, en 6 casos (5.7%) no presentó complicación perinatal, en ambos casos se presentó igual porcentaje, se encontró asociación como factor de riesgo, la complicación perinatal y la edad gestacional a < 37 ss. (OR: 29.67, IC: 5.91-148.98, p: 0.0001); por otro lado en la edad gestacional a 37 - 42 ss. en 3 casos (2.9%) presentó complicación perinatal y 89 casos (85.6%) no presentó complicación perinatal, el mayor porcentaje se dio en recién nacido sin complicación perinatal y no se encontró asociación como factor de riesgo, en la complicación perinatal y la edad gestacional a 37 – 42 ss. (OR: 0.04, IC: 0.0007-2.2737, p: 0.12).

Al igual que esta investigación, La rosa A. en Lima en el 2016 menciona que se encontró asociación entre edad gestacional y recién nacido con bajo peso al nacer (p = 0,004) (23).



En esta investigación se encontró asociación entre edad gestacional y recién nacido con bajo peso al nacer, lo que significa que los recién nacidos con madres adolescentes que presentaron una edad gestacional menor de 37 semanas, tienen más riesgo de presentar bajo peso al nacer. Su importancia no solo radica en lo que significa en la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños tienen habitualmente en cuanto a su salud múltiples dificultades posteriores.

Tabla 12. Número de controles prenatales asociado a Recién nacido pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Número de controles prenatales | Recién nacidos pretérmino | | | | | | OR | IC | P |
|--------------------------------------|---------------------------|-----|----|------|-------|------|------|--------------|-------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Ninguno | 0 | 0.0 | 2 | 1.9 | 2 | 1.9 | 29.7 | 5.91 - 148.9 | 0.67 |
| Inadecuado (<6) | 5 | 4.8 | 11 | 10.6 | 16 | 15.4 | 23.4 | 1.88 - 291.6 | 0.003 |
| Adecuado (≥6) | 4 | 3.9 | 82 | 78.8 | 86 | 82.7 | 0.02 | 0.002 - 0.17 | 0.005 |
| Total | 9 | 8.7 | 95 | 91.3 | 104 | 100 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 12 se muestra la asociación entre el número de controles prenatales y recién nacido pretérmino, observamos que las madres que no tuvieron ningún control prenatal no se encontró ningún caso con complicación perinatal y 2 casos (1.9%) sin complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre el número de controles prenatales y complicación perinatal (OR: 29.67, IC: 5.91, p:0.67), mientras que en madres que tuvieron un control prenatal inadecuado 5 casos (4.8%) si presentó complicación perinatal y 11 casos (10.6%) no presentó complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, se encontró asociación entre el número de controles prenatales y la complicación perinatal (OR: 23.43, IC:1.88-291.643, p: 0.003), así mismo en las madres que tuvieron un control prenatal adecuado 4 casos (3.9%) si tuvo complicación perinatal y 82 casos (78.8%) no tuvo complicación perinatal, el mayor



porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, se encontró asociación entre el número de controles prenatales y complicación perinatal (OR: 0.02, IC: 0.002, p:0.005).

Al igual que en mi estudio, Sánchez L en el 2013 en Iquitos encontró asociación entre el número de controles prenatales y recién nacido pretérmino (Chi cuadrado: 4.97, p: 0.025) (22).

A diferencia de mi estudio, La Rosa A, en Lima en el 2012, no encontró asociación entre número de controles prenatales y recién nacido pretérmino (OR: 1.37, IC: 0.97-1.94, p: 0.10) (23).

En esta investigación si encontramos asociación entre el número de controles prenatales y el recién nacido pretérmino, lo que indica que los recién nacidos de madres que tienen control inadecuado tienen más riesgo de presentar esta complicación perinatal.

Tabla 13. Número de controles prenatales asociado a Recién nacido pequeño para la edad gestacional en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Número de controles prenatales | Recién nacido pequeño para la edad gestacional | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|-----|-----|------|-------|------|------|--------------|------|
| | Si | | No | | Total | | OR | IC | P |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Ninguno | 0 | 0.0 | 2 | 1.9 | 2 | 1.9 | 4.38 | 0.18 - 105.3 | 0.36 |
| Inadecuado (<6) | 0 | 0.0 | 16 | 15.4 | 16 | 15.4 | 0.56 | 0.02 - 10.8 | 0.7 |
| Adecuado (≥6) | 4 | 4.8 | 82 | 77.9 | 86 | 82.7 | 2.02 | 0.10 - 39.1 | 0.64 |
| Total | 4 | 4.8 | 100 | 95.2 | 104 | 100 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 13 se muestra la asociación entre el número de controles prenatales y recién nacido pequeño para la edad gestacional, observamos que las madres que no tuvieron ningún control prenatal no se encontró ningún caso con complicaciones perinatales y 2 casos (1.9%) sin complicaciones perinatales, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre el número de controles prenatales y complicación perinatal (OR:4.38, IC:0.18-105.27, p:0.36), mientras que en madres que tuvieron un control prenatal inadecuado no se encontró ningún caso (0.0%) con complicación perinatal y 16 casos (15.4%) no presento complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre el número de controles prenatales y la complicación perinatal (OR: 0.56, IC:0.02-10.82, p:0.7), así mismo en las madres que tuvieron un control prenatal adecuado 4 casos (4.8%) si tuvo complicación perinatal



y 82 casos (77.9%) no tuvo complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre el número de controles prenatales y complicación perinatal (OR: 2.02, IC: 0.10-39.14, p:0.64).

Al igual que esta investigación, La rosa A., en Lima en el 2016 indica que no encontró asociación con controles prenatales y complicación perinatal (recién nacidos pequeño para la edad gestacional) (23).

En mi estudio no encontramos asociación entre controles prenatales y pequeño para la edad gestacional del recién nacido, lo que indica que el número de controles prenatales de las madres de los recién nacidos no determina la complicación perinatal de pequeño para la edad gestacional.

Tabla 14. Número de controles prenatales asociado a Síndrome de distrés respiratorio en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Número de controles prenatales | Síndrome de distrés respiratorio | | | | | | OR | IC | P |
|--------------------------------|----------------------------------|------|----|------|-------|------|-------|--------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Ninguno | 2 | 1.9 | 0 | 0.0 | 2 | 1.9 | 44.05 | 1.98 - 980.5 | 0.02 |
| Inadecuado (<6) | 0 | 0.0 | 16 | 15.4 | 16 | 15.4 | 41.01 | 0.01 - 3.9 | 0.01 |
| Adecuado (≥6) | 10 | 9.6 | 76 | 73.1 | 86 | 82.7 | 1.05 | 0.21 - 5.3 | 0.96 |
| Total | 12 | 11.5 | 92 | 88.5 | 104 | 100 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 14 se muestra la asociación entre el número de controles prenatales y síndrome de distrés respiratorio, observamos que las madres que no tuvieron ningún control prenatal, 2 casos (1.9%) tienen complicación perinatal y no se encontró ningún caso sin complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos con complicación perinatal, se encontró asociación entre el número de controles prenatales y complicación perinatal (OR:44.05, IC:1.98-980.49, p:0.02), mientras que en madres que tuvieron un control prenatal inadecuado no se encontró ningún caso (0.0%) y 16 casos (15.4%) no presentaron complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, se encontró asociación entre el número de controles prenatales y las complicación perinatal (OR: 41.01, IC: 0.01 - 3.96, p:0.01), así mismo en las madres que tuvieron un control prenatal adecuado 10 casos (9.6%) si tuvo complicación perinatal y 76 casos (73.1%) no tuvo complicación perinatal, el mayor



porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre el número de controles prenatales y complicación perinatal (OR: 1.05, IC: 0.21-5.27, p:0.96).

Al igual que en esta investigación, Chayña J., en Juliaca en el 2017 indica encontrar asociación entre el número de controles prenatales y el síndrome de distrés respiratorio (30). La rosa A., en Lima en el 2016 indica que encontró asociación entre el número de controles prenatales y el síndrome de distrés respiratorio, dando énfasis que es la primera causa de complicación perinatal (23).

En esta investigación encontramos asociación entre controles prenatales y el síndrome de distrés respiratorio, lo que indica que el número de controles prenatales de las madres de los recién nacidos determina la complicación perinatal (síndrome de distrés respiratorio).

Tabla 15. Número de controles prenatales asociado a Bajo peso al nacer en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Número de controles prenatales | Bajo peso al nacer | | | | | | OR | IC | P |
|--------------------------------------|--------------------|-----|----|------|-------|------|------|--------------|------|
| | Si | | No | | Total | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | |
| Ninguno | 0 | 0.0 | 2 | 1.9 | 2 | 1.9 | 1.97 | 0.09 - 44.09 | 0.67 |
| Inadecuado (<6) | 4 | 3.9 | 12 | 11.5 | 16 | 15.4 | 5.4 | 1.27 - 22.97 | 0.02 |
| Adecuado (≥6) | 5 | 4.8 | 81 | 77.9 | 86 | 82.7 | 0.22 | 0.05 - 0.90 | 0.04 |
| Total | 9 | 8.7 | 95 | 91.3 | 104 | 100 | | | |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 15 se muestra la asociación entre el número de controles prenatales y bajo peso al nacer, observamos que las madres que no tuvieron ningún control prenatal no se encontró ningún caso (0.0%) que presentan complicación perinatal y 2 casos (1.9%) no tuvo complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, no se encontró asociación entre el número de controles prenatales y complicación perinatal (OR:1.97, IC:0.09-44.09, p:0.67), mientras que en madres que tuvieron un control prenatal inadecuado 4 casos (3.9%) con complicación perinatal y 12 casos (11.5%) presentaron complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, se encontró asociación entre el número de controles prenatales y las complicación perinatal (OR: 5.4, IC: 1.27 - 22.97, p:0.02), así mismo en las madres que tuvieron un control prenatal adecuado 5 casos (4.8%) si tuvo complicación perinatal y 81 casos (77.9%) no tuvo complicación perinatal, el mayor porcentaje se presentó en recién nacidos sin complicación perinatal, se encontró



asociación entre el número de controles prenatales y complicación perinatal (OR:0.22, IC:0.05-0.90, p:0.04).

Otros autores reportaron hallazgos similares a esta investigación, ellos indican encontrar asociación, así como Heredia O. en México 2016, encontró asociación entre los controles prenatales inadecuados y el bajo peso al nacer (15). Flores J. en Lima en el 2016, indica que el antecedente de madre adolescente, como los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo para presentar bajo peso al nacer (21). Chávez L. en Lima el 2019 también encontró relación entre número de controles prenatales y complicaciones perinatales ($p=0.001$) (16).

En esta investigación encontramos asociación entre controles prenatales y recién nacido con bajo peso al nacer, lo que indica que los recién nacidos de madres que no tuvieron controles prenatales o un inadecuado control, tienen más probabilidad de nacer con bajo peso a comparación de los recién nacidos de madres que si llevaron sus controles prenatales completos tienen menos probabilidad de nacer con bajo peso.

Tabla 16. Factores obstétricos en pacientes gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Factores obstétricos de riesgos | N | % |
|--|----------|----------|
| Número de gestación | | |
| Nulípara | 100 | 96.2% |
| Primípara | 4 | 3.8% |
| Múltipara | 0 | 0.0% |
| Total | 104 | 100.0% |
| Primigesta | | |
| Si | 89 | 85.6% |
| No | 15 | 14.4% |
| Total | 104 | 100.0% |
| Infección urinaria | | |
| No tiene | 94 | 90.4% |
| Si tiene | 10 | 9.6% |
| Total | 104 | 100.0% |
| Anemia | | |
| Leve | 17 | 16.3% |
| Moderada | 5 | 4.8% |
| No tiene | 82 | 79.8% |
| Total | 104 | 100.0% |
| Número de controles | | |
| Ninguno | 2 | 1.9% |
| Inadecuado (<6) | 16 | 15.4% |
| Adecuado (≥6) | 86 | 82.7% |
| Total | 104 | 100.0% |
| Edad gestacional | | |
| <37 semanas | 12 | 11.5% |
| 37 – 42 semanas | 92 | 88.5% |
| >42 semanas | 0 | 0% |
| Total | 104 | 100.0% |
| Tipo de parto | | |
| Cesárea | 20 | 19.2% |
| Vaginal | 84 | 80.8% |
| Total | 104 | 100.0% |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 16 analizamos la paridad de la gestante, se evidencia que en el grupo de gestantes nulíparas hubo 100 (96.2%), en el grupo de gestantes primíparas son 4 (3.8%), mientras que en el grupo de múltiparas ningún caso en este grupo etario.



En cuanto al segundo factor de riesgo 89 (85,6%) son primigesta y 15 (14,4%) no presentaron este factor obstétrico. En relación al tercer factor de infección urinaria, 94 (90,4%) gestantes no tienen infección urinaria y 10 (9,6%) gestantes si tiene infección urinaria. El cuarto factor obstétrico de riesgo es la anemia y se obtuvo como resultado con anemia leve 17 (16,3%), moderada 5 (4,8%), no tiene anemia 82 (79,8%) gestantes.

Terán G, en Arequipa en el 2014, señaló como factor obstétrico en primer lugar la anemia con 33,0%. Según al factor de número de controles se evidenció que 2 (1,9%) gestantes no se realizaron ningún control, mientras que 16 (15,4%) gestantes se realizaron un número inadecuado de controles, por último 86 (82,7%) gestantes tuvieron un número adecuado de controles.

Sánchez L, en el 2013 en Iquitos, al igual que nosotros, encontró asociación entre controles prenatales y complicaciones prenatales (22). Con respecto a la edad gestacional se obtuvo como resultado que 12 (11,5%) presentaron <37 semanas y 92 (88,5%) presentaron 37 – 42 semanas de gestación.

Ahora, en relación al factor de riesgo tipo de parto se evidencia que el tipo de parto cesárea son en numero 20 (19,2%) y en el tipo de parto vaginal son en numero 84 (80,8%). Chaiña C. y Col, en Juliaca en el 2017, encontró valores similares a los nuestros, señalo para parto vaginal el 67% y para parto por cesárea el 33% (30).

Tabla 17: Complicaciones perinatales en pacientes gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Complicaciones perinatales | N | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Vitalidad RN | 9 | 5.7 % |
| RN pretérmino | 8 | 7.7 % |
| RN pequeño para EG | 4 | 3.8 % |
| Síndrome de distrés respiratorio | 12 | 11.5 % |
| Bajo peso al nacer (<2500g) | 8 | 7.7 % |
| Enfermedades del recién nacido | 23 | 22.1 % |
| Total | 64 | 61.5 % |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 17 se observa que las complicaciones perinatales son: Vitalidad RN, RN pretérmino, RN pequeño para EG, síndrome de distrés respiratorio, bajo peso al nacer, enfermedades del recién nacido. Se observó que en cuanto a la vitalidad RN hubo 9 (8.7%), en RN pretérmino hubo 8 (7.7%), en RN pequeño para EG hubo 4 (3.8%), en el síndrome de distrés respiratorio hubo 12 (11.5%), en cuanto al bajo peso al nacer hubo 8 (7.7%) y en las enfermedades del recién nacido se obtuvo 23 complicaciones (22.1%), el mayor porcentaje se obtuvo en las enfermedades del recién nacido, por lo tanto, podemos decir que la mayor complicación perinatal son las enfermedades del recién nacido.

Tabla 18: Factores obstétricos de riesgo asociados a las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019.

| Factores obstétricos | Complicaciones perinatales | | |
|---|----------------------------|---------------|--------|
| | OR | IC | P |
| Primigesta | 6.11 | 1.42 - 26.23 | 0.01 |
| Edad gestacional (<37 Semanas) | 29.67 | 5.91 - 148.98 | 0.0001 |
| Número de controles prenatales inadecuados (<6) | 44.05 | 1.98 - 980.49 | 0.02 |

Fuente: Elaborado por el equipo de trabajo

En la tabla 18 se observa los factores obstétricos asociadas a complicaciones perinatales son: antecedente obstétrico, edad gestacional, número de controles de prenatales; lo que indica que las madres adolescentes que tienen antecedente obstétrico tienen 6.11 veces más riesgo de presentar una complicación perinatal, en comparación a los recién nacidos de gestantes que no tuvieron factores obstétricos; también las madres adolescentes en cuanto a su edad gestacional (pretérmino) tienen 29.67 veces más riesgo de tener una complicación perinatal en comparación a los recién nacidos de madres que tuvieron una edad gestacional a término; así mismo, las madres adolescentes que tienen control prenatal inadecuado tienen 44.05 veces más riesgo de tener una complicación perinatal en comparación a los recién nacidos de madres que tuvieron un control adecuado.



V. CONCLUSIONES

1. Existe asociación entre el número de controles prenatales insuficientes (menores a 6) durante el periodo de gestación y el recién nacido pretérmino, en gestantes adolescentes del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón, 2019.
2. Existe asociación entre el número de controles prenatales insuficientes (menores a 6) y el recién nacido con síndrome de distrés respiratorio, en gestantes adolescentes del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón, 2019.
3. Existe asociación entre recién nacidos de bajo peso al nacer, con madres gestantes adolescentes primigestas con controles prenatales insuficientes en gestantes adolescentes del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón, 2019.
4. Se determinó que, los factores obstétricos de riesgo como gestante adolescente primigesta, edad gestacional < 37 semanas y menos de 6 controles prenatales se asocian significativamente a las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón, 2019, validando de esta manera la hipótesis planteada inicialmente.



VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que esta investigación sea tomada como referencia para que el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón tenga mayor incidencia en la información a los pacientes relacionada con los controles prenatales que deben tener las madres gestantes adolescentes. Además, sería recomendable que se organicen actividades de promoción de la salud donde la población objetivo sean las gestantes adolescentes.
2. Se recomienda elaborar estrategias de salud que estén orientadas hacia la prevención del síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos de madres adolescentes con un número inadecuado de controles prenatales en la Región Puno. Además, a través de los profesionales de la salud realizar actividades de prevención y promoción de la salud reproductiva, considerando los factores de riesgo obstétricos en gestantes adolescentes, para disminuir su frecuencia.
3. Se recomienda elaborar estrategias de atención por parte de los profesionales de la salud, dirigido a adolescentes primigestas en relación a su edad gestacional y para la concientización acerca de la importancia de los controles prenatales durante la gestación para la prevención de tener recién nacidos con bajo peso. Se sugiere al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, a implementar estrategias para atención de complicaciones perinatales en gestantes adolescentes, tomando en consideración estos factores obstétricos de mayor frecuencia descritos.
4. Se recomienda que la atención de las posibles complicaciones perinatales de recién nacidos de madres adolescentes sea un tema que se considere dentro de los planes operativos de cada establecimiento de salud, a modo de hacer énfasis sobre su prevención y tratamiento oportunos.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves JGB, Cisneiros RMR, Dutra LPF, Pinto RA. Perinatal characteristics among early (10-14 years old) and late (15-19 years old) pregnant adolescents. BMC Res Notes [Internet]. 2021 Sep 25;5:531. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23009715>
2. Zhang T, Wang H, Wang X, Yang Y, Zhang Y, Tang Z, et al. The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy: a cross sectional study in Hebei, China. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Jun;20(1):339.
3. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2019. p. 60. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
4. Furzán JA, Yuburí A, Eizaga S, García-Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: Un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Med Caracas. 2010;118(2):119–26.
5. Familiar ADM. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Arch en Med Fam. 2004;6(3):70–3.
6. Liliam Susana Fernández, Eugenio Carro Puig DOF y JPP. Caracterización de la gestante adolescente. 2004;30(2).
7. Pérez-Assef A. Importancia de los cuidados intensivos obstétricos en la disminución de la mortalidad materna. 2018;17(2):10–7.
8. OMS. Mortalidad materna. Ginebra; 2019. p. 1.
9. Rodríguez Vignoli J. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Cepal. 2014;1–105.
10. Instituto Nacional de Informatica e Estadistica. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Inst Nac estadística e informática. 2014;190.
11. Reichman N PD. Maternal age and birth outcomes: data from New Jersey. 2000;29(5).



12. Perú EDEL. Boletín epidemiológico SE 44 2018. 2018;2.
13. Guevara E. Estado Actual de la Mortalidad Materna en el Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2016;5(2)(2):7-8.
14. Elizabeth J, Egüez V, Isabel M, Navarro H, Joe J, Cotto R, et al. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Rev Cuba Med Gen Integr. 2018;34(1):37-44.
15. Heredia-Olivera K, Munares-García O. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(5):562-7.
16. Bazzetti de los Santos EP. Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo 2017-2018. Universidad Ricardo Palma. 2019.
17. Curo Cadena JJ. "Características maternas, obstétricas y complicaciones materno-perinatales de gestantes adolescentes atendidas en el hospital central de Majes enero 2018-diciembre 2019." J Chem Inf Model. 2016;53(9):1689-99.
18. Ortega A. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Pichanaki, periodo de enero-diciembre 2018 [Internet]. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2019. Disponible en: https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/166/TESIS_FINAL_ORTEGA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Urviola R. Adolescencia Como Factor de Riesgo en Complicaciones Maternas y Perinatales. Vol. 1. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018.
20. Conislla Y, Quispe E. Causas y complicaciones del embarazo adolescente en el Centro de Salud San Jerónimo-Andahuaylas 2016. Repositorio Institucional - UNH. 2019.
21. Sven R, Humareda F. Complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes y adultas atendidas en el Hospital Maria Auxiliadora. 2017.
22. Sanchez L. Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes añosas y adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre Enero a Diciembre del 2013. Univ Nac la Amaz Peru. 2014;82.



23. Mendoza C, Ramos-Rodríguez C, Gutierrez E. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas. *Horiz Med (Barcelona)*. 2016;16(1):14–9.
24. Arévalo Freddy, Yoli T. Factores de riesgo Materno y Obstétricos con las complicaciones Maternas- Perinatales parturientas Adolescentes atendidas en el Hospital 2-II Tarapoto. UNSM; 2017.
25. Romina F, Giuliana Z. “Factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado a la edad gestacional y el peso en Recién Nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.” Universidad Nacional del Santa; 2019.
26. Escalante A. Complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco,2020. UNSAAC; 2019.
27. Patricia Z. Características perinatales del RN en embarazos en la adolescencia en el Hospital Amazónico . UNDU; 2019.
28. Flores Roman KJ. Embarazo Adolescente Y Controles Prenatales Insuficientes Como Factores De Riesgo Para Bajo Peso Al Nacer En El Hospital San José De Enero a Diciembre Del 2016. Tesis. 2018;68.
29. Chambi F. Factores asociados a complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de Junio a Diciembre 2018. 2019;
30. Chayña M, Orcco F. Complicaciones materno perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. Vol. 28. Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
31. QUISPE HDQ. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y su influencia en la mortalidad perinatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Universidad Nacional del Altiplano; 2019.
32. CESOLA. La Adolescencia. Programa de Educacion sexual. 2017. p. 1.
33. Gaete V. Adolescent psychosocial development. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(6):436–43.
34. Martinez EA, Montero GI, Zambrano RM. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Espacios*. 2020;41(47):1–10.



35. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev Med Chil.* 2014;142(2):168–74.
36. Eduardo M, Patricia J, Hernández-jiménez C, Borbolla-sala ME, Ramírez-aguilera MJP. Características clínicas del embarazo adolescente, factores relacionados con la operación cesárea y mortalidad del recién nacido en el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer. *Salud en Tabasco.* 2015;21(2–3):85–92.
37. Enfermer EPDE, Asociados F, Automedicaci LA, Enfermer ENEDE. Relacion entre el numero de gestaciones anteriores y el peso al nacer de sus productos en madres atendidas en el Hospital en el Hospital Regional de Ayacucho 2017-2019. 2018;(051):363543.
38. Organización Mundial de la Salud. Recommandations de l 'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. 2018;4(2):1–14.
39. Palma UR, Humana FDEM. Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016. 2018;
40. Funes P. Primera Cátedra de Obstetricia. 2021;148:148–62.
41. Tenorio EAE. Prevalencia de maloclusiones según los planos transversal, sagital y vertical en varones y mujeres de la Asociación Civil Educativa Saco Oliveros de 11 a 16 años de edad, mediante el análisis clínico de Ackerman–Proffit en el año 2018. *Medicina (B Aires).* 2018;141.
42. Vasco S, Herrera A, Acosta M, Toapanta P. Factores de riesgo para recién nacidos con Apgar bajo. *Rev Latin Perinat.* 2018;21(3):138–45.
43. Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, Reyes-Hernández MU, Aguilar-Figueroa ES, Pérez-Pacheco O, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Rev Médico-Científica la Secr Salud Jalisco.* 2020;3(1):179–86.
44. Ibáñez Toda L. Pequeño para la edad gestacional: consecuencias endocrino-metabólicas. *Actual Pediatría.* 2018;179–90.
45. Sucet Elias-Armas K, Columbié-Martínez C, Rolando Frómeta-Tamayo R.



- Factores relacionados con la mortalidad por Síndrome de Distrés respiratorio neonatal. *Gac médica Estud.* 2020;1(23):301–16.
46. Chuquilín-Saucedo, Y., Zambrano-Rodríguez S. Factores de riesgo en distres respiratorio de recién nacido, Servicio de Neonatología del hospital Regional Docente de Cajamarca-2017. 2018;53(9):1689–99.
47. Ulloa Ricárdez A, Salazar Espino B. Epidemiología de infección neonatal temprana y tardía en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev del Hosp Juarez Mex.* 2019;86(3):110–5.
48. Justo SD. Los factores de riesgo del embarazo adolescente. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 1999;15(4):446–52.
49. Martínez-López AM, Vargas-Herrera JRR, Mini-Díaz EH. Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía: estudio de casos y controles en un hospital de Perú. *An la Fac Med.* 2019;80(3):322–6.
50. Fernández L. Caracterización de la gestante adolescente. *Rev Cuba Obs Ginecol2* [Internet]. 2004;30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200002
51. Sampieri Hernández, Collado Fernández BL. Metodología de la investigación. 2010. 613 p.



ANEXOS

ANEXO 1



INSTRUMENTO
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**FACTORES OBSTÉTRICOS DE RIESGO Y COMPLICACIONES
PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, 2019.**

I. DATOS DE LA GESTANTE

Fecha de Parto: ____/____/____

Edad: _____

Grado de instrucción: sin estudios () primaria completa ()

primaria incompleta () secundaria completa ()

secundaria incompleta () superior ()

Procedencia: Urbano () urbano marginal () rural ()

II. FACTORES OBSTÉTRICOS

- Numero de gestación: Nulípara () Primípara () Multípara ()
- Antecedentes obstétricos: G () Pv () Pc () Ab () Hv () Hm ()
- Diabetes gestacional ()
- Hb pre: Hb post: FUM: ____/____/____
- Infección Urinaria: Si () No ()
- Anemia: Si () No ()



- N° de controles prenatales:semanas. Lugar donde se controló:
- Duración de la gestación: semanas x FUM
- Tipo de parto: a) abdominal () b) vaginal: episiotomía () desgarro del canal de parto () Tipo:

III. COMPLICACIONES PERINATALES

- Vitalidad de RN
RN Apgar menor de 7(depresión neonatal) ()
- RN pretérmino
RN < 37 ss. ()
- RN pequeño para la edad gestacional
Peso y/o longitud por debajo de -2 DS para edad. ()
- Síndrome de distrés respiratorio
Dificultad respiratoria (FR > 60 x minuto) ()
- Bajo peso al nacer
Peso RN < 2500 g Relación I / T elevada (≥ 0.2) ()
- Enfermedades del RN
Infección neonatal ()
Ictericia ()
Hipoglicemia ()
Macrosomía ()



ANEXO 2. DATOS ESTADÍSTICOS

Tabla A.1. Datos estadísticos de las gestantes adolescentes en esta investigación.

| Madres gestantes según edad | | |
|------------------------------------|-----|--------|
| | N | % |
| Temprana | 2 | 1.9% |
| Media | 49 | 47.1% |
| Tardía | 53 | 51.0% |
| Total | 104 | 100.0% |

| Madres gestantes según grado de instrucción | | |
|--|-----|--------|
| | N | % |
| Secundaria completa | 16 | 15.4% |
| Secundaria incompleta | 84 | 80.8% |
| Superior | 4 | 3.8% |
| Total | 104 | 100.0% |

| Madres gestantes según procedencia | | |
|---|-----|--------|
| | N | % |
| Urbano | 35 | 33.7% |
| Urbano marginal | 2 | 1.9% |
| Rural | 67 | 64.4% |
| Total | 104 | 100.0% |

| Madres gestantes según episiotomía | | |
|---|-----|--------|
| | N | % |
| Presenta | 16 | 15.4% |
| No presenta | 88 | 84.6% |
| Total | 104 | 100.0% |

| Madres gestantes según desgarro | | |
|--|-----|--------|
| | N | % |
| Presenta | 21 | 20.2% |
| No presenta | 83 | 79.8% |
| Total | 104 | 100.0% |

ANEXO 3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Figura A.1: Ficha de validación del instrumento por expertos

Ficha de validación del instrumento

JUICIO DE EXPERTOS

Nombre y Apellidos: Angel R. Vilca Quispe 04/11/2020

Teniendo como base los criterios que a continuación se presente le solicitamos su opinión sobre el instrumento de la investigación **FACTORES OBSTETRICOS DE RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, 2019**, que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o No cuando no cumple con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--|----|----|---------------|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | ✓ | | |
| 2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación. | ✓ | | |
| 3. El instrumento responde a la Operacionalización de las variables. | ✓ | | |
| 4. La estructura del instrumento es adecuada. | ✓ | | |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | ✓ | | |
| 6. Los ítems son claros y comprensibles. | ✓ | | |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. | ✓ | | |
| 8. Se debe eliminar algunos ítems. | | ✓ | |
| 9. Se debe eliminar algunos ítems. | | ✓ | |

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Firma:

Nombre: Angel R. Vilca Quispe

Especialidad: Ginecologo Obstetra CMP 23195



Ficha de validación del instrumento

JUICIO DE EXPERTOS

Nombre y Apellidos: Victor A. Villar González 04/11/2020

Teniendo como base los criterios que a continuación se presente le solicitamos su opinión sobre el instrumento de la investigación **FACTORES OBSTETRICOS DE RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, 2019**, que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o No cuando no cumple con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--|----|----|---------------|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | ✓ | | |
| 2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación. | ✓ | | |
| 3. El instrumento responde a la Operacionalización de las variables. | ✓ | | |
| 4. La estructura del instrumento es adecuada. | ✓ | | |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | ✓ | | |
| 6. Los ítems son claros y comprensibles. | ✓ | | |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. | ✓ | | |
| 8. Se debe eliminar algunos ítems. | | ✓ | |
| 9. Se debe eliminar algunos ítems. | | ✓ | |

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Firma: [Firma]
Nombre: Victor A. Villar González
Especialidad: Ginecología Obstétrica CMP 32510

[Firma]
Dr. Victor Villar González
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 32510 - INE 27147
Hospital Regional "MNB"-Puno



Ficha de validación del instrumento

JUICIO DE EXPERTOS

Nombre y Apellidos: Ervin Fernández Gamarra 04/11/2020

Teniendo como base los criterios que a continuación se presente le solicitamos su opinión sobre el instrumento de la investigación **FACTORES OBSTETRICOS DE RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON, 2019**, que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o No cuando no cumple con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

| CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--|----|----|---------------|
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | ✓ | | |
| 2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación. | ✓ | | |
| 3. El instrumento responde a la Operacionalización de las variables. | ✓ | | |
| 4. La estructura del instrumento es adecuada. | ✓ | | |
| 5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | ✓ | | |
| 6. Los ítems son claros y comprensibles. | ✓ | | |
| 7. El número de ítems es adecuado para su aplicación. | ✓ | | |
| 8. Se debe eliminar algunos ítems. | | ✓ | |
| 9. Se debe eliminar algunos ítems. | | ✓ | |

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Firma: [Firma]
 Nombre: Ervin Fernández Gamarra
 Especialidad: Neuro Pediatría CMP 60363

[Firma]
 Ervin Fernández Gamarra
 MEDICO PEDIATRA
 CMP. 60363 RNE. 35501