



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES
ADOLESCENTES TEMPRANAS EN EL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA DE MAYO DEL 2008 A MAYO DEL 2012**

**PRESENTADA POR
ALONSO FRANCISCO LA ROSA DE LOS RIOS**

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

LIMA – PERÚ

2012



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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

FACULTAD DE MEDICINA HUAMANA
UNIVERSIDAD DE SAN MARTIN DE PORRES

**COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES
TEMPRANAS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DE MAYO
DEL 2008 A MAYO DEL 2012**

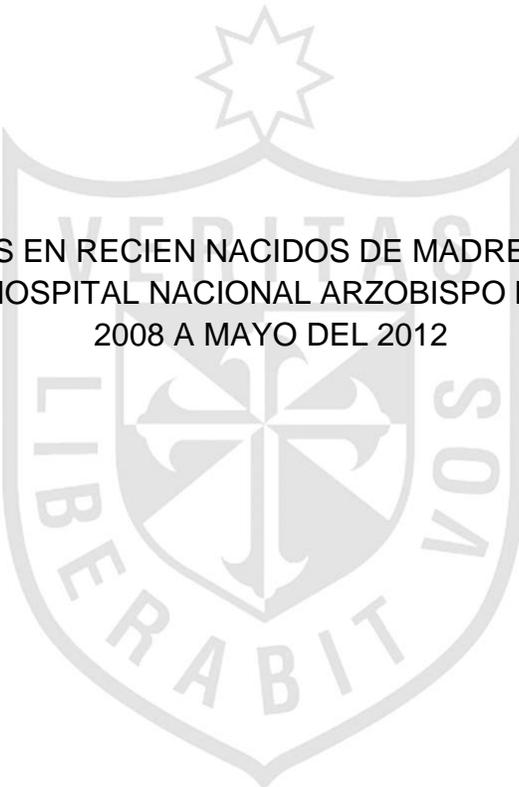
Tesis de Grado para Optar al
Título de Médico Cirujano

PRESENTADO POR:

ALONSO FRANCISCO LA ROSA DE LOS RIOS

Lima, Perú

2012



COMPLICACIONES EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES
TEMPRANAS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DE MAYO DEL
2008 A MAYO DEL 2012



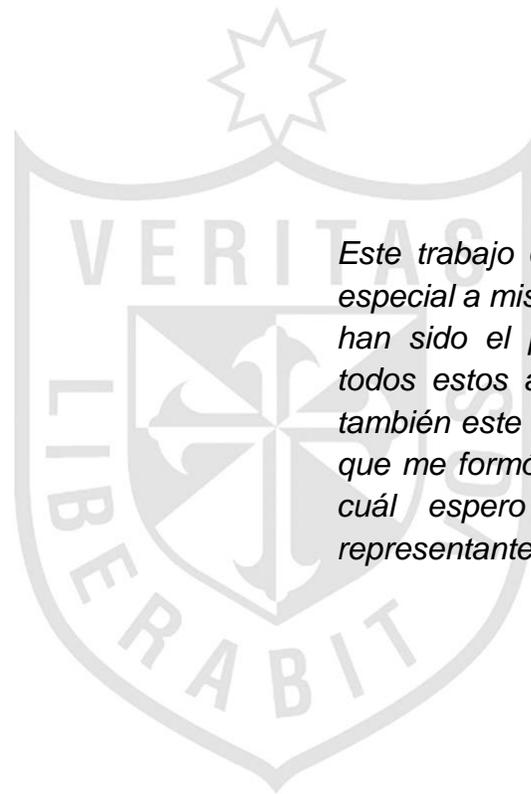
Asesor: RIVARA DAVILA, GUSTAVO. Médico en Neonatología.

Jurado:

(PRESIDENTA) MIYASATO HIGA, DEBBIE. Médico en Neonatología.

(MIEMBRO) FLORIAN TUTAYA, LUIS. Médico en Neonatología.

(MIEMBRO) RIVARA DAVILA, GUSTAVO. Médico en Neonatología.



Este trabajo de tesis va dedicado en especial a mis padres y hermanos, que han sido el pilar más importante en todos estos años de estudio. Dedico también este trabajo a esta institución, que me formó como profesional y a la cuál espero llevar siempre como representante.

Agradecimientos:

Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana

Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Dr. Frank Lizaraso Caparó, Decano de la Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana

Dr. Gustavo Rivara Dávila, Médico Neonatólogo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y asesor de Tesis. Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana

Dra. Victoria Bao Castro, Jefa del departamento de Neonatología, HNAL.

Dr. Mauro Rivera Ramírez, Revisor de protocolo de Tesis Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana.

Mg. Jorge Medina Gutiérrez, Profesor de Bioestadística de Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana

Dr. José Carhuacho Aguilar, Profesor de Tesis de la Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MATERIALES Y METODOS	8
RESULTADOS	11
DISCUSION	17
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21
ANEXOS	25

RESUMEN

Introducción: Debido al aumento de la tasa de fecundidad en las adolescentes, el interés por las posibles complicaciones también ha aumentado. Varios estudios concluyen que el embarazo en las edades extremas del periodo reproductivo, son un factor de riesgo para complicaciones en los recién nacidos. Otros estudios no encuentran asociación entre estas.

Objetivo: Determinar la asociación de la morbilidad neonatal en recién nacidos de madres adolescentes tempranas (10-14 años) comparada a los de madres adultas entre 20 a 35 años atendidas en el HNAL.

Materiales y Métodos: Estudio analítico, tipo cohorte retrospectivo. La población fue el total de recién nacidos de madres adolescentes tempranas y el grupo control un número igual de madres entre 20 a 35 años.

Resultados: Del total (16 601) de nacidos, 62 (0.37%) fueron hijos de madres adolescentes tempranas. Se encontró que los recién nacidos adecuados para edad gestacional (AEG), se presentaron en el 87.1% en los hijos de madres adolescente tempranas versus el 80.6% del grupo control. Sobre el peso al nacer, la mayoría tuvo un peso adecuado (87.1% y 80.6% respectivamente). Sobre el peso para la edad gestacional, 85.5% y 72.6% fueron adecuados. En edad gestacional, 90.3% de ambos grupos, fueron a término. Parto vaginal se dio 82.3% y 69.4% en cada grupo. 32.3% y 19.4% no tuvieron adecuado control prenatal. Ictericia se presentó en 95.2% y 96.8% respectivamente. Sepsis en 93.5% y 96.8%. Complicaciones respiratoria 96.8% en ambos grupos. Trauma obstétrico 90.3% y 95.2%.

Conclusiones: La frecuencia de recién nacidos de madres adolescentes tempranas es menor a la estadística nacional. No existe diferencia entre las complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes tempranas en relación a los de madres entre 20 a 35 años.

Palabras Claves: Adolescencia temprana, recién nacido, complicaciones.

ABSTRACT

Introduction: Due to the increase in fertility rate in teenagers, the interest in knowing the possible complications in the newborns also has increased. Several studies discovered that pregnancy in extreme ages is considered a risk factor for complications in newborns. Other studies have not identified a correlation between teenage pregnancy and complications in newborns. The purpose of this study is to analyze the association of complications in newborns of early teenage mothers (10 to 14 years old) compared to the newborns of adult mothers (20 to 35 years old).

Objective: determine the association of neonatal morbidity in newborns of early adolescents (10-14 years) mothers compared to those of adult mothers between 20 and 35 attending in the HNAL.

Method: Analytic, retrospective cohort study. The population is the total amount of newborns of early teens plus the same amount of mothers between the ages of 20 and 35 years.

Results: From the total of newborns (16 601), 0.37% were part of the early teenagers group. 87.1% of the early teens and 72.6% of the adults mothers group were born within the normal weight range. 90.3% of both groups were born to term. 82.3% and 69.4% respectively, were vaginal deliveries. 95.2% and 96.8% respectively, presented jaundice. Sepsis was present in 93.5% and 96.8% respectively. Respiratory complications present in 96.8% of both groups. Obstetric trauma in 90.3% and 95.2%, respectively.

Conclusions: The frequency of newborns of early teens was less than national reports. There is no difference between the complications of newborns of early teenagers compared to the newborn of mothers between 20 and 35 years old.

Kew Words: Early teenagers, newborns, complications

INTRODUCCION

La población en el Perú de acuerdo al Censo peruano de 2007 que realizó el INEI ascendía a 28 320 764 habitantes. La población estimada para 2012 es de 30 235 875 habitantes.¹ En el año 2010, el 20% (5'821,587) de la población total eran adolescentes; de los cuales dos tercios viven en zonas urbanas.

La OMS define la adolescencia como "la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años".²

La edad media del período de la menarquia es de 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. Esta disminución es un factor importante que ha permitido la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende, por tanto, no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

Según cifras del MINSA, 3 de cada 10 mujeres sexualmente activas son adolescentes. Por otro lado, el uso de métodos anticonceptivos, es menor en este grupo etáreo; esto ha llevado a un aumento en la tasa de fecundidad en las adolescentes.³

En países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza y otras situaciones de inestabilidad familiar y social.

La adolescente peruana embarazada se caracteriza por tener menor grado de instrucción, inestabilidad conyugal y alta dependencia económica. Este hallazgo es común en América Latina.⁴⁻¹⁰

La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.

Varios estudios, en distintos lugares del mundo, han concluido que el embarazo en las edades extremas del periodo reproductivo, son un factor de riesgo para complicaciones en los recién nacidos.

Si bien la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes está ligado a distintos factores como el bajo nivel socioeconómico, las poblaciones en algunos estudios realizados en similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas.^{11,12}

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18%.¹²⁻¹⁷

En contraste a lo descrito anteriormente, en un estudio realizado en Sudáfrica, se encontró que no existía asociación entre la adolescencia y mayor presentación de partos pretérminos, bajo peso al nacer, muerte a la hora del parto y puntaje APGAR. Se encuentra también que la muerte fetal y parto por cesárea fue significativamente menor en los recién nacidos de madres adolescentes tempranas.¹⁸

En otro estudio, luego de evaluar variables en cuanto a características y complicaciones en el neonato como el tipo de parto, el peso para la edad gestacional, el puntaje APGAR y parto prematuro; no se encontró relación entre la edad de la madre y aumento de riesgo en las características del recién nacido.¹⁹

Acerca del Control Pre Natal, el Ministerio de Salud (MINSA) lo define como "la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre".²⁰ En los últimos años ha existido polémica para definir el

número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia.^{21,22} En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN.²³ El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación.²⁰ Según el último informe de la encuesta demográfica ENDES Continua 2009, 94,5% de mujeres tuvieron algún CPN por personal de salud; pero, en la selva fue 83,5%.²⁴

Debido al gran volumen de madres adolescentes y al crecimiento de dicho número, es importante conocer mejor esta condición en nuestra población.

En este trabajo, se plantea el problema; ¿fue la adolescencia temprana un factor de riesgo de complicaciones en los recién nacidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) entre mayo del 2008 y mayo del 2012?

La hipótesis planteada es que en las adolescentes tempranas, existe un mayor riesgo de complicaciones en los recién nacidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre mayo del 2008 y mayo del 2012.

El objetivo de este trabajo es determinar la asociación de la morbilidad neonatal en recién nacidos de madres adolescentes tempranas (10-14 años) comparada a los de madres adultas entre 20 a 35 años atendidas en el HNAL. Los objetivos específicos son determinar la frecuencia de recién nacidos de madres adolescentes tempranas y describir las complicaciones de dichos pacientes en el HNAL.



MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo realizado es un estudio analítico, de tipo cohorte retrospectivo, tomando como población a los recién nacidos de madres adolescentes tempranas y de madres entre 20 a 35 años en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante mayo del año 2008 hasta mayo del año 2012.

Para realizar este trabajo se recopiló información en la base de datos del Servicio de Neonatología, para luego realizar la revisión de Historias Clínicas de los pacientes seleccionados.

En cuanto a la definición de términos, se tomaron los diagnósticos evaluados siguiendo el protocolo del Servicio de neonatología del HNAL. Se considera adolescente temprana a la edad comprendida entre los 10 y 14 años de edad. Sobre la edad gestacional, se tomó a término a partir de las 37 semanas cumplidas hasta menos de 42 semanas. En relación al peso al nacer, Se separó en 5 grupos: Bajo Peso al Nacer (BPN) menor de 2500 gramos; Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN) menor de 1500g; Extremadamente Bajo Peso al Nacer (EBPN) menor de 1000g, Normal de 2500g a 4000g y Macrosómico mayor de 4000g. Acerca de los Controles Pre Natales (CPN) se consideró que se presentaban cuando estos llegaban a un

número de 6 o más. Sobre el Diagnóstico de Sepsis neonatal, en el hospital se utilizan criterios clínicos, de laboratorio (I/R, valor de leucocitos elevado o disminuido, el valor de plaquetas disminuido y la prueba de PCR) y antecedentes. Se considera hipoglicemia neonatal cuando los valores de glucosa son menores de 45mg/dl en menores de 24 horas y menos de 50mg/dl en mayores de 24 horas.

Como criterios de inclusión se tomaron, en general, pacientes hospitalizados en el servicio de Neonatología del HNAL entre mayo del 2008 y mayo del 2012 que cuenten con historias clínicas completas para la recolección de datos necesarios. Las características de los pacientes seleccionados era que fuesen hijos de madres adolescentes tempranas (10 a 14 años) y madres entre 20 a 35 años. Fueron excluidos los neonatos de madres en rango de edades fuera de las anteriormente descritas.

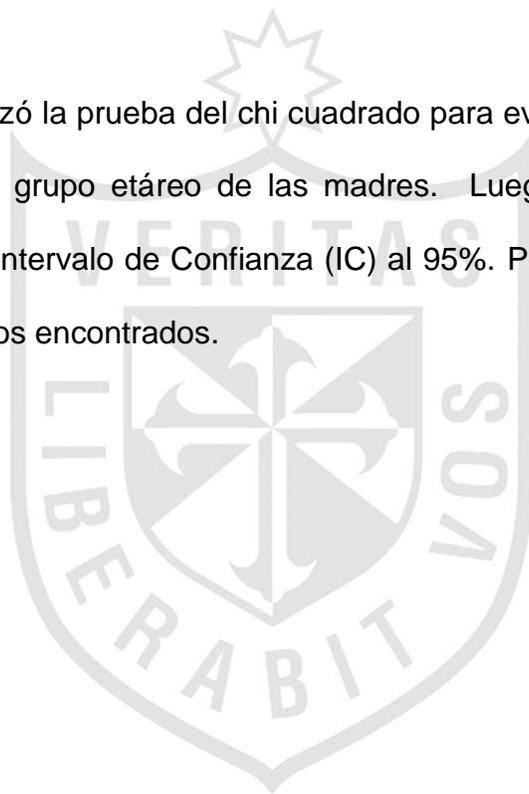
Para la recolección de datos, primero, se seleccionó las historias de pacientes recién nacidos de madres adolescentes tempranas y madres entre 20 a 35 años del servicio de Neonatología del HNAL en el período comprendido entre mayo del 2008 y mayo del 2012 mediante la revisión de la base de datos electrónica (del año 2010 al 2012) y en registro escrito (del año 2008 al 2009). Por el número reducido de recién nacidos de madres adolescentes tempranas, se tomó la totalidad de pacientes.

Luego, se tomó un número equivalente de pacientes recién nacido de madres entre 20 a 35 años, de manera aleatoria. Dicho proceso aleatorio consistió en tomar al primero

de los pacientes que cumplan con los criterios que haya nacido luego de los del primer grupo.

Luego se realizó la recolección de datos, los cuales fueron trabajados en Microsoft Excel 2010 y luego exportados al programa IBM SPSS Statistics 20.0, donde se realizaron las tablas para luego ser utilizadas en el análisis de datos.

Posteriormente, se utilizó la prueba del chi cuadrado para evaluar la asociación entre las variables según el grupo etéreo de las madres. Luego, se calculó el Riesgo Relativo (RR) junto al Intervalo de Confianza (IC) al 95%. Por último, se graficaron y analizaron los resultados encontrados.



RESULTADOS

El número total de recién nacidos en el periodo de tiempo del estudio fue un total de 16 601. El número total de recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el mismo periodo fue de 62.

De la totalidad de los pacientes en el estudio, 57 (29 del grupo de adolescentes tempranos y 28 del grupo control) fueron de sexo femenino y 67 (33 del grupo de adolescentes tempranos y 34 del grupo control) de sexo masculino.

Característica		ADOLESCENTES TEMPRANAS (n=62)		20 a 35 AÑOS (n=62)		Chi cuadrado	p	RR	IC al 95%
		n	%	n	%				
Edad Gestacional	Postérmino	1	1.6	2	3.2	0.444	0.801	----	----
	Pretérmino	5	8.1	4	6.5				
	A término	56	90.3	56	90.3				
Peso al nacer	BPN	5	8.1	5	8.1	2.440	0.655	----	----
	MBPN	0	0	1	1.6				
	EBPN	1	1.6	1	1.6				
	Normal	54	87.1	50	80.6				
	Macrosomía	2	3.2	5	5.6				
Tipo de parto	Cesárea	11	17.7	19	30.6	2.814	0.093	0.676	0.408 – 1.120
	Vaginal	51	82.3	43	69.4				
APGAR al minuto	≥7	57	91.9	59	95.2	0.534	0.465	1.272	0.721 – 2.244
	<7	5	8.1	3	4.8				
APGAR a los 5 minutos	≥7	60	96.8	61	98.4	0.342	0.559	1.344	0.592 – 3.053
	<7	2	3.2	1	1.6				
CPN	SI	42	67.7	50	80.6	2.696	0.101	1.369	0.966 – 1.941
	NO	20	32.3	12	19.4				
Peso para edad gestacional	AEG	53	85.5	45	72.6	3.735	0.443	----	----
	GEG	3	4.8	8	12.9				
	PEG	6	9.7	9	14.5				

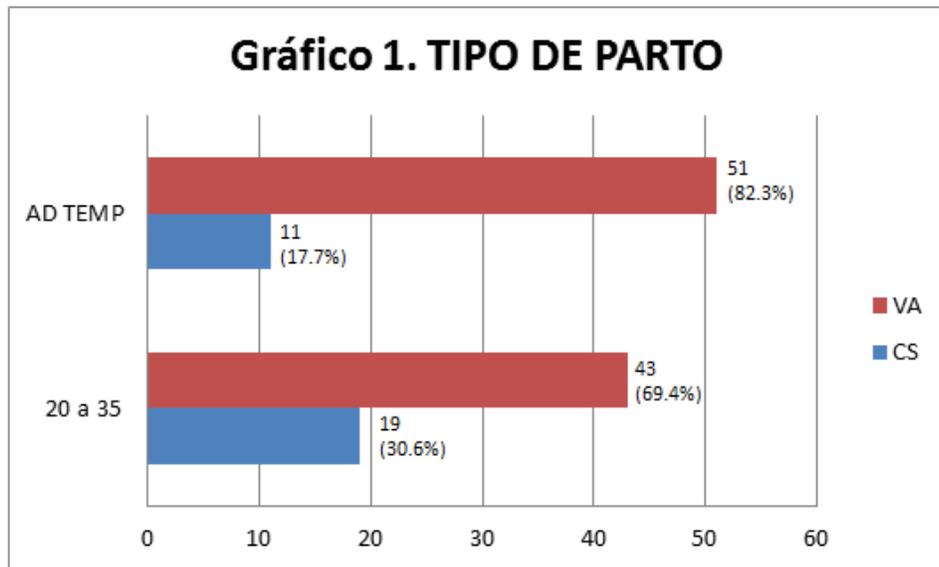
Tabla 1. Características

Según la edad gestacional al momento de nacer, en los dos grupos predominaron los recién nacidos a término, llegando a 56 pacientes (90.3%) en ambos grupos. Acerca de los recién nacidos pretérmino, se dieron 5 (8.1%) pacientes en el grupo de adolescentes tempranas y 4 (6.5%) en el segundo grupo. Por último, 1 (1.6%) de los recién nacidos de madres adolescentes tempranas fueron posttérmino, 2 (3.2%) se dieron en el segundo grupo.

Con respecto al peso al nacer, dentro de los recién nacidos de madres adolescentes, se encontraron 5 (8.1%) con bajo peso al nacer (BPN), 1 (1.6%) con extremado bajo peso al nacer, 2 (3.2%) macrosómicos, 0 muy bajo peso al nacer (MBPN) y 54

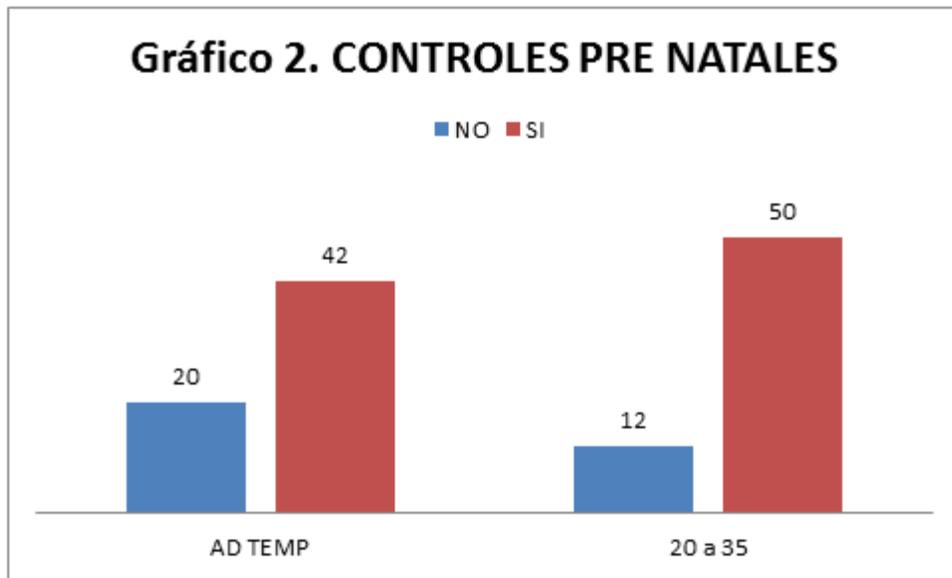
(87.1%) peso normal. En el grupo de recién nacidos de madres entre 20 a 35 años; 5 (8.1%) de BPN, 1 (1.6%) de EBPN, 5 (8.1%) con macrosomía, 1 (1.6%) de MBPN y 50 (80.6%) de peso normal.

En cuanto al tipo de parto, se presentaron, en el grupo de 11 a 14 años, 11 (17.7%) cesáreas y 51 (82.3%) partos vaginales. En el segundo grupo de recién nacidos, se presentaron 19 (30.6%) cesáreas y 43 (69.4%) partos vaginales. (Gráfico 1)



Con respecto a la evaluación del Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos; del grupo de recién nacidos de madres adolescentes tempranas, 57 (91.9%) obtuvieron un puntaje mayor igual a 7 al minuto y 60 (96.8%) a los 5 minutos. Los resultados en el segundo grupo de recién nacidos, 59 (95.2%) fueron mayor igual a 7 al minuto y 61 (98.4%) a los 5 minutos.

Acerca de los controles pre natales, considerando 6 o más controles como adecuados y menos del mismo como no adecuado; en madres adolescentes tempranas se dieron adecuadamente en 42 (67.7%) pacientes, mientras que en las madres de 20 a 35 años, se vio en 50 (80.6%) de las mismas. (Gráfico 2).



El total de pacientes fallecidos en el estudio fue de uno, el cual se encontraba incluido en el grupo de recién nacidos de madres adolescentes tempranas.

Acerca de la presentación de ictericia patológica en los recién nacidos, se encontró que la mayoría de los dos grupos no presentaron este cuadro; 59 (95.2%) del grupo de recién nacidos de madres adolescentes tempranas y 60 (96.8%) de recién nacidos de madres entre 20 a 35 años.

Sobre sepsis neonatal, en el grupo de recién nacidos de madres adolescentes tempranas, se encontraron 4 casos (6,5%), mientras que en el segundo grupo se encontraron 2 casos (3.2%).

Dentro de las complicaciones respiratorias en el recién nacido, se incluyó la enfermedad de membrana hialina, neumotórax del RN y apnea. Teniendo definido esto, se encontraron 2 pacientes (96.8%) de cada uno de los dos grupos que presentaron dichas complicaciones.

Con relación a hipoglicemia en el recién nacido, se presentan 2 (3.2%) casos en los recién nacidos de madres adolescentes tempranas, mientras que en el grupo de recién nacidos de madres de 20 a 35 años, no se presentaron casos.

Con respecto a Trauma obstétrico, se incluyeron; cefalohematoma, caput succedaneum y fractura de clavícula. Se encontraron esta clase de complicaciones en 6 (9.7%) pacientes del primer grupo y 3 (4.8%) del segundo grupo.

En cuanto a ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos y/o Intermedios, se encontraron 2 (3.2%) pacientes del grupo de recién nacidos de madres adolescentes tempranas y 1 (1.6%) de los recién nacidos de madres entre 20 a 35 años.

Por último, acerca del peso para la edad gestacional, se encontraron en el primer grupo (recién nacidos de madres adolescentes tempranas) 53 (85.5%) Adecuados para Edad Gestacional; 3 (4.8%) Grande para Edad Gestacional; 6 (9.6%) de Pequeños para Edad Gestacional. Por otro lado, dentro de los recién nacidos de madres entre 20 a 35 años; 45 (72.9%) Adecuados para Edad Gestacional; 8 (12.9%) Grande para Edad Gestacional; 9 (14.4%) de Pequeños para Edad Gestacional.

Complicación		ADOLESCENTES TEMPRANAS (n=62)		20 a 35 AÑOS (n=62)		Chi cuadrado	p	RR	IC al 95%																																																																																					
		n	%	n	%																																																																																									
Muerte	No	61	98.4	62	100	1.008	0.315	0.496	0.415 – 0.593																																																																																					
	Sí	1	1.6	0	0					Ictericia	No	59	95.4	60	96.8	0.208	0.648	0.826	0.395 – 1.729	Sí	3	4.8	2	3.2	Sepsis	No	58	93.5	60	96.8	0.701	0.403	0.737	0.407 – 1.336	Sí	4	6.5	2	3.2	Respiratorias	No	60	96.8	60	96.8	0.000	1.000	1.000	0.369 – 2.708	Sí	2	3.2	2	3.2	Hipoglicemia	No	60	96.8	62	100	2.003	0.154	0.492	0.411 – 0.589	Sí	2	3.2	0	0	Trauma Obstétrico	No	56	90.3	59	95.2	1.708	0.299	0.730	0.444 – 1.203	Sí	6	9.7	3	4.8	Ingreso a UCI/UCIN	No	60	96.8	61	98.4	0.342	0.552	0.744	0.328 – 1.689
Ictericia	No	59	95.4	60	96.8	0.208	0.648	0.826	0.395 – 1.729																																																																																					
	Sí	3	4.8	2	3.2					Sepsis	No	58	93.5	60	96.8	0.701	0.403	0.737	0.407 – 1.336	Sí	4	6.5	2	3.2	Respiratorias	No	60	96.8	60	96.8	0.000	1.000	1.000	0.369 – 2.708	Sí	2	3.2	2	3.2	Hipoglicemia	No	60	96.8	62	100	2.003	0.154	0.492	0.411 – 0.589	Sí	2	3.2	0	0	Trauma Obstétrico	No	56	90.3	59	95.2	1.708	0.299	0.730	0.444 – 1.203	Sí	6	9.7	3	4.8	Ingreso a UCI/UCIN	No	60	96.8	61	98.4	0.342	0.552	0.744	0.328 – 1.689	Sí	2	3.2	1	1.6										
Sepsis	No	58	93.5	60	96.8	0.701	0.403	0.737	0.407 – 1.336																																																																																					
	Sí	4	6.5	2	3.2					Respiratorias	No	60	96.8	60	96.8	0.000	1.000	1.000	0.369 – 2.708	Sí	2	3.2	2	3.2	Hipoglicemia	No	60	96.8	62	100	2.003	0.154	0.492	0.411 – 0.589	Sí	2	3.2	0	0	Trauma Obstétrico	No	56	90.3	59	95.2	1.708	0.299	0.730	0.444 – 1.203	Sí	6	9.7	3	4.8	Ingreso a UCI/UCIN	No	60	96.8	61	98.4	0.342	0.552	0.744	0.328 – 1.689	Sí	2	3.2	1	1.6																									
Respiratorias	No	60	96.8	60	96.8	0.000	1.000	1.000	0.369 – 2.708																																																																																					
	Sí	2	3.2	2	3.2					Hipoglicemia	No	60	96.8	62	100	2.003	0.154	0.492	0.411 – 0.589	Sí	2	3.2	0	0	Trauma Obstétrico	No	56	90.3	59	95.2	1.708	0.299	0.730	0.444 – 1.203	Sí	6	9.7	3	4.8	Ingreso a UCI/UCIN	No	60	96.8	61	98.4	0.342	0.552	0.744	0.328 – 1.689	Sí	2	3.2	1	1.6																																								
Hipoglicemia	No	60	96.8	62	100	2.003	0.154	0.492	0.411 – 0.589																																																																																					
	Sí	2	3.2	0	0					Trauma Obstétrico	No	56	90.3	59	95.2	1.708	0.299	0.730	0.444 – 1.203	Sí	6	9.7	3	4.8	Ingreso a UCI/UCIN	No	60	96.8	61	98.4	0.342	0.552	0.744	0.328 – 1.689	Sí	2	3.2	1	1.6																																																							
Trauma Obstétrico	No	56	90.3	59	95.2	1.708	0.299	0.730	0.444 – 1.203																																																																																					
	Sí	6	9.7	3	4.8					Ingreso a UCI/UCIN	No	60	96.8	61	98.4	0.342	0.552	0.744	0.328 – 1.689	Sí	2	3.2	1	1.6																																																																						
Ingreso a UCI/UCIN	No	60	96.8	61	98.4	0.342	0.552	0.744	0.328 – 1.689																																																																																					
	Sí	2	3.2	1	1.6																																																																																									

Tabla 2. Complicaciones



DISCUSIÓN

Estudios previos han demostrado el aumento de frecuencia de parto durante la adolescencia y esto oscila entre 7 y 25% siendo más aún en los países en desarrollo.²⁵⁻²⁷ Por tal motivo es que la atención para las madres adolescentes se ha convertido en prioridad y se está dando asistencia para que tenga una mayor accesibilidad a los servicios de salud, implementando estrategias, fortaleciendo programas y sacando el financiamiento adecuado.²⁷⁻²⁹

Se ha comprobado en diversos estudios la importancia y utilidad de los controles prenatales para disminuir la morbimortalidad materna e infantil.³⁰ Es alarmante ver el número de madres de adolescentes tempranas (32.4%) que no cumplen con un número adecuado de controles prenatales, al igual que las madres de 20 a 35 años (19.4%). Similar resultado se encontró en un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el que solo el 66.05% de las pacientes obtuvieron más de 6 controles prenatales, cifra que nos hace reflexionar y cuestionar qué es lo que está pasando y cómo poder mejorarlo.³⁰

Otra cifra que llama la atención es el alto número de cesáreas, las cuales se dieron en 30,6% de las madres entre 20 a 35 años y 17.7% en madres adolescentes tempranas, lo que demuestra la tendencia aumentado por la elección de este método

para finalizar el embarazo. Si bien con el pasar del tiempo se ha mejorado mucho en la técnica, este procedimiento conlleva a un mayor riesgo de morbilidad en la madre y el recién nacido.

La frecuencia de partos de adolescentes tempranos en el Hospital Loayza en este periodo de tiempo fue de 0.37%, por debajo de la estadística nacional (0,99%). En un estudio realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, con una población similar a la estudiada, se encontró una frecuencia de 1.42%.^{31,32}

En este estudio no se encuentra asociación entre las características y complicaciones de los neonatos con relación al grupo etáreo materno (Tabla 1 y 2).

A pesar de que hay estudios que demuestran lo contrario, vemos que el número de complicaciones entre los recién nacidos de madres adolescentes tempranas y los recién nacidos de madres entre 20 a 35 años son similares. Por ejemplo, en un estudio realizado en el año 2000 en el Perú, el cual comparaba complicaciones entre pacientes adolescentes tempranas y tardías (materna y de los recién nacidos), concluyeron que mientras más adolescentes sean las madres, tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal y complicaciones perinatales.³¹

Por otro lado, en un estudio publicado en junio del 2010, realizado en Sudáfrica, el cual compara los resultados tanto perinatales como obstétricos en adolescentes tempranas, tardías y adultas mujeres, concluye que en la parte obstétrica, no existe riesgo extra en los embarazos tempranos, en cuanto a los resultados en los recién nacidos, se encontró que no había relación.¹⁸

En otro estudio publicado en enero del 2012, en donde comparan resultados en la madre y recién nacidos de grupos de adolescentes, adultas y de edad avanzada, se demostró que el grupo de mayor riesgo para presentar complicaciones tanto maternas como neonatales fue el grupo de madres en edad avanzada.³²

Existe otro estudio, el cual concluye que el ser adolescente, incluso es un factor protector que disminuye el riesgo de terminación de parto por cesárea (RR 0.85 IC95% 0,78-0.93). En contraste, concluyen que los recién nacidos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de presentar prematuridad, bajo peso y de ser pequeños para edad gestacional, en comparación con los neonatos de madres de 15 a 29 años.³⁴

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En conclusión, en el periodo de mayo del 2008 a mayo 2012 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, no existe diferencia tanto en las características como en las complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes tempranas en relación a los recién nacidos de madres entre 20 a 35 años, descartándose así la hipótesis planteada en un comienzo del estudio. Debido a esto, se debería tomar en cuenta esta situación y posiblemente, apoyado con estudios posteriores que lo avalen, dejar de tomar a estas pacientes como pacientes con Alto Riesgo Obstétrico.

Por otra parte, el estudio concluye que la frecuencia de recién nacidos de madres adolescentes tempranas es menor a la estadística nacional, mostrando posiblemente una mayor información y educación en las pacientes en el HNAL en el período indicado.

Si bien se ha demostrado que no hay asociación a corto plazo, sería importante evaluar las complicaciones a largo plazo en los hijos de madres adolescente tempranas. Otra recomendación importante sería, en base al actual trabajo, compara con una población mayor, ampliando así el periodo del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. *Sistema de Consulta de Principales Indicadores Demográficos, Sociales y Económicos*. Perú: Censos Nacionales 2007, XI de Población Y VI de Vivienda. (2007). Consultado el 27 de diciembre de 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud .*Salud del Adolescente* .OPS/OMS Washington.1995.
3. <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarzoadolescente/archivos/estadisticas.pdf>
4. Vigil P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, De Mendieta A, et al. *Embarazo en adolescentes en la República de Panamá*. Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67:73-7.
5. Doig J. *Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003*. Rev Per Pediat 2006; 59:6-11.
6. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. *Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control*. Rev Per Ginecol Obstet 2007; 53:28-34.
7. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. *Embarazo adolescente*. Universidad de Chile. Rev Pediat Electrónica 2008; 5:42-51.
8. González A, Alonso R, Gutiérrez A, Campo A. *Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud*. Rev Cubana Pediatr 2000; 72:54-9

9. León R, Méndez D, Ng Wong Y, Parra L, Peña J, Rísquez A. *Embarazo adolescente como factor de riesgo en la salud infantil, Ambulatorio El Valle, Caracas 2007*. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana* 2009; 14:42-7.
10. Quezada C, Delgado A, Arroyo L, Díaz M. *Prevalencia de lactancia y factores socio demográficos asociados en madres adolescentes*. *INPER Isidro Espinoza de los Reyes México* 2008; 65:19-25.
11. Vera G, Gallegos MS, Varela M. *Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas*. *Rev Méd Chile* 1999; 127: 437-43.
12. Padilla de Gil. *Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia*. *Rev Sogia* 2000; 7(1): 16-25.
13. Ruoti A. *Patología obstétrica en la adolescente embarazada*. *Rev Sogia* 1994; 1(2): 70
14. Stewart A. *Adolescent pregnancy*. *Lancet* 1990; 335(8685): 356.
15. T J Cantor. *Adolescent pregnancy*. *Lancet* 1989; 2(8675): 1308-9
16. Kumbi S, Isehak A. *Obstetric outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia*. *East Afr Med J* 1999; 76(3): 138-40.
17. Thame M, Wilks R, Matadial L, Forrester TE. *A comparative study of pregnancy outcome in teenage girls and mature women*. *West Indian Med J* 1999; 48(2): 69-72.

18. Hoque. *Comparación de resultados perinatales y obstétricos en adolescentes tempranas, tardías y adultos mujeres embarazadas de Sudáfrica rural*. 2010. East Afr J Public Health.
19. Díaz, A. Sanhueza, P. *Riesgos obstetricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstetricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas*. Rev chil obstet ginecol 2002; 67(6): 481-487
20. Ministerio de Salud. *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Lima, Perú: MINSA. Enero del 2011.
21. Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. *Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials*. Paediatric and Perinatal Epidemiology 1998; 12: 7-26.
22. McCaw-Binns A, La Grenade J, Ashley D. *Under-users of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders*. SocSci Med 1995; 40(7): 03-12.
23. Organización Mundial de la Salud. *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. Agosto del 2010.
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua 2009*. Perú Lima, Mayo 2010.
25. Bachman C. *Adolescencia. Riesgo reproductivo*. Omega S. A. Lima 1989.
26. Kondamudi VK *Adolescents pregnancy in Grenada*. Ann-Trop-Paediatr 1993; 13 (4): 379-83.

27. Salvador J, Maradiegue E. *Gestación en adolescentes. Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Ginecol Obstet Perú 1995; 41(3).
28. Klein JD, Slap GB. *Adolescents and access to health care*. Bull 70 (3): 219-35.
29. Brindis CD. *What it will take placing adolescents on the American National Agenda for the 1990s*. J Adolesc Health. 1993; 14 (7): 527-30.
30. Arispe, Salgado. *Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia*. Rev Med Hered v.22 n.4 Lima oct./dic. 2011
31. Jorge Yu-Tang. *Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías entre 1995 y 1997*. 2000. Revista Anales de Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Mayor de San Marcos.
32. Diana Huanco A. PhD , Manuel Ticona R. PhD , Maricarmen Ticona V. Flor Huanco A. *Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú*. 2008. Rev chil obstet ginecol 2012; 77(2): 122 – 128
33. Kuyumcuoglu. *La comparación de los factores de riesgo de resultados perinatales adversos en los embarazos de adolescentes y de embarazos de edad avanzada*. 2012. Ginekol Pol.
34. Jairo Amaya, Claudia Borrer y Santiago Ucrós. *Estudio Analítico del Resultado del Embarazo en Adolescentes y Mujeres de 20 a 29 años en Bogotá en el año 2005*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD MADRE	
NRO HCI DEL RN	
NRO CPN	
EDAD GESTACIONAL	
PESO AL NACER	
PESO PARA EDAD GESTACIONAL	
APGAR 1MIN/5MIN	
SEXO	

EVOLUCIÓN	Sí	No	DETALLAR
Muerte			
Ingreso a UCI/UCIN			
Otros Diagnósticos			

FICHA NRO

RESPONSABLE