



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LAS  
COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE  
MADRES ADOLESCENTES  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2017**

PRESENTADA POR

**JANE ROSARIO ARBIZU SANCHEZ**

ASESOR

**PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN MEDICINA  
CON MENCIÓN EN PEDIATRÍA

LIMA – PERÚ

2017



**Reconocimiento - Compartir igual  
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES  
PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2017**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN MEDICINA  
CON MENCIÓN EN PEDIATRÍA**

**PRESENTADA POR  
JANE ROSARIO ARBIZU SANCHEZ**

**ASESOR  
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

**LIMA, PERÚ**

**2017**

## **JURADO**

**Presidente:** Pedro Javier Navarrete Mejía

**Miembro** : Zoel Aníbal Huatuco Collantes

**Miembro** : Jorge Enrique Amoros Castañeda

A mi familia, por su apoyo y comprensión incondicional permanente

## **AGRADECIMIENTO**

A Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en Salud Pública, por su apoyo y orientación académica en todo el proceso de la investigación.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Portada	.
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
1.1 Antecedentes de la investigación	4
1.2 Bases teóricas	7
1.3 Definición de términos	22
<b>CAPÍTULO II. HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>25</b>
2.1 Formulación de hipótesis	25
2.2 Variables y su operacionalización	25
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	<b>27</b>
3.1 Tipo y diseño de investigación	27
3.2 Diseño muestral	27
3.3 Procedimientos de recolección de datos	28
3.4 Procesamiento y recolección de datos	28
3.5 Aspectos éticos	29
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>61</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>62</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO</b>	

## RESUMEN

El embarazo adolescente continua siendo un problema de salud pública y los recién nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidad de tener complicaciones perinatales que ponen en riesgo tanto al neonato como a la madre gestante. El objetivo de este estudio es identificar los factores obstétricos a las complicaciones perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes durante el período de noviembre 2016 a mayo del 2017 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Se realizó un estudio cuantitativo, analítico, observacional retrospectivo de corte transversal. El diseño fue no experimental. La población estuvo conformada por 144 neonatos; de los cuales (66/144) con complicaciones perinatales y 78/144 sin complicaciones perinatales.

La edad media de las madres adolescentes fue de 17.33 años: No hubo asociación estadísticamente significativa con la edad materna, el tipo de parto y complicaciones perinatales del recién nacido; entre los factores durante el embarazo los controles maternos; la infección urinaria, anemia materna, preeclampsia; sin embargo si se encontró una asociación significativa con RPM ( $p= 0,012$ ) y con respecto a los factores durante el parto el trabajo de parto disfuncional se asoció a complicaciones perinatales ( $p=0,002$ ) y con respecto a las características de los recién nacidos se mostró asociación al bajo peso al nacer ( $p=0.002$ ) y el valor del test de Apgar tanto al minuto como a los 5 minutos ( $p= 0,013$  y  $p=0,00$  respectivamente).

Los factores asociados a complicaciones perinatales en neonatos de madres adolescentes del Hospital Sergio E. Bernales son: la ruptura prolongada de membranas, el trabajo de parto disfuncional; el bajo peso al nacer y el test de Apgar.

**Palabras clave:** Embarazo adolescente recién nacido con complicaciones, factores asociados.

## **ABSTRACT**

Adolescent pregnancy continues to be a public health problem and newborns of adolescent mothers are more likely to have perinatal complications that put both the newborn and the pregnant mother at risk. The objective of this study is to identify obstetric factors for perinatal complications of newborns of adolescent mothers during the period from November 2016 to May 2017 at the Sergio E. Bernales National Hospital.

Quantitative, analytical, cross-sectional retrospective observational study was performed. The design was non-experimental. The population consisted of 144 neonates; Of whom (66/144) with perinatal complications and 78/144 without perinatal complications.

The mean age of adolescent mothers was 17.33 years: There was no statistically significant association with maternal age, type of delivery and perinatal complications of the newborn; Among factors during pregnancy maternal controls; Urinary tract infection, maternal anemia, pre-eclampsia; However, if a significant association was found with RPM ( $p = 0.012$ ) and with regard to factors during labor, dysfunctional labor was associated with perinatal complications ( $p = 0,002$ ) and with respect to the characteristics of newborns Showed association with low birth weight ( $p = 0,002$ ) and Apgar score at both the minute and at 5 minutes ( $p = 0,013$  and  $p = 0,00$  respectively).

The factors associated with perinatal complications in neonates of adolescent mothers of the Hospital Sergio E. Bernales are: prolonged rupture of membranes, dysfunctional labor; Low birth weight and the Apgar test.

Keywords: Adolescent pregnancy, newborn complications, associated factors.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es una problemática de salud pública que se asocia a situaciones de riesgo de morbilidad tanto de la salud materna como la del recién nacido incrementando el ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales por diversas etiologías siendo las más frecuentes: la prematuridad; sepsis neonatal y síndrome de dificultad respiratoria. <sup>1</sup>

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud es el período de crecimiento y desarrollo humano entre los 10 y 19 años acompañado de cambios en los procesos biológicos durante el cual se adquiere la capacidad reproductiva.<sup>2</sup> Según reportes del Instituto Nacional de Estadística (INEI 1991/1992-2014) por medio de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013; el embarazo adolescente es más prevalente en la zonas de la sierra y selva; y encontrándose como factores asociados a la pobreza, nivel educativo, zona de residencia y violencia sexual. En el Perú el porcentaje de embarazo adolescente se encuentra en el 13.9%, de estas el 10.5 % ya son madres y el 3.5% están gestando por primera vez, siendo el departamento de Amazonas el mayor porcentaje de madres adolescentes con un 30.5%.<sup>3</sup>

Se ha identificado en el Perú que el embarazo adolescente se encuentra en mayor proporción en zonas rurales de la Selva como los departamentos de Loreto, Madre de Dios; Ucayali; San Martín y Amazonas, y en segundo lugar las zonas urbano marginales del Callao, Piura; Tumbes y La Libertad por lo que ésta población es la más vulnerable perteneciendo a los quintiles inferiores y nivel educativo bajo.<sup>4</sup>

Un estudio de cohorte realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé refiere que las complicaciones neonatales se presentaron con mayor frecuencia en los neonatos de hijos de madres adolescente constituyendo la adolescencia un factor de riesgo para incrementar la morbilidad en el recién nacido.<sup>5</sup>

Otros trabajos mencionan que hay una alta frecuencia de madres adolescentes cuyos recién nacidos tuvieron mayor riesgo de tener retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad y enfermedad neonatal.<sup>6</sup> Tomando como referencia un estudio comparativo nacional de recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital de Pasco tuvieron mayor porcentaje de complicaciones 55,8% en comparación con el Hospital Santa Rosa de Lima que fue de 12,6%, siendo los factores de riesgo asociados la amenaza de parto pretérmino; el desprendimiento prematuro de placenta; ruptura prematura de membranas; embarazo prolongado y trabajo de parto complicado por sufrimiento fetal.<sup>7</sup>

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales ubicado en el cono norte de la ciudad de Lima atiende a pacientes de los distritos de Comas, Carabayllo y de la provincia de Canta; teniendo un promedio de 600 partos institucionales al mes; por lo que el presente estudio contribuyó a conocer los problemas relacionados de las complicaciones perinatales de hijos de madres adolescentes y se elaboraron estrategias para disminuir la morbilidad neonatal.

Las edades extremas de las madres son factores de riesgo para que los recién nacidos tengan mayor riesgo de enfermar, por lo tanto la madre adolescente es un factor que se ha demostrado en trabajos de investigación previos que los hijos

de madres adolescente tienen mayor probabilidad que enfermen; presentando diversas patologías incluso fatales y además los gastos asociados porque se incrementan la tasa de nacimientos de recién nacido preterminos y de bajo peso; y a través de ésta investigación se realizó un análisis de los factores de riesgo y realizó una propuesta de prevención del embarazo adolescente.

## CAPÍTULO I : MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes de la investigación

Existen estudios que demuestran el aumento de nacimientos de hijos de madres adolescentes que va desde un 7% hasta un 25% el cual se registra más en países en vías de desarrollo.

Un trabajo nacional realizado en el Hospital Arzobispo Loayza determinó que la frecuencia de partos de adolescentes tempranas era de 0,37% (2) y en el hospital Daniel Alcides Carrión fue de 1.42%. No contamos con estadísticas actualizadas de partos adolescentes en el hospital Nacional Sergio E. Bernales.<sup>8</sup>

En el estudio realizado en el Hospital Sergio Bernales en el año 2004 se determinó que se encontraron mayores complicaciones durante el embarazo de madres adolescentes, pero sin embargo no fue tan significativo cuando se compara complicaciones en el parto; puerperio y perinatales entre madres adolescentes de 10 y 19 años y el control de madres de 20 a 29 años.<sup>9</sup>

Actualmente se han incrementado el número de cesáreas a nivel general pero en gestantes adolescentes debido a que aún no se ha desarrollado la pelvis materna sería un factor de riesgo la desproporción cefalo pélvica ,trabajo de partos prolongados con la consecuencia que terminen en partos por cesáreas.<sup>10</sup>

En el 2012 se publicó el impacto de las repercusiones maternos y perinatales del embarazo en la adolescente que se realizó en 23 hospitales del Ministerio de salud del Perú siendo los factores de riesgo perinatales asociados el bajo peso al nacer, morbilidad neonatal; traumatismo al nacer y mortalidad neonatal sin embargo concluyen que las condiciones sociodemográficas son desfavorables en las adolescentes influyendo el mal estado nutricional, alto de riesgo de morbilidad materna y mortalidad neonatal.<sup>11</sup>

Con respecto a la edad gestacional al nacer se encontró que predominó los recién nacidos a término (90.3%) en el grupo de adolescentes tempranas; los recién nacidos pretérmino en 8,1% en comparación al 6,5% del grupo control y un 1,6 % recién nacido postérmino en el grupo de madres adolescentes <sup>(12; 13)</sup>

Una evaluación de las características y riesgo de gestantes adolescentes realizado en el Hospital IV de Essalud en Ica; señala que las complicaciones del embarazo fueron anemia (18,2%); infecciones urinarias (14.8%) siendo las indicaciones de cesárea en adolescentes la incompatibilidad cefalopelvica y el sufrimiento fetal agudo.

Otros riesgos médicos asociados al embarazo adolescente fueron la hipertensión; anemia, recién nacidos con bajo peso al nacer; parto pretermino; lo que trajo mayor morbilidad materna e incrementando de 2 a 3 veces la mortalidad infantil.

En México el 20% de los nacimientos anuales son de gestantes menores de 20 años; por lo que a menor edad de la gestante adolescente aumenta el riesgo de la salud tanto de la madre y el recién nacido y se incrementa el futuro desarrollo personal debido a las condiciones sociales y económicas disminuidas. <sup>15-16</sup>

Producto de ello existe baja escolaridad; falta de autoestima; inicio temprano de las relaciones sexuales y el no uso de métodos anticonceptivos.<sup>29</sup>

Así mismo se evaluó a 85 adolescentes embarazadas y la relación de riesgo de enfermedad al inicio del trabajo de parto en 55%; durante el parto fue de 18% y después del parto en un 27%.<sup>26</sup>

En otra serie se encontró mayor frecuencia de parto pretermino; rotura prematura de membranas y amenaza de parto pretermino; en relación al embarazo en adolescentes y sus repercusiones perinatales.

En Argentina con respecto a la relación del embarazo adolescente y los factores predisponentes para que éste se produzca son: la menarquia temprana; inicio temprano de relaciones sexuales; familia disfuncional; bajo nivel educativo e información distorsionada.<sup>27</sup>

En Venezuela las complicaciones en el embarazo adolescentes fueron anemia en un 32.2%; infecciones urinarias en 28,7%; síndrome hipertensivo del embarazo representó el 14.3% de los casos; trabajo de parto pretérmino 6.3%; amenaza de aborto 3,1%, síndrome de Hellp en 1,5%. Otro punto destacable fue la mayor prevalencia de parto vaginal hasta un 85.7% en comparación de las cesáreas en un 14,3%. De las complicaciones fetales las más frecuentes fueron el sufrimiento fetal agudo en un 4,7%; retardo de crecimiento intrauterino en 1,5%, malformaciones congénitas en 1,5%.<sup>17</sup>

Otro estudio realizado en Venezuela donde se trató de relacionar los riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato refiere que las adolescentes de éste grupo de estudio tuvo mayor riesgo de presentar recién nacidos de bajo peso y anemia post parto. Los resultados fueron que el 10% del total de las pacientes

tenían un recién nacido de bajo peso donde el 81% eran hijos de madres adolescentes y con respecto a la anemia fue un 43%.<sup>31</sup>

## **1.2 Bases teóricas**

Actualmente el comienzo de las relaciones sexuales es a más temprana edad y Los adolescentes lo realizan sin información del manejo de la sexualidad, las Responsabilidades de la maternidad o paternidad que implican el uso adecuado De los métodos anticonceptivos. Esto conlleva a los adolescentes a ponerlos en Riesgo a un embarazo no planificado; realización de un aborto o contraer una enfermedad de transmisión sexual.<sup>19</sup>

Para la Organización Mundial de la salud (OMS) define a la adolescencia como el período de la vida que se da entre los 10 y 19 años de edad; caracterizándose por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de cambios profundos psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y, algunas veces hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, y sobre todo relativo a su sexualidad. Según una publicación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:” Diagnóstico en adolescentes en el Perú 2005” con respecto al inicio de las relaciones sexuales, el 54.9% lo hace porque “ambos deseaban tenerlo”; el 34,7% fue “inesperado”; el 9,5% “ella la quería tener”; 7,3% por presión de la pareja; 1,5% bajo consumo de drogas y 0,2 % por violación.<sup>20-21</sup>

Actualmente el comienzo de las relaciones sexuales es a más temprana edad y Los adolescentes lo realizan sin información del manejo de la sexualidad, las responsabilidades de la maternidad o paternidad que implican el uso adecuado de los métodos anticonceptivos. Esto conlleva a los adolescentes a ponerlos en Riesgo a un embarazo no planificado; realización de un aborto o contraer una enfermedad de transmisión sexual.<sup>22</sup>

La Organización Mundial de la salud (OMS) define a la adolescencia como el período de la vida que se da entre los 10 y 19 años de edad; caracterizándose por una serie de cambios orgánicos (pubertad) así como la integración de funciones de carácter reproductivo (ciclo menstrual en las mujeres y ciclo espermático en los hombres), acompañados de cambios profundos psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y, algunas veces hostil. Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, y sobre todo relativo a su sexualidad.

Las características de ser madre adolescente en el Perú con respecto al campo biológico, cognitivo y psicosocial no están preparadas para la procreación produciendo múltiples problemas en la familia; madres adolescentes sin apoyo de la pareja, son madres solteras y muchas de ellas optan por la relación de convivencia. Las posibles consecuencias del embarazo adolescente se relacionan de la siguiente manera: afecta el proyecto de vida; problemas económicos: incremento de la pobreza; problemas médicos: como abortos espontáneos; partos complicados, hipertensión; recién nacidos con bajo peso, pretermino aumentando mayor riesgo de mortalidad.<sup>21</sup>

La adolescencia temprana es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa empiezan a manifestarse los cambios físicos, que

se inicia con una aceleración del crecimiento, con el consiguiente desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Los cambios internos que tienen lugar en el adolescente también son significativos; así lo demuestra estudios científicos donde el cerebro experimenta un desarrollo súbito electro-fisiológico. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal del cerebro que se encarga del razonamiento y toma de decisiones inicia su desarrollo durante la adolescencia temprana sin embargo éste desarrollo es más tardío en los hombres. Durante la adolescencia temprana tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que ya están establecidas.<sup>22</sup>

La adolescencia tardía comprende entre los 15 y los 19 años de edad; en ésta etapa se desarrollaron ya los cambios físicos. El cerebro continúa su desarrollo y reorganizándose aumentando la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo. En éste periodo comienza a desarrollarse ciertas conductas de riesgo debido sobre todo a la presión del grupo por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y más del 50% puede continuar fumando después de los 15 años; así mismo hay uso excesivo consumo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas tienen mayor riesgo de tener consecuencias negativas para la salud, como la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género. Se destaca además los trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia; y ansiedad sobre la imagen corporal debido a los estereotipos culturales de la belleza femenina.

Pero la problemática actual está en los conflictos sociales siendo lo más importante el embarazo; pese a que existen programas de salud que tratan de lograr un impacto entre la población adolescente. La mayor parte de los embarazos son no deseados ya que en la mayoría de los casos la pareja no es consciente de la posibilidad de un embarazo en el momento de realizarse el acto sexual; trayendo repercusión en lo social; psicológico y biológico considerándosele un gran problema de salud pública.

Dentro de los factores que favorecen el embarazo en la adolescente figuran : el inicio precoz de actividad sexual, falta de orientación, apatía por parte de los padres, falta o uso inadecuado de los métodos anticonceptivos; bajo nivel educativo y socioeconómico; falta de impacto de las campañas de salud y factores socioculturales.<sup>22</sup>

Según la literatura las adolescentes tienen cinco veces más riesgo de presentar complicaciones debido a la presencia de factores biológicos, fisiológicos y psicológicos.

Las principales complicaciones del embarazo en la adolescencia se detallan de la siguiente manera:

De acuerdo a la edad : la desproporción cefalopelvica, los procesos infecciosos, los desórdenes alimenticios.

Por deficiente o no control prenatal: amenaza de parto pretérmino; ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, parto pretérmino, retraso en el crecimiento intrauterino, recién nacidos pretérminos, bajo peso para la edad gestacional; hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y eclampsia.

Con respecto a la desproporción cefalopelvica la pelvis en la adolescente no ha alcanzado el desarrollo adecuado y completo considerándolas pelvis pequeñas ;por lo que trae como controversia cual sería la mejor vía de resolución del embarazo; se ha observado mayor frecuencia de cesárea en un 45.5% comparada con mujeres mayores de 20 años siendo éstas solo 20%, La indicación más frecuente de cesárea es por desproporción cefalopelvica; otras indicaciones son sufrimiento fetal agudo y parto prolongado.<sup>23</sup>

Hay reportes de mayor número de infecciones cervicovaginales o urinarias que son consideradas como factores de riesgo para amenazas de aborto, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas; partos de pretérmino: con la consecuencia de recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer.

Al tener desordenes de alimentación condicionan a la anemia y sería una condicionante para tener productos pequeños para la edad gestacional y alteraciones del tubo neural por deficiencia de folatos.

Así mismo se ha encontrado alteraciones cromosómicas y malformaciones fetales por la edad materna y factores que se relacionan con el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Generalmente la adolescente no acude a consulta prenatal generalmente porque ignora que se encuentra embarazada, por tener ciclos menstruales irregulares; o por que ocultan que estén embarazadas. El control prenatal tardío o ausencia de éste constituye factor de riesgo para no detectar enfermedades como las infecciones, amenazas de parto pre termino, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y desnutrición.

Existen revisiones donde el embarazo adolescente es considerado de alto riesgo debido a la inmadurez biológica, y por lo tanto aumenta la morbilidad y mortalidad materna siendo el doble de riesgo en menores de 16 años.

Las complicaciones que se encontraron en éste estudio fueron la anemia; parto pretérmino, parto instrumental y desgarros del canal cervico vaginal. Con respecto a la anemia se encontró que la gestante adolescente tenía 2.6 veces más riesgo de contraerla en comparación de las gestantes adultas. El parto pretermino fue más frecuente entre adolescentes de 15 a 19 años ( $p < 0.001$ ) siendo las causas más frecuentes la anemia, malnutrición, hipertensión y mal control prenatal.

Las complicaciones de parto instrumentado y desgarros se presentan con mayor frecuencia en los partos de adolescentes relacionados a la inmadurez física y hormonal. Es importante mencionar la falta de desarrollo de las estructuras óseas y blandas de la pelvis; ya que la madurez del piso pélvico es dos años después de alcanzar la estatura de adulta. Induce además este factor a realizar

Mayor número de episiotomías y uso de oxitocina por lo que incrementaría más aún el porcentaje de cesáreas. Las complicaciones relacionadas con el canal del parto son más comunes en los países en vías de desarrollo por la menarquia tardía de las adolescentes generando un retraso en el desarrollo del piso pélvico y así mismo por la estrechez y falta de elasticidad de los tejidos blandos hay más desgarros del canal del parto, hemorragias y fistulas vesicovaginales y rectovaginales. La población adolescente tiene predisposición por cambiar con rapidez de parejas sexuales, teniendo relaciones sexuales sin protección de barrera por falta de información sobre uso adecuado de los métodos de anticoncepción; por lo que están expuestos a mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual asociadas con las vulvovaginitis.<sup>23-24</sup>

En el estudio realizado en Chile sobre riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal en hijos de madres adolescentes; en el que ingresaron al estudio 1307 neonatos; de los cuales 19 (1.5%) eran hijos de madres adolescentes temprana; 111 (8,5%) eran hijos de madres de adolescencia mediana; 249 (19,1%) eran hijos de madres con adolescencia tardía y 928 (71%) hijos de madres adultas de 20 a 34 años y se halló más madres solteras en la adolescencia temprana (n:11, 57,9%). Las adolescentes tempranas tuvieron mayor riesgo de preeclampsia (26,3%) y de trabajo de parto prematuro (10,5%) con respecto a los demás grupos. No se encontró diferencia estadísticamente significativa para el número de controles prenatales, ni la vía de nacimiento, tampoco no hubo diferencia entre adolescentes tempranas y mujeres adultas con respecto a la ruptura prematura de membranas; corioamnionitis e infección de vías urinarias. No se hallaron diferencias entre hijos de madres adolescentes y adultas para la edad neonatal al ingreso; edad gestacional, peso al nacer, Apgar a los 1 y 5 minutos ( $p>0.05$ ). Se reportó mayor porcentajes de prematuros (52.6%) en hijos de madres adolescentes tempranas en comparación de las mujeres adultas. Otros hallazgos fueron que en los hijos de madres adolescentes tempranas tuvieron mayor número de patología cardíaca (congénita o funcional); infecciones bacterianas asociadas a la atención en salud; sífilis congénita y labio y paladar fisurado en comparación con las madres adultas. No se halló diferencias para patologías respiratorias; ictericia, asfixia perinatal; hipoglicemia e hiperglicemia y estancia hospitalaria. La mortalidad neonatal se presentó en mayor proporción de muertes entre hijos de madres adolescentes tempranas en comparación con el grupo de madres adultas. Así mismo los hijos de las adolescentes tempranas tuvieron

mayor riesgo de infecciones como sepsis neonatal, meningitis y neumonía neonatal.<sup>25</sup>

La prematuridad tiene importancia en la influencia sobre la morbi-mortalidad perinatal e infantil; constituye el 69% de la mortalidad perinatal.

La amenaza de parto pretérmino es el proceso clínico que sin algún tratamiento o cuando hay fracaso a éste se podría producir un parto pre término.

Se considera parto pretérmino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación o 259 días desde la fecha de la última regla.

La prematuridad se clasifica según su origen:

Pretérmino espontaneo o idiopático (50%)

Pretérmino asociado a rotura prematura de membranas (25%)

Pretérmino por intervención médica o iatrogénico (25%) por enfermedades maternas y fetales (preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, enfermedades maternas) por lo que se prefiere el termino del embarazo.

Según la clasificación de por Lule tomando en cuenta la maduración fetal y la edad gestacional:

Prematuridad extrema: (de 20 a 27 semanas de gestación) 10%

Prematuridad moderada (de 28 a 31 semanas de gestación) 10 %

Prematuridad leve (de 32 a 36 semanas de gestación) 80%

Los problemas asociados a la prematuridad por la dificultad en la adaptación extrauterina por la inmadurez de los sistemas orgánicos podemos clasificarlos de la siguiente manera:

## 1. Respiratorios:

- Depresión perinatal: por mala adaptación al inicio de la respiración.
- Síndrome de dificultad respiratoria: por déficit de surfactante.
- Apnea: Los mecanismos que regulan la respiración son inmaduros.
- Displasia broncopulmonar: o Enfermedad pulmonar crónica o insuficiencia pulmonar crónica de la prematuridad.

## 2. Neurológicos:

- Depresión neonatal.
- Hemorragia intracraneal.
- Lesión de la sustancia blanca periventricular.

## 3. Cardiovasculares:

- a. Hipotensión: por hipovolemia, disfunción cardíaca, vasodilatación por sepsis.
- b. Persistencia del conducto arterioso causando algunas veces insuficiencia cardíaca.

## 4. Alteraciones Hematológicas: Anemia e hiperbilirrubinemia

## 5. Nutrición: cuidados en la cantidad y vía de alimentación

## 6. Gastrointestinales: la prematuridad es un factor de riesgo importante para la enterocolitis necrotizante.

## 7. Metabólicos: con respecto al metabolismo de la glucosa y del calcio.

8. **Renales:** Al ser riñones inmaduros tienen una baja tasa de filtración glomerular e incapacidad para manejar las cargas de agua; solutos y ácidos.

9. **Regulación de la temperatura:** mayor riesgo de hipotermia e hipertermia.

10. **Inmunológicos:** Existe déficit a la respuesta humoral y celular porque los prematuros tienen mayor riesgo de infección.

11. **Oftalmológicos:** los recién nacidos menos de 32 semanas o con peso menor de 1500 gramos; tienen mayor riesgo de desarrollar retinopatía de la prematuridad.

El recién nacido de bajo peso al nacer es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad perinatal; considerado como el indicador más útil para evaluar la atención prenatal y la supervivencia infantil durante el primer año de vida. El bajo peso al nacer puede deberse a que sucedió el nacimiento antes del término de la gestación por lo que corresponde al parto pre termino; o que el feto presenta insuficiente peso relacionado a su edad gestacional como es la restricción del crecimiento intrauterino.

Existen factores de riesgo del bajo peso al nacer:

**Sociodemográficos:** como es el caso de las edades extremas; ser soltera; bajo nivel escolar y falta de medios económicos.

**Riesgos médicos previos al embarazo:** antecedente de haber tenido un hijo de bajo peso al nacer previo; enfermedades crónicas como: hipertensión arterial

crónica; diabetes pregestacional, cardiopatías, asma bronquial; nefropatías; multiparidad, desnutrición al inicio del embarazo.

**Riesgo médicos del embarazo actual:** enfermedades y trastornos dependientes del embarazo como la toxemia gravídica; la anemia; infección urinaria; hemorragias de la segunda mitad del embarazo, ganancia de peso insuficiente durante la gestación , período intergenesico corto, controles prenatales insuficientes e inadecuados.

**Otros riesgos ambientales y hábitos tóxicos:** trabajo materno excesivo, estrés excesivo, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

El **retardo de crecimiento intrauterino** es el resultado del fallo del feto en alcanzar su óptimo crecimiento; existiendo un déficit del crecimiento feta y su peso inferior al 10 ° percentil para la edad gestacional.

Entre los principales factores de riesgo se menciona:

1. Edad materna menor de 16 años o mayor de 35 años.
2. Multíparas con período intergenesico cortó menor de un año.
3. Hijos previos con antecedente de haber nacido con bajo peso al nacer.
4. Situación socioeconómica baja.
5. Madre fumadora habitual.
6. Enfermedades maternas previas al embarazo.
7. Amenaza de aborto durante el embarazo actual.
8. Bajo peso materno.
9. Hemorragia en la segunda mitad del embarazo.
10. Ganancia insuficiente de peso materno durante la gestación.

11. Infecciones.
- 12: Factores genéticos: talla materna baja.
13. Miomas uterinos.
14. Drogadicción y alcoholismo.
15. Vivir en la altura sobre el nivel del mar.
16. Infertilidad de causa uterina.
17. Exposición a radiaciones.
18. Embarazo Múltiple.
19. Malformaciones fetales congénitas.

### **Trastornos hipertensivos del embarazo**

La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatales; condicionando a la prematuridad; el bajo peso al nacer e incremento del número de muertes perinatales.

Es un trastorno sistémico cuya etiología se desconoce; y es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el mundo; afecta entre el 2% y el 7% de los embarazos en nulíparas; pero el porcentaje varía en lugares donde las gestantes no tienen casi controles prenatales la preeclampsia\_eclampsia puede llegar a aumentar éste porcentaje entre un 40-80%.

### **Infecciones maternas**

Vaginosis bacteriana: Es un síndrome clínico microbiano que se produce cuando la flora vaginal aeróbica normal es reemplazada por una flora anaerobia; causando mal olor y prurito; ocasionando alteración de la inmunidad celular

vaginal alterando los productos del metabolismo bacteriano anaerobio que estimulan la decidua y hacen la liberación de citoquinas proinflamatorias, prostaglandinas y fosfolipasa A2; que son los agentes desencadenantes del parto pretermino.<sup>21</sup>

Las infecciones urinarias es una de las complicaciones más frecuente en el embarazo y que afectarán a la madre y al feto de forma significativa independiente de la situación geográfica y económica. Dentro de las infecciones se tienen a la Bacteriuria asintomática; cistitis aguda y la pielonefritis aguda a pesar de tener acceso a antibióticos de amplio espectro hay un aumento de morbimortalidad tanto para el feto como para la madre. Según estudios previos el 27% de los partos prematuros están asociados a infecciones urinarias y que la Escherichia Coli está presente en el 80% de las infecciones urinarias.

La sepsis neonatal es un síndrome clínico que se caracteriza por manifestaciones de infección sistémica durante las primeras cuatro semanas de vida. Esta se presenta en 1 a 10 casos por 1000 nacidos vivos siendo la letalidad que va del 10% al 50 %. Es importante mencionar los factores de riesgo como son la ruptura prematura de membranas; corioamnionitis; infección materna; parto prolongado; múltiples maniobras como excesos de tactos vaginales; procedimiento de reanimación cardiopulmonar<sup>22</sup>

**Trauma obstétrico:** Son lesiones que se producen en el feto debido a las fuerzas mecánicas como compresión y tracción durante el trabajo de parto y pueden suceder a pesar que se éste realizando un trabajo de parto adecuado.

Los traumatismo más comunes son el caput succedaneum y cefalohematoma y la incidencia varía entre 2 y 6 de cada 1000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal

se produce en el 2% de recién nacidos que tienen traumatismos obstétricos severos.<sup>27</sup>

Los factores de riesgo para la presencia de traumatismos obstétricos son:

Fetales: macrosomía, recién nacido pretérmino, gemelaridad, anomalías fetales.

Maternos: Primiparidad; talla baja, anomalías pélvicas

Parto:

Presentaciones anómalas: como la podálica cuyo riesgo es de 4 veces para tener un trauma obstétrico.

Maniobras obstétricas: como la versión-extracción en el parto de nalgas

Parto instrumentado.

Expulsivo prolongado o rápido.

Otras distocias y oligoamnios.

Clasificación:

### **Traumatismos cutáneos**

Petequias: hematomas pequeños que se produce en la parte fetal que se presenta debido al aumento brusco de la presión intratoraxica y venosa durante el paso del tórax por el canal del parto; desaparecen en 3 días sin requerir tratamiento.

Adiponecrosis subcutánea: lesión indurada y circunscrita a la piel y tejidos; que pueden cambiar o no de coloración; y están relacionadas al tiempo de isquemia y compresión prolongada; no necesitan tratamiento.

*Laceraciones:* por el uso de instrumentos durante la atención del parto por cesárea por ejemplo al usar el bisturí.

### **Traumatismos musculares**

Hematoma del esternocleidomastoideo: frecuente en los partos podálicos o en los que hay hiperextensión del cuello o al usar instrumentos para extraer al recién nacido. Se presenta como una tumoración en el tercio medio del músculo; unilateral e indolora.

### **Traumatismos Osteocartilaginosos**

Cefalohematoma: Se presenta en el 0.5% -2.5 % de los recién nacidos; es una tumoración blanda que aparece después del primer día de vida; es un extravasación de sangre subperióstica; que se localiza más frecuente en el parietal derecho; es fluctuante y circunscrita. Un 15 % puede estar relacionado a fracturas de cráneo La resolución es espontánea.

Caput succedaneum: Es una tumefacción mal delimitada que aparece en las zonas de presión en los partos de presentación cefálica. Sobrepasa la línea media y las suturas y no requiere tratamiento.

Fracturas craneales: Son infrecuentes debido a que los huesos de los recién nacidos son poco mineralizados y más compresibles. Las más frecuentes son las lineales y de buen pronóstico. En cambio las fracturas con hundimiento están

relacionadas a partos instrumentados y se relacionan con déficit neurológico, hematoma subdural e hipertensión endocraneana.

Fractura de clavícula: Es la lesión ósea más frecuente con 1.8% del nacimiento; localizada en el área media clavicular; generalmente debida a distocias de hombro, se describe como un edema, o hematoma, o crepitación; incluso puede haber disminución de la motilidad; o presencia de bulto en la clavícula por la formación de callo; no requieren tratamiento.

Lesiones en el sistema nervioso periférico y médula espinal.

Lesión del nervio facial: central o periférica.

La lesión central no hay evidencia de lesión traumática en la cara. Hay parálisis espástica de la mitad inferior de la cara.

En la lesión periférica puede haber evidencia de trauma facial y parálisis flácida; hay compromiso de toda la hemicara; el ojo puede permanecer abierto todo el tiempo.

Lesión del plexo braquial: incidencia de 0,1% de los nacimientos. Existe paresia o parálisis de los músculos de la extremidad superior por traumatismo mecánico de raíces espinales entre C5 y T1.<sup>23</sup>

### **1.3 Definición de términos**

**Complicaciones perinatales:** Son patologías que ponen en riesgo al feto y recién nacido.

**Factores de riesgo obstétricos:** referido a todos aquellos factores externos o intrínsecos que afectan a la mujer durante la gestación; trabajo de parto, alumbramiento y el puerperio.

**Adolescencia temprana:** Adolescente entre los 10 años a los 14 años.

**Adolescente tardía:** Adolescente entre los 15 años a los 19 años.

**Embarazo:** período comprendido entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el momento del parto.

**Embarazo en la adolescencia:** Embarazo que sucede durante los 2 primeros años después de la primera menstruación.

**Apgar:** Examen inmediato que se realiza al recién nacido al primer minuto y a los cinco minutos de vida. El puntaje al primer minuto determina cuanto toleró el recién nacido el proceso de nacimiento; el puntaje a los 5 minutos indica como está evolucionando el recién nacido luego del nacimiento.

**Cesárea:** Operación quirúrgica que consiste en extraer al feto del útero materno mediante una incisión en la pared abdominal y el útero.

Neonato: recién nacido menor de 29 días

**Recién nacido a término (RNT):** Neonato de 37 a 41 semanas de edad gestacional calculada por el test de Capurro A.

**Recién nacido pretermino (RNPT):** Neonato menor de 37 semanas de edad gestacional calculada por el test de Capurro A.

**Recién nacido post maduro (RNPM):** Neonato mayor de 42 semanas de edad gestacional calculada por el test de Capurro A.

**Recién nacido de bajo peso al nacer:** Recién nacido que pesa menos de 2,500 gramos al nacimiento.

**Adecuado para la edad gestacional (AEG):** Neonato cuyo peso al nacer se encuentra entre los percentiles 10 y 90 para su edad gestacional en la curva de crecimiento intrauterino de Lubchenko.

**Pequeño para la edad gestacional (PEG):** Neonato cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del percentil 10 para su edad gestacional en la curva de crecimiento intrauterino de Lubchenko.

**Grande para la edad gestacional (GEG):** Neonato cuyo peso al nacer se encuentra por encima del percentil 90 para su edad gestacional en la curva de crecimiento intrauterino de Lubchenko.

**Recién nacido macrosómico;** Recién nacido que pesa más de 4000 gramos al nacimiento.

## CAPÍTULO II : HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.1 Formulación de hipótesis

Los factores obstétricos asociados a complicaciones perinatales son amenaza de parto pretermino, ruptura prematura de membranas, embarazo prolongado y desprendimiento prematuro de placenta.

### 2.2 Variables y su operacionalización

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION</i>	<i>TIPO</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>	<i>VALORES DE LAS CATEGORÍAS</i>	<i>MEDIO DE VERIFICACIÓN</i>
EDAD	Tempo de existencia desde el nacimiento de un ser vivo.	cuantitativa	Años cumplidos al momento de registro	razón	años	10-14 años 15-19 años	Historia clínica
Estado Civil	Situación civil de la madre	cualitativa	Condición de unión social con la pareja	nominal	Soltera Casada Conviviente		Historia clínica
Grado de instrucción	Años de escolaridad materna	cualitativa	Años cursados	ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria		Historia clínica
Nº controles prenatales	Cantidad de evaluaciones de la gestante antes del nacimiento	cuantitativa	Control prenatal	razón	Sin CPN Con CPN		Historia clínica
Paridad	Cantidad de gestaciones de una mujer	cuantitativa	embarazo	razón	1 >1		Historia clínica
Tipo de parto	Vía de culminación del parto	cualitativa	Vía del parto	nominal	Parto eutóxico Parto por cesárea		Historia clínica

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Factores de estudio materno	Características de la madre con mayor probabilidad que ocurra una patología neonatal	cualitativa	Patología neonatal	nominal	Infección urinaria RPM Amenaza de aborto Amenaza de parto pretérmino Desprendimiento prematuro placenta Distocia ósea Distocia funicular Preeclampsia		Historia clínica
APGAR	Test que permite valorar el estado cardiorrespiratorio y neurológico al nacer en el periodo neonatal inmediato (al minuto y al quinto minuto)	cuantitativa	puntaje	razón	Test de Apgar	Apgar al minuto <7 >7 Apgar a los 5 minutos <7 >7	Historia clínica
Edad gestacional por Test de Capurro	Estimación de la edad gestacional por examen físico al RN	cuantitativa	semanas	ordinal	RN término RN pretérmino RN postmaduro		Historia Clínica
Peso en relación EG	Relación entre el los percentiles de peso y edad gestacional	cualitativa	Percentil peso/EG	Nominal	RN AEG RN PEG RN GEG	10-90 P <10 P >90 P	Historia clínica
Peso al nacer	Masa corporal en gramos del RN	cuantitativa	Peso en gramos	ordinal	MBPN BPN Macrosómico	<1500 gr <2500 gr >4000 gr	Historia clínica
Complicaciones del RN	Patología del RN que ponen en riesgo su vida	cualitativa	patología	ordinal	SDR Sepsis neonatal Ictericia neonatal Traumáticas Asfixia perinatal		Historia clínica

## **CAPÍTULO III : METODOLOGÍA**

### **3.1 Diseño de la investigación**

Estudio cuantitativo, observacional, analítico, de corte transversal, retrospectivo.

Diseño no experimental.

### **3.2 Diseño Muestral**

#### **Población y muestra**

En ésta investigación se trabajó con todos los neonatos hijos de madres adolescentes entre los 11 años y 19 años de edad en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales entre noviembre del 2016 a Junio del 2016; que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **Criterios de inclusión**

- Recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años).
- Recién nacidos sin malformaciones.

#### **Criterios de exclusión**

- Recién nacidos de madres no adolescentes mayores de 35 años.
- Neonatos nacidos en otra institución y que fueron referidos al Hospital Sergio E. Bernales.

### **3.3 Procedimiento de recolección de datos**

#### **Instrumentos**

El instrumento para la recolección de la información consistió en una ficha de recolección de datos diseñada para el presente trabajo de investigación.

La ficha de recolección fue validada por los médicos del servicio de Neonatología del Hospital nacional Sergio E. Bernales.

Una vez que sea aprobado el proyecto de investigación; se procederá a realizar el trabajo de campo ejecutándose de la siguiente manera:

- Identificar a los recién nacidos de hijos de madres adolescentes del hospital Sergio E. Bernales que cumplan con los criterios de inclusión.
- Revisión de las historias clínicas y los libros de registro de nacimientos
- Llenado de fichas de recolección de datos
- Vaciado de la información en un programa estadístico

### **3.4 Procesamiento y análisis de datos**

Los datos fueron recopilados con un instrumentos de recolección de datos diseñado para ésta investigación y se diseñó una base de datos en el programa Microsoft Office 2007 y en SPS versión 23. Se realizó el control de calidad de los datos previa verificación de la consistencia y calidad d cada uno de ellos a través de la historia clínica. Se realizó un análisis con la prueba chi<sup>2</sup>, prueba t y estadística descriptiva.

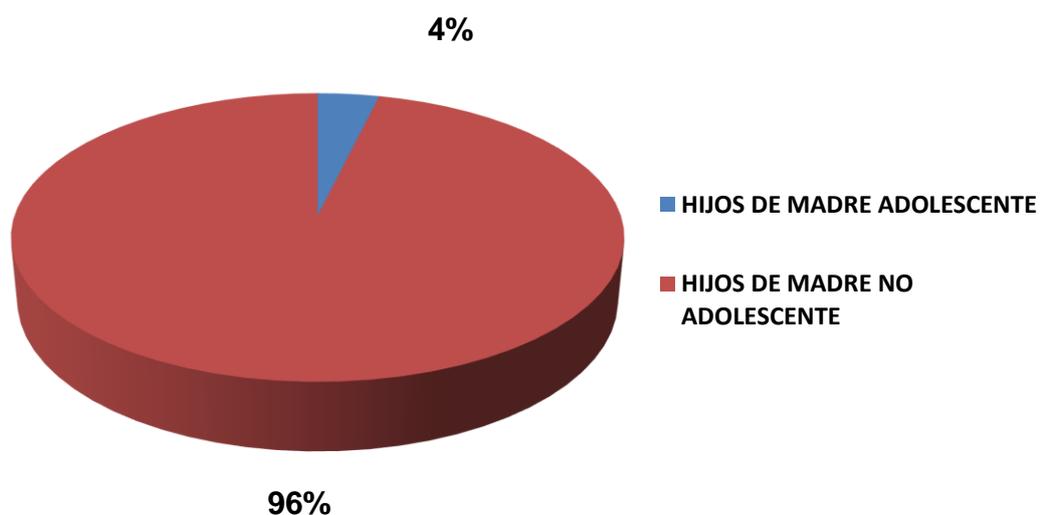
### **3.5 Aspectos éticos**

Los estudios observacionales no requieren consentimiento informado de forma escrita. La investigación empleó técnicas y métodos de investigación documental y no se realizó ninguna intervención o modificación de forma intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Se respetó el derecho de reserva a la confidencialidad, protegiendo la privacidad de la persona, no identificándola.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

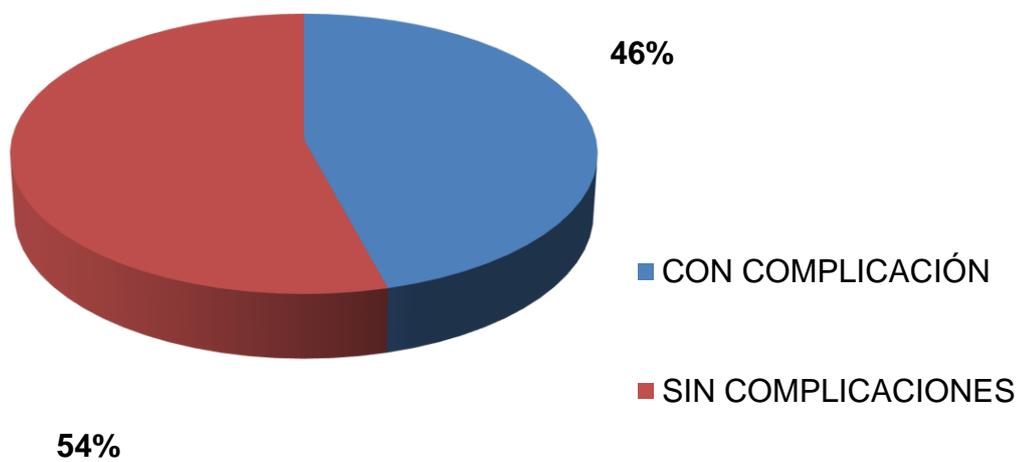
**Gráfico 1. Distribución de hijos de madres adolescentes**

**Hospital Sergio E. Bernales 2017**



Se revisaron las historias clínicas de los nacimientos durante los meses de noviembre 2016 a mayo 2017, donde se registraron 3844 nacimientos. De éstos un 4% (144/3844) son hijos de madres adolescentes.

**Gráfico 2. Porcentaje de neonatos con complicaciones hijos de madres adolescentes  
Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2016-2017**



Se registraron 144 casos de recién nacidos hijos de madres adolescentes y se obtuvieron 66 casos de recién nacidos hijos de madres adolescentes con complicaciones.

**Tabla 1. Estado civil de madres adolescentes  
Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Conviviente	102	70,8	70,8
Casada	3	2,1	72,9
Soltera	39	27,1	100,0
Total	144	100,0	

Se observó que del total de madres adolescentes, 70;8 % tenían estado civil de conviviente , el 27.1% eran solteras y el 2,1% de las madres estaban casadas.

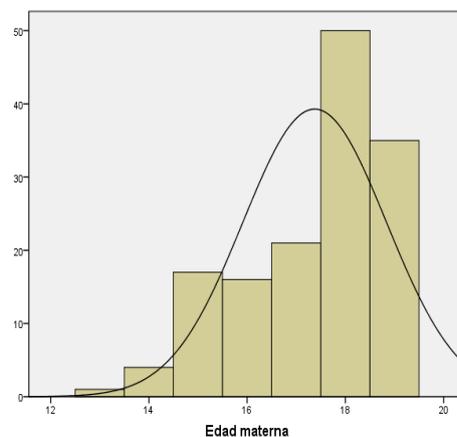
**Tabla 2. Grado de instrucción de madres adolescentes  
Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017**

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeto	3	2,1	2,1
Primaria	13	9,0	11,1
Secundaria	128	88,9	100,0
Total	144	100,0	

En el presente estudio se observó que el 88.9% tenían instrucción secundaria mientras con instrucción primaria correspondió un 9% ; 2,1% eran analfabetas.

### Gráfico 3. Edades de las madres adolescentes

#### Hospital Sergio E. Bernales 2017

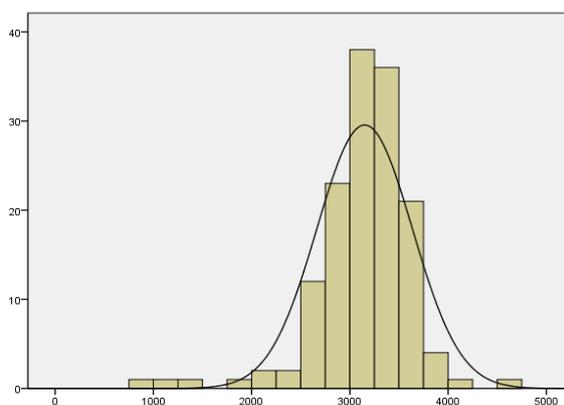


- Media = 17.38

La edad materna tuvo un mínimo de 13 años y un máximo de 19 años .

### Gráfico 4. Distribución de los recién nacidos de madres adolescentes según peso

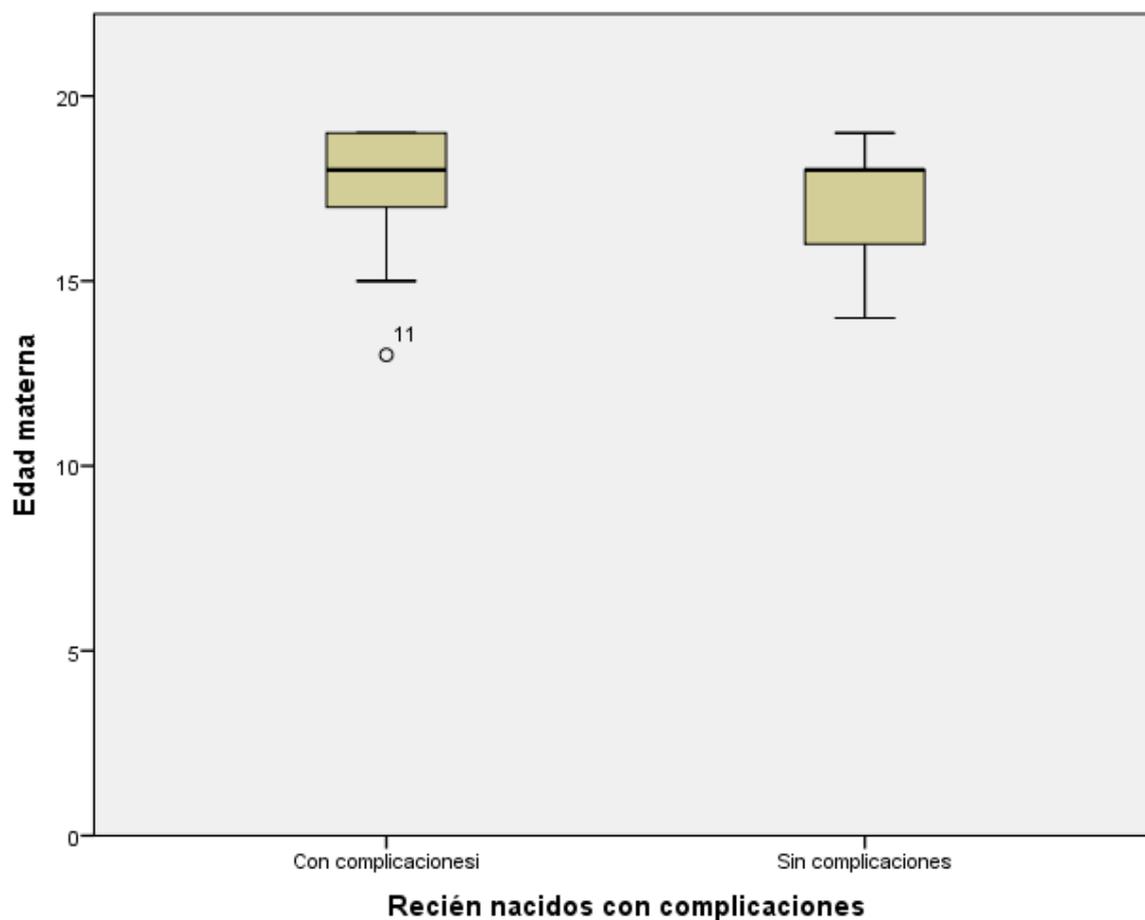
#### Hospital Nacional Sergio e. Bernales 2017



- Media =3.149 g.

El peso mínimo fue de 960 gramos y un máximo de 4310mgramos con una media de 3.149 gramos.

**Gráfico 5. Edad materna en años cumplidos y la presencia de complicaciones perinatales en hijos de madres adolescentes. Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017**



( Prueba t para muestras independientes)

Al hacer la comparación de la media de la edad del grupo de recién nacidos con complicaciones (17.39 años) con la del grupo en comparación de recién nacidos sin complicaciones (17.36 años) no se observó diferencia estadística.

**Tabla 3. Tipo de parto en población de Recién Nacidos hijos de madres adolescentes Hospital Sergio E. Bernales 2017**

Tipo de Parto	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Eutócico	96	66,7	66,7
Cesárea	48	33,3	100,0
Total	144	100,0	

Se observó mayor porcentaje de partos eutócicos en hijos de madres adolescentes en 66,7 %en comparación con los partos por cesárea en un 33,3%.

**Tabla 4. Distribución de recién nacidos de madres adolescentes según el peso y la edad gestacional Hospital Sergio E. Bernales 2017**

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AEG	136	94,4	94,4
PEG	5	3,5	97,9
GEG	3	2,1	100,0
Total	144	100,0	

Se observó de los recién nacidos de madres adolescentes (136/144) el 94,4% fueron adecuados para la edad gestacional. (AEG), mientras que (5/144) 3,5 % correspondieron ser pequeños para la edad gestacional y solo (3/144)2.1% fueron grandes para la edad gestacional. GEG

**Tabla 5. Asociación de variable control prenatal adecuado y complicaciones perinatales en madres adolescentes.Hospital Sergio E. Bernales 2017**

		RN con complicación			
		Si	No	Total	
	Si	Frecuencia	31	29	60
Control prenatal adecuado		Porcentaje	21,5%	20,1%	41,7%
	No	Frecuencia	35	49	84
		Porcentaje	24,3%	34,0%	58,3%
Total		Frecuencia	66	78	144
		Porcentaje	45,8%	54,2%	100,0%

\*p= 0,235 chi cuadrado

De las 60 madres adolescentes que tuvieron control prenatal 31 recién nacidos presentaron complicaciones perinatales (27,5%) mientras que 29 (32,5%) no presentaron complicación. No existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 6. Asociación de anemia materna y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes Hospital Sergio E Bernales 2017**

			Recién nacido con complicaciones		Total
			Sí	No	
Anemia	Sí	Frecuencia	11	9	20
		%	7,6%	6,3%	13,9%
	No	Frecuencia	55	69	124
		%	38,2%	47,9%	86,1%
Total	Frecuencia		66	78	144
	%		45,8%	54,2%	100,0%

\*p=0,375 chi cuadrado

Se consideró anemia materna al valor de hemoglobina menor a 11g/dl y se observó que 13.9% (20) de las madres adolescentes tenían anemia y éste grupo solo 7,6% (11) tuvieron recién nacidos con complicaciones perinatales; no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 7. Asociación de variable control prenatal adecuado y complicaciones perinatales en madres adolescentes Hospital Sergio E. Bernales 2017**

			RN con complicación		
			Sí	No	Total
	Sí	Frecuencia	31	29	60
Control prenatal adecuado		%	21,5%	20,1%	41,7%
	No	Frecuencia	35	49	84
Total		%	24,3%	34,0%	58,3%
		Frecuencia	66	78	144
			%	45,8%	54,2%
					100,0%

\*p= 0,235 chi cuadrado

De las 60 madres adolescentes que tuvieron control prenatal 31 recién nacidos presentaron complicaciones perinatales (27.5%) mientras que 29 (32,5%) no se complicaron. No existe asociación estadística entre las variables.

**Tabla 8. Asociación de infección urinaria de madres adolescentes y complicaciones perinatales Hospital Nacional Sergio E Bernales 2017**

				Recién nacido con complicaciones		Total
				Sí	No	
Infección Urinaria	Sí	Recuento		12	15	27
		%		8,3%	10,4%	18,8%
Total	No	Recuento		54	63	117
		%		37,5%	43,8%	81,3%
		Recuento		66	78	144
		Total		45,8%	54,2%	100,0%

\*p=0,872 chi cuadrado.

No se observó asociación estadística entre la variable infección urinaria y complicaciones en el recién nacido de hijos de madres adolescentes.

**Tabla 9. Asociación de ruptura prolongada de membranas y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes**

**Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017**

			Recién nacido con complicaciones		
			Sí	No	Total
Ruptura prolongada de membranas	Sí	Recuento	7	3	10
		Porcentaje	4,9%	2,1%	6,9%
	No	Recuento	59	75	134
		Porcentaje	41,0%	52,1%	93,1%
Total		Recuento	66	78	144
		Porcentaje	45,8%	54,2%	100,0%

\*p= 0,0012 prueba chi cuadrado.

De las 144 madres adolescentes 10 (6,9%) presentaron ruptura prematura de membranas y de éste grupo 4,9% (7/10) sus recién nacidos presentaron complicaciones perinatales. Se aplicó la prueba chi cuadrado para evaluar la asociación de ruptura prematura de membrana y complicaciones perinatales , no existe asociación estadísticamente significativa.

**Tabla10. Asociación de Preeclampsia y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes Hospital Nacional Sergio E. Bernales2017**

		Recién nacido con complicaciones			
		Sí	No	Total	
Preeclampsia	Sí	Recuento	2	1	3
		Recuento esperado	1,4	1,6	3,0
		Porcentaje	1,4%	0,7%	2,1%
No		Recuento	64	77	141
		Recuento esperado	64,6	76,4	141,0
		Porcentaje	44,4%	53,5%	97,9%
Total		Recuento	66	78	144
		Recuento esperado	66,0	78,0	144,0
		Porcentaje del total	45,8%	54,2%	100,0%

\*p=0.464 chi cuadrado

Al asociar si la preeclampsia y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes ,no se encontró una relación estadísticamente significativa.

**Tabla 11. Asociación de oligohidramnios y complicaciones perinatales en hijos de madres adolescentes Hospital Sergio E. Bernales 2017**

		Recién nacido con complicaciones		Total
		Sí	No	
	Sí	Recuento	0	1
Oligohidramnios		Recuento esperado	0,5	1,0
		Porcentaje	0,0%	0,7%
	No	Recuento	66	143
		Recuento esperado	65,5	143,0
		Porcentaje	45,8%	99,3%
		Recuento esperado	66,0	144,0
		Porcentaje	45,8%	100,0%

\*p=0.356 Chi cuadrado de Pearson

No existe asociación estadísticamente significativa entre oligohidramnios y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes.

**Tabla12. Asociación de amenaza de parto pretérmino y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes Hospital Sergio E. Bernales 2017**

		Recién nacido con complicaciones		Total	
		Sí	No		
Amenaza parto prematuro	Sí	Recuento	1	0	1
		Recuento esperado	,5	,5	1,0
		Porcentaje	0,7%	0,0%	0,7%
	No	Recuento	65	78	143
		Recuento esperado	65,5	77,5	143,0
		Porcentaje	45,1%	54,2%	99,3%
Total		Recuento	66	78	144
		Recuento esperado	66,0	78,0	144,0
		% del total	45,8%	54,2%	100,0%

\*p=0,275 Chi cuadrado/ prueba exacta de Fisher

Se observó que solo una madre adolescente presentó amenaza de parto prematuro. Esto correspondió al 0,7% de la población de los recién nacidos que tuvieron complicaciones perinatales. No existe asociación estadísticamente significativa.

**Tabla 13. Asociación de sufrimiento fetal y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017**

			Recién nacido con complicaciones		Total
			Sí	No	
Sufrimiento fetal		Recuento	6	3	9
	Sí	Recuento esperado	4,1	4,9	9,0
		Porcentaje	4,2%	2,1%	6,3%
		Recuento	60	75	135
	No	Recuento esperado	61,9	73,1	135,0
		Porcentaje	41,7%	52,1%	93,8%
Recuento		66	78	144	
Total	Recuento esperado	66,0	78,0	144,0	
	Porcentaje	45,8%	54,2%	100,0%	

\*p= 0.195 Chi cuadrado / prueba exacta de Fisher

Del total de madres adolescentes (144) ,9 (6;3%) presentaron sufrimiento fetal el 4,2% de los RN (6) tuvieron complicaciones.

No existe asociación estadística de las variables.

**Tabla 14. Asociación de trabajo de parto disfuncional de madres adolescentes y complicaciones perinatales Hospital Nacional Sergio E.**

**Bernales 2017**

			Recién nacido con complicaciones		
			Sí	No	Total
Trabajo de parto disfuncional	Sí	F	8	0	8
		FE	3,7	4,3	8,0
		%	5,6%	0,0%	5,6%
Total	No	F	58	78	136
		FE	62,3	73,7	136,0
		%	40,3%	54,2%	94,4%
Total		F	66	78	144
		FE	66,0	78,0	144,0
		%	45,8%	54,2%	100,0%

\*p= 0,002 Chi cuadrado

De la población de madres adolescentes, 8/144(5,6%) presentaron trabajo de parto disfuncional y sus recién nacidos tuvieron complicaciones.

Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 15. Asociación de distocia de presentación del parto y complicaciones perinatales en madres adolescentes Hospital Sergio E. Bernales.2017**

			Recién nacido con complicaciones		Total
			Sí	No	
		Recuento	9	8	17
distocia presentación	Sí	Recuento esperado	7,8	9,2	17,0
		Porcentaje	6,3%	5,6%	11,8%
		Recuento	57	70	127
	No	Recuento esperado	58,2	68,8	127,0
		Porcentaje	39,6%	48,6%	88,2%
		Recuento	66	78	144
Total		Recuento esperado	66,0	78,0	144,0
		Porcentaje	45,8%	54,2%	100,0%

\*p=0,531 Chi cuadrado de Pearson

Del total de madres adolescentes, 17/144 (11,8%) tuvieron distocia de presentación anómala y 9 /144( 6.3%) complicaciones perinatales .

No existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 16. Asociación de distocia ósea y complicaciones perinatales en madres adolescentes Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017**

		Recién Nacido con complicaciones		Total	
		Sí	No		
distocia ósea		Recuento	2	4	6
	Sí	Recuento esperado	2,8	3,3	6,0
		Porcentaje	1,4%	2,8%	4,2%
		Recuento	64	74	138
		Recuento esperado	63,3	74,8	138,0
	No	Porcentaje	44,4%	51,4%	95,8%
Total		Recuento	66	78	144
		Recuento esperado	66,0	78,0	144,0
		Porcentaje	45,8%	54,2%	100,0%

\*p= 0,530 Chi cuadrado

Las madres adolescentes que presentaron distocia ósea en el parto fueron 6/144(4,2%), 2/144(1.4%) tuvieron complicaciones perinatales. No existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 17. Asociación de distocia funicular y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes Hospital Nacional Sergio E.**

**Bernales 2017**

			Recién nacido con complicaciones		Total
			Sí	No	
Distocia funicular	Sí	Recuento	5	12	17
		Recuento esperado	7,8	9,2	17,0
		% del total	3,5%	8,3%	11,8%
	No	Recuento	61	66	127
		Recuento esperado	58,2	68,8	127,0
		% del total	42,4%	45,8%	88,2%
Total		Recuento	66	78	144
		Recuento esperado	66,0	78,0	144,0
		% del total	45,8%	54,2%	100,0%

\*p= 0.148 Chi cuadrado

De la población total de madres adolescentes, 66/144 (45,8 %) tuvieron complicaciones perinatales, de este grupo 17(11,8%) presentaron distocia funicular , pero 5 (3,5%) tuvieron complicaciones perinatales.

No existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 18. Asociación recién nacidos con bajo peso al nacer y complicaciones perinatales en madres adolescentes Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017**

		Recién nacido con complicaciones		
		Sí	No	Total
	Recuento	8	0	8
Sí	Recuento esperado	3,7	4,3	8,0
	Porcentaje	5,6%	0,0%	5,6%
	BAJO PESO	Recuento	58	78
	Recuento esperado	62,3	73,7	136,0
No	Porcentaje	40,3%	54,2%	94,4%
Total	Recuento	66	78	144
	Recuento esperado	66,0	78,0	144,0
	Porcentaje	45,8%	54,2%	100,0%

\*p=0,002 chi cuadrado /prueba exacta de Fisher

Dentro del estudio el porcentaje de madres adolescentes que tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer fue de 5,6% (8/144) y a la vez tuvieron complicaciones perinatales.

Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 19. Asociación del test de Apgar al minuto y complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017**

		Recién nacido con complicaciones		Total
		Sí	No	
	Recuento	12	4	16
mayor a 7	Recuento esperado	7,3	8,7	16,0
	Porcentaje	8,3%	2,8%	11,1%
	Recuento	54	74	128
Apgar al minuto menor a 7	Recuento esperado	58,7	69,3	128,0
	Porcentaje	37,5%	51,4%	88,9%
	Recuento	66	78	144
Total	Recuento esperado	66,0	78,0	144,0
	Porcentaje	45,8%	54,2%	100,0%

\*p=0.013 Chi cuadrado / Prueba exacta de Fisher

De los recién nacidos de hijos de madres adolescentes 16/144 (11.1%) tuvieron test de Apgar mayor a 7 y 128/144 (88,9%) tuvieron test de Apgar menor a 7. Los que presentaron Apgar mayor a 7 y que tuvieron complicaciones fueron 12 (8.3%); mientras que los que tenían Apgar menor a 7 fueron 54 (37.5%) .

Existe asociación estadística entre las variables.

**Tabla20. Asociación del test de Apgar a los 5 minutos y complicaciones perinatales en Madres adolescentes Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017.**

		Complicaciones		
		Sí	No	Total
Mayor a 7	Recuento	56	78	134
	Recuento esperado	61,4	72,6	134,0
	% del total	38,9%	54,2%	93,1%
Menor a 7	Recuento	10	0	10
	Recuento esperado	4,6	5,4	10,0
	% del total	6,9%	0,0%	6,9%
Total	Recuento	66	78	144
	Recuento esperado	66,0	78,0	144,0
	% del total	45,8%	54,2%	100,0%

\*p=0,000 chi cuadrado/ prueba exacta de Fisher

De los 144 casos: 134 (93.1%) tuvieron el test de Apgar mayor a 7 y 10 (6.9%) Apgar menor a 7. Del grupo de Apgar mayor a 7 el 38.9% presentaron complicaciones y del grupo de Apgar menor a 7 el 6,9% .

Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 21. Asociación entre la edad gestacional del recién nacido y complicaciones perinatales en madres adolescente Hospital Sergio E. Bernales 2017.**

			Recién nacido con complicaciones		Total
			Si	No	
EG	termino	Recuento	59	77	136
		%	41,0%	53,5%	94,4%
	pretermino	Recuento	7	1	8
		%	4,9%	0,7%	5,6%
Total	Recuento		66	78	144
	%		45,8%	54,2%	100,0%

\*p =0,024 Prueba exacta de Fisher

Los recién nacidos a término fueron 136 casos (94.4%) de los cuales 59 (41.0%) tuvieron complicaciones perinatales.

Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

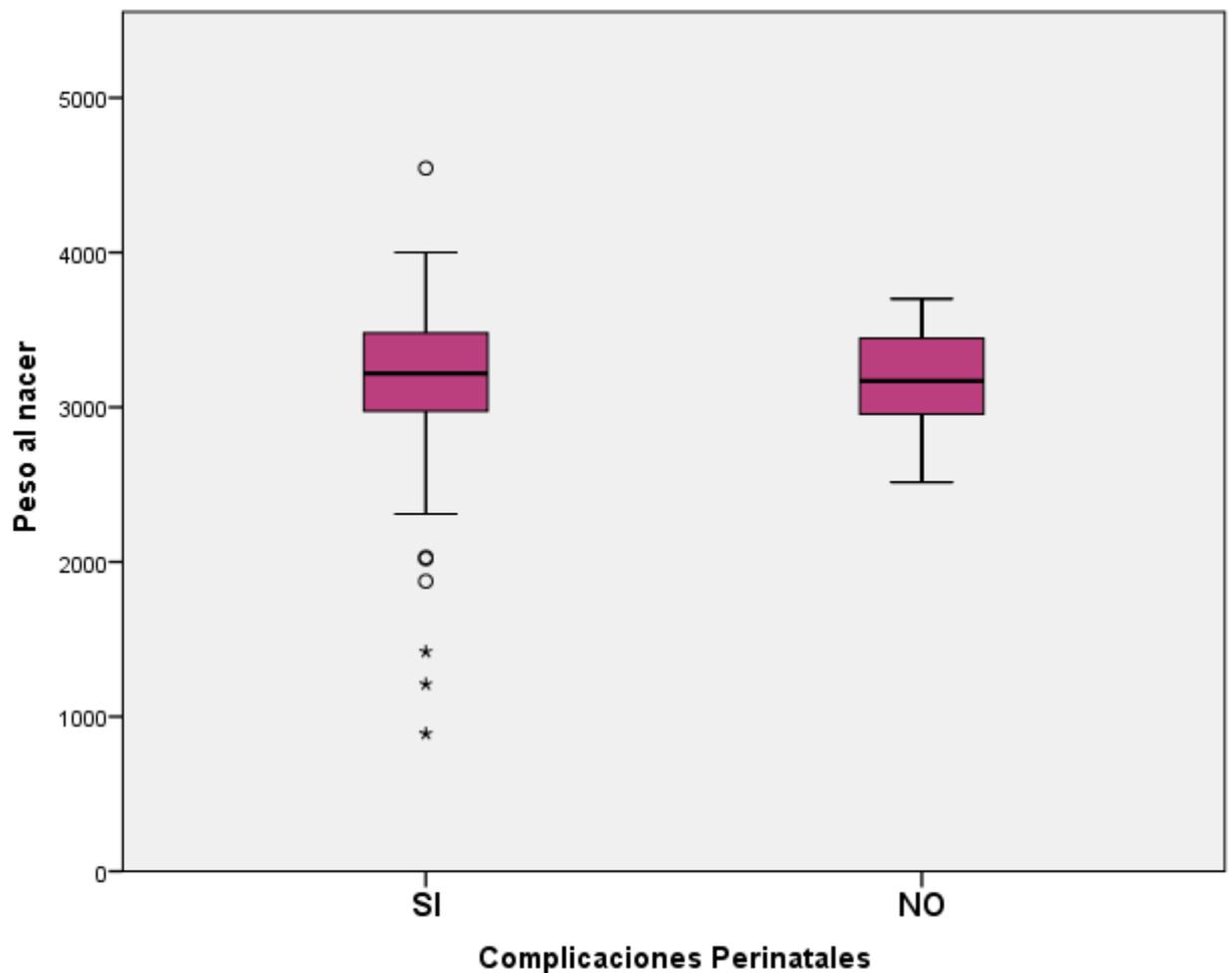
**Tabla 22. Asociación del sexo del recién nacido y complicaciones perinatales en madres adolescentes Hospital Sergio E Bernales 2017**

		Recién nacido con complicaciones		Total	
		Sí	No		
Sexo del recién nacido	Masculino	Recuento	39	35	74
		% del total	27,1%	24,3%	51,4%
	Femenino	Recuento	27	43	70
		% del total	18,8%	29,9%	48,6%
Total		Recuento	66	78	144
		% del total	45,8%	54,2%	100,0%

\*p= 0,089 Chi cuadrado.de Pearson

No existe relación estadísticamente significativa entre el sexo del recién nacido y complicaciones perinatales.

**Gráfico 6. Asociación del peso al nacer y complicaciones perinatales de recién nacidos de madres adolescentes Hospital Sergio E. Bernales 2017.**



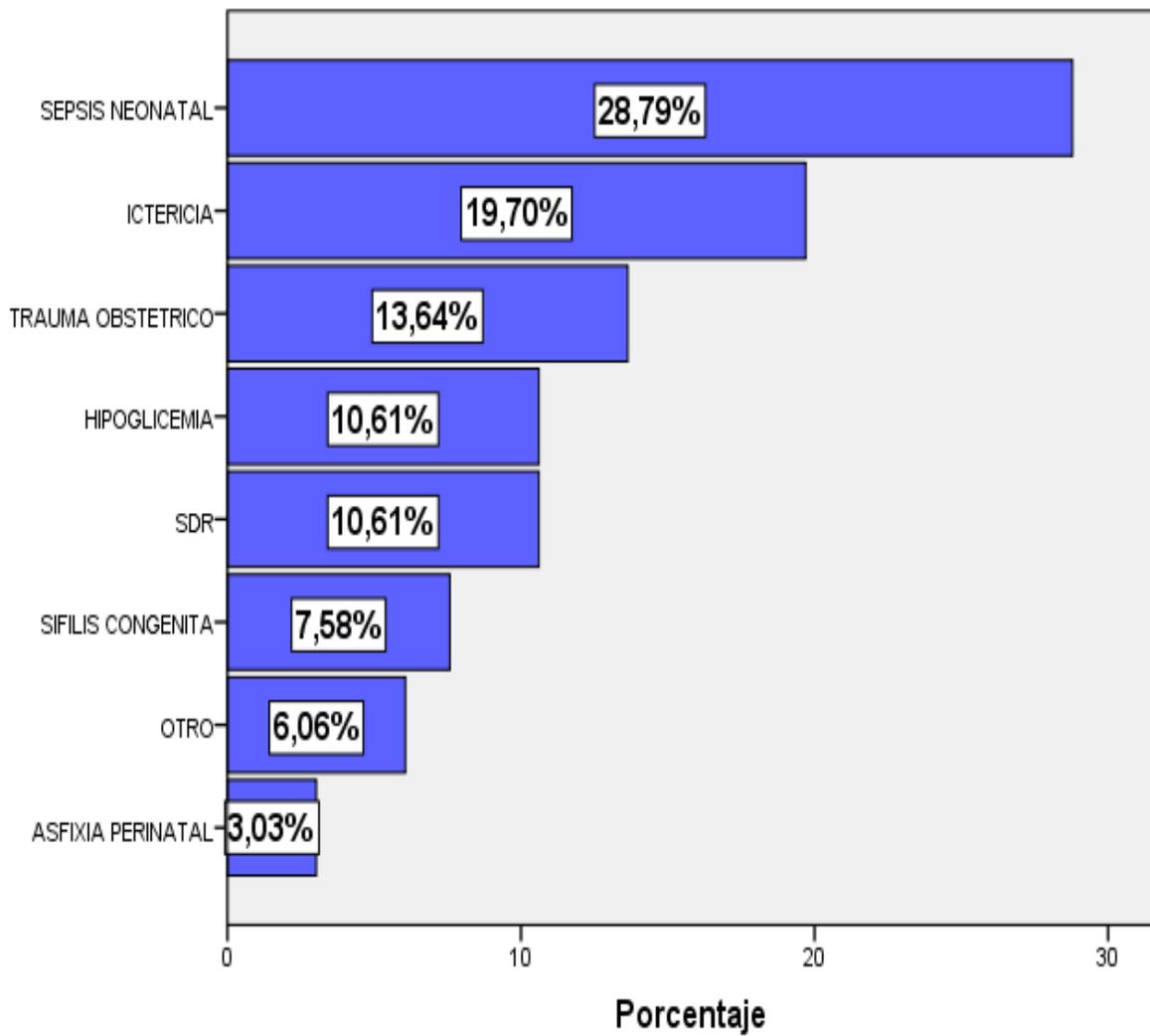
\*p=0,574 (prueba t para muestras independientes)

Al comparar la media de los pesos de los recién nacidos con complicaciones (3125.05) con la del grupo de recién nacidos sin complicaciones (3170;97).

No existe diferencias significativas entre los pesos.

**Gráfico 7. Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes  
Hospital Sergio E. Bernales 2017**

**COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO**



## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida donde aparecen muchos cambios fisiológicos sin embargo la pobreza, la desnutrición y la exclusión social son aspectos que deben tomarse en cuenta sobre todos en nuestras adolescentes peruanas y esto es porque no se da la atención adecuada a las necesidades de ésta población.<sup>20</sup>

Nuestra población de estudio corresponde adolescentes que residen en el cono norte de Lima abarcando los distritos de Comas, Carabayllo e incluso Canta; donde se observan diversas situaciones que las ponen en riesgo ocasionando ausentismo escolar y el inicio de una etapa de responsabilidades cuan aún no terminan de desarrollarse.

En el Perú 14 de cada 100 adolescentes están entre los 15 y 19 años han sido madres o están embarazadas. En el hospital Sergio E Bernales se reportan aproximadamente 500 nacimientos por mes. En nuestro estudio se registró 144 nacimientos de madres adolescentes y se recolectaron los datos durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2016-2017; que constituyen 3844 nacimientos de los cuales 144 correspondieron a madres adolescentes que son el 4% del total de nacimientos durante ese período. Se excluyó un recién nacido con cardiopatía congénita el cual falleció.

De nuestra población en estudio de los 144 recién nacidos de madres adolescentes 66 (46%) tuvieron complicaciones perinatales y 78 (54%) no

tuvieron complicaciones. La edad promedio de las adolescentes fue de 17,38 años siendo la edad mínima 13 años.

En relación al grado de instrucción el 88.9% tenían secundaria; primaria fue un 9% y analfabeta 2.1%.

En cuanto al estado civil el 70.8% eran convivientes, un 2,1% eran casadas y 39% eran solteras ya que en otras publicaciones la mayoría eran solteras.

El promedio de peso de los recién nacidos de madres adolescentes fue de 3149 gramos siendo el más pequeño 890 gramos y el máximo peso 4545 gramos. La vía de culminación del parto fue para cesárea en 48 pacientes (33.3%) siendo los partos vaginales se presentaron en 96 pacientes que corresponde al 66.7%. esto resulta importante a diferencia que en otras series el porcentaje de cesáreas fue mayor con respecto a los partos eutócicos<sup>(31)</sup>

La distribución de los recién nacidos de acuerdo a la edad gestacional fueron adecuados para la edad gestacional 98.4%; 3.5% fueron pequeños para la edad gestacional y grandes para la edad gestacional correspondió el 2,1%.

Se evaluó la edad materna y las complicaciones perinatales de los recién nacidos mediante la prueba t para muestras independientes no encontrándose una relación estadísticamente significativa con un p valor de 0.087.

La infección urinaria es un factor que se asocia a infecciones en el recién nacidos en nuestro trabajo se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson para medir la asociación de infección urinaria y recién nacidos complicados no encontrándose evidencia significativa.(p valor igual 0.875.)

El control prenatal inadecuado es un factor que se siempre se ha relacionado con patología en el recién nacido como lo señala en un estudio realizado en el hospital nacional Cayetano Heredia donde el 66.05% de las pacientes obtuvieron más de 6 controles prenatales<sup>32</sup>. Sin embargo en nuestro estudio de nuestra población de 144 pacientes 31 (21.5%) tuvieron complicaciones perinatales y al asociarlo con el control prenatal de la madre con la prueba chi cuadrado el p valor fue de 0,025 por lo que tampoco fue estadísticamente significativo. Otro punto que hay que tomar en cuenta es que las adolescentes empiezan más tarde el control prenatal con respecto a mujeres adultas por lo que se plantea favorecer el acceso temprano a un control prenatal adecuado y de calidad en las madres adolescentes.<sup>33</sup>

La ruptura prolongada de membranas (RPM) es otro factor importante que se relaciona a complicaciones perinatales en nuestro estudio 10 adolescentes tenían RPM y se encontró asociación con complicaciones en el recién nacido y ésta fue significativa con un valor de p igual 0,012.

La preeclampsia es una de los principales factores que causa morbilidad y mortalidad de la madre y se evaluó la asociación sin embargo tampoco hubo significancia estadística. (p=0.464 chi cuadrado de Pearson).

La anemia materna en las adolescentes tienen doble riesgo en relación a la madres adultas pero en nuestra población de adolescentes no se asoció a complicaciones en el recién nacido.(p= 0,375)

Oligohidramnios es otro factor que causa sufrimiento fetal sin embargo en la serie de nuestras adolescentes no se presentó casos en el grupo de recién nacidos con complicaciones perinatales.

El desprendimiento prematuro de placenta es causa de morbilidad para la madre y el recién nacido y solo se presentó un caso y el producto no se hospitalizó.

De los factores obstétricos que se producen durante el trabajo de parto son el sufrimiento fetal agudo (SFA), el trabajo de parto disfuncional, las distocias de presentación, las distocias óseas y las distocias funiculares.

Con respecto al sufrimiento fetal agudo se presentó en 19 pacientes en nuestro estudio de los cuales 6 recién nacidos (4.2%) tuvieron complicaciones pero tampoco tuvo relación estadística con complicaciones perinatales con valor de  $p$  igual a 0.275 en chi cuadrado siendo no significativo.

El trabajo de parto disfuncional en nuestra serie fueron 8 y el total de casos tuvo complicaciones perinatales (5.6%) con un valor de  $p=0.002$  siendo este valor significativo en la prueba de chi cuadrado.

Las distocias óseas; distocias funicular y distocias de presentación anormal del feto tampoco tuvieron relevancia significativa ; siendo su  $p$  valor según la prueba de chi cuadrado  $p=0,530$ ;  $p=0.148$ ; y  $0.531$  pero si fueron motivos de cesáreas de emergencia.

El bajo peso al nacer por varios autores se ha asociado a mayor morbilidad en recién nacidos de madres adolescentes; en nuestro estudio hubieron 8 recién nacidos con bajo peso al nacer los cuales todos tuvieron complicaciones (51.6%) con un valor de  $p= 0.002$  por lo que es significativa al realizar la asociación.

Con respecto si hay una asociación entre el sexo del recién nacido y complicaciones del recién nacido; se observó que el sexo masculino fue más frecuente de complicarse sin embargo tuvo un p valor de 0.089 siendo no significativa.

Al analizar el test de Apgar al minuto y a los 5 minutos; se obtuvo una asociación del Apgar al minuto y complicación perinatal con un p valor de  $p=0.013$  cuando este test sea mayor de 7; y cuando se midió el Apgar a los 5 minutos el p valor fue significativo con un p valor de 0.00 cuando el Apgar era menor a 7.

Se comparó las medias de el peso al nacer y recién nacidos con complicaciones para ello se aplicó la prueba t para muestras independientes obteniéndose un  $p=0,574$  siendo no significativo para asociarlos siendo el promedio para el grupo de recién nacidos complicados 3170,97 gramos.

Con respecto a las complicaciones perinatales en madres adolescentes según Yu –Tang hace referencia que mientras más adolescentes sean las madres tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, parto pretérmino; recién nacidos con bajo peso al nacer y depresión cardiorrespiratoria.<sup>8</sup> Las complicaciones perinatales más frecuentes en nuestro estudio fueron Sepsis neonatal; ictericia patológica; trauma obstétrico ,hipoglicemia neonatal; síndrome de dificultad respiratoria (SDR) sífilis congénita y Asfixia perinatal

Las causas de SDR fueron Taquipnea transitoria del recién nacido; enfermedad de membrana hialina; neumonía neonatal y síndrome de aspiración de líquido meconial.

## CONCLUSIONES

1. En el Hospital Nacional Sergio E Bernales durante el periodo de Noviembre del 2018 a Mayo del 2017; se produjo 3844 nacimientos donde 144 fueron hijos de madres adolescentes el cual representó el 4 %. Del grupo de estudio 66 recién nacidos tuvieron complicaciones perinatales y 78 no presentaron complicaciones.
2. La media de la edad materna fue de 17,3 años siendo la edad mínima de 13 años y la máxima de 19 años.
3. Con respecto a los factores obstétricos asociados durante el embarazo se observó que al comparar los grupos de recién nacidos con complicaciones solo hubo asociación significativa con ruptura prolongada de membranas.
4. Los factores obstétricos asociados al trabajo de parto hubo asociación significativa con trabajo de parto disfuncional sin embargo no sucedió con infección urinaria, anemia materna, control prenatal inadecuado; preeclampsia, oligohidramnios y sufrimiento fetal agudo.
5. En cuanto a las características de los recién nacidos se encontró asociación significativa con el bajo peso al nacer

## **RECOMENDACIONES**

1. Se requieren más estudios para poder comparar poblaciones mayores para corrobora las variables asociadas a las patologías de los recién nacidos con complicaciones para disminuir la morbimortalidad.
2. Realizar un protocolo de atención del embarazo adolescente y que se realice campañas para disminuir su incidencia.
3. Dar las facilidades para que se utilice una base datos de los registros de los nacimientos con un software adecuado ya que en el Hospital Sergio Bernales aún no lo tienen.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Islas LP, Marmolejo LG, Figueroa JF. Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual. Rev Mex Pediatría. 2010 ,77(4): 152-155.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. (Internet) OMS (citado 2016) Disponible en [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es).
3. Fernández M. Embarazo adolescente: un problema psicosocial que se mantiene vigente en el Perú. Revista de la Facultad de Ciencias de la Comunicación Turismo y Psicología USMP. Perú. 2015; 59-87
4. UNFPA: Embarazo adolescente (Internet) Citado en [www.unfa.org.pe/webespeciales/2014/pea/minsa/-plan-prevencion-:embarazo-adolescente-2013-2021.pdf](http://www.unfa.org.pe/webespeciales/2014/pea/minsa/-plan-prevencion-:embarazo-adolescente-2013-2021.pdf).
5. Sánchez M. Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003.
6. Barrera JC, Higa M, Barajas T. Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes. Revista Gaceta Médica. 2014; Supl. 1:67-72.
7. Colqui EC. Factores asociados a complicaciones en recién nacidos de madres

adolescentes: estudio comparativo. Revista Cuidado y Salud. Ene-jun 2014.

8 .Yu Tang J. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías entre 1995 y 1997-2000. Revista Anales de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

9. León R; Mendez, Wong Y, Risquez 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. Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes: Estudio caso control. Hospital Sergio E. Bernales 2004. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Mondragón Huerta Fanny

11. Complicaciones maternoperinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo.: estudió caso control. Instituto Materno Perinatal-2006 para optar el título de Licenciada en obstetricia. Acuña Hermelinda- Ochoa Yudith.

12. Huaco D; Ticona RM; Ticona M; Huanca F; Frecuencia y Repercusiones maternoperinatales del embarazo en adolescentes estudiadas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú- año 2008. Rev Chil. Obstet Ginecol 2012. 77 (2):122-128.

13. Alonso F, La Rosa. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz. Me 2015; 15(1): 14-20.

14. Estudio de las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes en el año 2011 en el Hospital nacional Arzobispo Loayza. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Autor

Marilyn Anicama 2011.

15. Vogel J, Souza J, Mori R. Pregnancy and childbirth outcomes among Adolescent mothers: a World Health Organization multicounty study. BJO 2014.121. (Suppl.1) 40-48.

16. Oliveros M. salud Escolar para maestros. 1era Edición Lima. Fondo Editorial del Instituto Nacional de Salud del Niño .2013. P 125-12

17. UNICEF: La adolescencia: una época de oportunidades . Honduras. Fondo de las Naciones unidad para la Infancias.2011.

[https://www.unicef.org/honduras/Estado\\_mundial\\_infancia\\_2011.pdf](https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf)

18. Espinoza L, Casso-Lopez C. Trabajo de Parto en adolescentes. Parto: mecanismos, clínica y atención. Editor responsable Morales J. 3ra Edición. México Manual Moderno .2012. P203-207.

19. Baena A, Alba A, Carrillo M; Cardina S; Luque L. Complicaciones del embarazo en adolescentes; Una investigación documental. Rev Aten Fam 2012, 19 (4) 82-85.

20. Mendoza L, Arias M; Mendoza L. Hijo de madres adolescentes: Riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Chil Ginecol 2012, 77 (5); 375-382.

21. Bajo JM, Melchor M, Merce L. Fundamentos de Obstetricia (SESGO) 5ta edición. Madrid. Editorial Diapason. 2011 P 560-562

22. Tapia J. Traumatismo del parto. Editores Tapia J; Gonzáles A. Neonatología .Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo; 2016.p.79-83.

23. Lissauer T, Fanaroff A. Neonatología Lo esencial de un vistazo. 2ª ed. Buenos

Aires: Editorial Panamericana; 2014

24. Bendezú, Espinoza D. Torres J, Huamán R. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev Peru ginecol. Obstet. 2016 Vol 62 Nro 1.

25. Molina R. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del Adolescente en Chile. Santiago de Chile. Ediciones R. Florenzano; m; Mgadaleno

26. Mora A, Hernández M. Embarazo en la adolescencia. Revista Ginecol. Obst. Mex. 2015, 83. 294-301.

27. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. . Tesis para optar título de Médico especialista en Ginecología. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. San Martín. Mendoza. Octubre 2011. Autor Barrazo M. Pressiani G.

28. Tapia H, Martínez A; Díaz A. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público; riesgos al inicio del trabajo de parto; post parto y puerperio. Rev .Latino- Am. Enfermagera. sep-oct. 2015, 23 (5)-829-36.

29. Panduro J; Jiménez P; Pérez J; Peraza D; Quezada M. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternoperinatales. Rev. Ginecol. Obstet. Mex 2012; 80 (11) 694—704.

30. Relación entre factores psicosociales y complicaciones obstétricas en las adolescentes embarazadas. .Trabajo Especial de grado presentado ante la división de estado para graduados de la facultad de Medicina de la universidad de la India para optar el título de Obstetricia y Ginecología. Maracaibo 2013. Autor: Bermudez Pelaez Said.

31. Martinez Leonardo. Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos, durante el parto y puerperio inmediato. Revista especializada en Ciencias de la Salud 2015

18 (2)29-34.

32. Atienzo E; Suarez L; Meneses M; Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. Rev. Med Hered vol 26 Nº 3. Lima jul 2016.

33. Arispe, S Frecuencia de control prenatal inadecuado y factores de riesgo asociado a su ocurrencia. Rev Med Hered v 22n.4 Lima oct/dic 2011.

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha N° \_\_\_\_\_

### FILIACION

EDAD ..... Estado Civil .....

• Grado de Instrucción:

Analfabeto ( )

Primaria ( )

Secundaria ( )

• Ocupación

Ama de casa ( )

Estudiante ( )

Otro ( )

Peso del recién nacido: .....

• N° CPN \_\_\_\_\_

Edad Gestacional: .....

• Paridad \_\_\_\_\_

Sexo: .....

• Tipo de parto \_\_\_\_\_

Peso/Edad Gestacional: .....

• Complicaciones maternas durante embarazo

Infección Urinaria ( )      Distocia ósea ( )

Ruptura prolongada membranas ( )      D. presentación ( )

Preeclampsia ( )      DPP ( )

Amenaza de parto pretérmino ( )      Otro ( )

Amenaza de aborto ( )

• Complicaciones del Recién nacido

SDR \_\_\_\_\_

Sepsis neonatal \_\_\_\_\_

Trauma obstétrico \_\_\_\_\_

Ictericia \_\_\_\_\_

Metabólicas \_\_\_\_\_

Asfixia perinatal \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_