

**UNIVERSIDAD PERUANA DEL CENTRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela Profesional de Enfermería



Tesis:

***"CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES EN
EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE HUANCAYO PERIODO ABRIL – JUNIO
2013"***

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA**

AUTOR:

Bach. ANGELES MENDEZ, Sheridan Neyru

HUANCAYO – PERÚ

PERÚ - 2015

DEDICATORIA

A DIOS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MIS PADRES

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien; pero más que nada, por su amor.

A MIS HERMANOS

Por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar y quienes han sido mi motivación, inspiración y felicidad.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a todas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que con su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida, quiero darles las gracias por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

ASESORA DE TESIS

Mg. Gina Fiorella León Untiveros

FIRMA DEL PRESIDENTE DE JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ASESORA DE TESIS	iv
JURADOS.....	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xii

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.3	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.4	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.4.1	Objetivo general de la investigación	16
1.4.2	Objetivos específicos de la investigación	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
-----	---------------------------------------	----

2.2	BASES TEÓRICAS.....	23
	Embarazo en la Adolescencia	23
	Edad Materna Adolescente	26
	Control Prenatal	28
	El Parto.....	28
	APGAR	30
	Edad gestacional.....	34
	Bajo peso del recién nacido.....	34
	Morbilidad al nacimiento	35
2.3	TERMINOLOGÍA BÁSICA	37
2.4	HIPÓTESIS	38
2.5	VARIABLES	38
	2.5.1 Variable de estudio.....	38
	2.5.2 Operacionalización de variables.....	39

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	40
	3.1.1 Tipo de Investigación.....	40
	3.1.2 Nivel de Investigación.....	40
3.2	POBLACIÓN	40
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
	3.3.1 Técnicas de recolección de datos	40
	3.3.2 Instrumentos de recolección de datos	40
3.4	PROCEDIMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO....	41
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	41

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	RESULTADOS	42
4.1.1	Determinación según la Edad de la Madre	42
4.1.2	Determinación según la Procedencia	43
4.1.3	Determinación según el Tipo de Parto	44
4.1.4	Determinación según el Peso del Recién Nacido.....	45
4.1.5	Determinación según la Edad Gestacional.....	46
4.1.6	Determinación según la Puntuación APGAR	47
4.1.7	Determinación según la Morbilidad al Nacimiento	48
4.2	DISCUSIÓN	49

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	CONCLUSIONES	51
5.2.	RECOMENDACIONES	52
	REFERENCIAS.....	53
	ANEXOS	56
	Anexo N° 01: Matriz de consistencia	57
	Anexo N° 02: Instrumento de recolección de datos.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de Operacionalización de Variables	39
Tabla 2. Porcentajes según la Edad de la Madre	42
Tabla 3. Porcentajes según la Procedencia	43
Tabla 4. Porcentajes según el Tipo de Parto	44
Tabla 5. Porcentajes según el Peso del Recién Nacido	45
Tabla 6. Porcentajes según la Edad Gestacional	46
Tabla 7. Porcentajes según la Puntuación APGAR	47
Tabla 8. Porcentajes según la morbilidad al nacimiento	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentajes según la Edad de la Madre	43
Gráfico 2. Porcentajes según la Procedencia	44
Gráfico 3. Porcentajes según el Tipo de Parto	45
Gráfico 4. Porcentajes según la el Peso del Recién Nacido	46
Gráfico 5. Porcentajes según la Edad Gestacional	47
Gráfico 6. Porcentajes según la Puntuación APGAR	48
Gráfico 7. Porcentajes según la morbilidad al nacimiento	49

RESUMEN

La presente investigación titulada: Características del recién nacido de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo periodo abril – junio 2013.

Siendo el objetivo general: Determinar las características del recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen de Huancayo durante el periodo abril a junio del 2013.

Cuya hipótesis es: Las repercusiones perinatales más frecuentes en el recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen son: bajo peso al nacer, pequeño para su edad gestacional y prematuridad.

La investigación es de tipo retrospectivo, analítico y descriptivo. Cuya población son los recién nacidos de madres adolescentes del servicio de Neonatología del Hospital El Carmen de los meses abril, mayo y junio del 2013 que en total son 113 casos. Se utilizó una ficha documental utilizando la documentación.

Se concluye que: El 99.1% de los recién nacidos presentaron un peso normal y el 94.7% de los recién nacidos en cuanto a edad gestacional fue a término es decir no presentaron bajo peso al nacer ni prematuridad.

Palabras Claves: Características del recién nacido, madre adolescente, tipo de parto, edad gestacional, peso del recién nacido, puntuación APGAR y morbilidad al nacimiento.

SUMMARY

This research entitled: Features of the newborn to teen mothers in the neonatology service of the Regional Teaching Hospital Maternal and Child El Carmen de Huancayo period April to June 2013.

As the overall objective: To determine the characteristics of the newborn to teen mothers in the Neonatology Service of Hospital El Carmen de Huancayo during the period April to June 2013.

Whose hypotheses are: The most common perinatal effects on the newborn to teen mothers in the Neonatology Service of Hospital El Carmen are: low birth weight, small for gestational age and prematurity.

The research is retrospective, analytical and descriptive. Whose population are infants of teenage mothers Neonatology Service of Hospital El Carmen April, May and June 2013 are months in total 113 cases. A documentary record was used using the documentation.

It is concluded that: 99.1% of newborns had a normal weight and 94.7% of newborns regarding gestational age was a term that is not presented low birth weight and prematurity.

Keywords: Features of the newborn, teenage mother, type of delivery, gestational age, birth weight, Apgar score at birth and morbidity.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el paso de la niñez a la adolescencia, el ser humano experimenta transformaciones de gran significación, por lo cual este representa un período crucial en su evolución biológica y psicológica, además de suponer una modificación sustancial en su relación con el medio social. ¹

Muchos embarazos en adolescentes presentan problemas debido a que la madre adolescente tiene rechazo del entorno e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incide de manera adversa tanto en la salud de la madre como en la del hijo. ²

Desde la óptica de salud pública, el embarazo de las adolescentes es un problema por su estrecha relación con los índices de morbi- mortalidad materna e infantil, los problemas perinatales, los abortos inducidos y las secuelas post-natales para el niño o niña. El alto riesgo de mortalidad para niños de madres jóvenes: madres con edades entre 15 a 19 años al nacer el hijo se corresponden con una tasa de mortalidad infantil de 79 por mil. ³

El embarazo en la adolescencia se considera, desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo. ⁴

La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía,

neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 años, los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, entre otros, determinan elevación de la morbilidad y mortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades maternas más avanzadas. ¹

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general. ⁵

Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres lo que equivale aproximadamente a 22,5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año. La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ejemplo, en América Latina la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes. ⁶

En el Perú la población adolescente (10 a 19 años) está constituido por el 23% de la población total. El 11% de las mujeres de 15 a 19 años son madres o están embarazadas por primera vez. Y en las grandes ciudades el 20% de nacimientos hospitalarios corresponden a mujeres de 10 a 19 años, y una de cada 5 de estas madres adolescentes ha tenido de 2 a 4 embarazos antes de cumplir los 20 años de edad. ⁷

En Junín el 10% de mujeres de 15 a 19 años son madres o son primigestas. Las provincias de Chanchamayo y Satipo que son ceja de Selva - tienen una fecundidad adolescente que supera las demás tasas del departamento. En las de 12 a 14 años, también destaca Yauli, y en las de 15 a 19

Concepción y Tarma. ¹

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo en la adolescencia ha dirigido la atención del personal de salud hacia este sector de la sociedad. El embarazo en la adolescencia trae consigo efectos adversos como parto prematuro, preeclampsia, desprendimiento placentario, anemia, mayor número de abortos y cesáreas. Además, de las condiciones propias del adolescente (inestabilidad emocional, dependencia económica, inexperiencia, uso de alcohol y otras drogas). De las repercusiones en el recién nacido, todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan en el útero: desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general. El perfil de la embarazada adolescente no es homogéneo, sus características van a depender del contexto geográfico, del nivel de ingreso, del grado de instrucción, pero también de su edad, estado civil y del acceso que tenga a los servicios de salud. ⁵

Siendo el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo un establecimiento de referencia que congrega, en la mayoría de los casos, a la población que carece de recursos. No existiendo estudios anteriores que tome en cuenta esta población adolescente de forma específica. Es menester, tener datos de nuestra población para conocer las características perinatales y así identificar los riesgos potenciales que implica un embarazo adolescente.

Conociendo la escasa información médica en relación al embarazo adolescente en nuestra realidad peruana y los hallazgos perinatales que esta condición implica. Además, del impacto como problema de salud pública, se formula el siguiente problema de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características del recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen Huancayo durante el periodo de abril – junio 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tiene justificación teórica ya que podremos tener conocimiento justificado acerca de las características de los recién nacidos de madres adolescentes.

El presente trabajo tiene justificación práctica ya que la enfermera estará preparada para afrontar con conocimientos las características de los recién nacidos de madres adolescentes.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general de la investigación

Determinar las características del recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen de Huancayo durante el periodo abril a junio del 2013.

1.4.2 Objetivos específicos de la investigación

- A. Determinar el tipo de parto en el nacimiento del recién nacido de madres adolescentes.
- B. Determinar la edad gestacional al nacimiento del recién nacido de madres adolescentes.
- C. Determinar la puntuación APGAR al 1 y 5 minutos después del nacimiento en el recién nacido.
- D. Determinar si el bajo peso al nacer es una característica del recién nacido de madres adolescentes.
- E. Determinar la morbilidad más frecuente en el nacimiento del recién nacido de madres adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Francisco en 2015, en su investigación: “Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, octubre - diciembre 2014 ”, presentada para optar el grado académico de Médico Cirujano. El objetivo general de la investigación fue: Determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Octubre – Diciembre del 2014. El estudio es un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el Libro de Registro de Ingresos del Servicio de Neonatología recolectando datos de la madre y del neonato, la población de estudio lo conforman los neonatos nacidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Para ello se determinó una muestra son los neonatos hijos de madres adolescentes (10-19 años) nacidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Octubre a Diciembre del 2014, los instrumentos utilizados por estudio estuvieron integradas por: se recolectó información del Libro de Ingresos Hospitalarios del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, datos de la madre como del neonato, dentro de los cuales se encontró: fecha de nacimiento, peso, edad gestacional, relación peso-edad gestacional, tipo de parto, motivo de

cesárea, controles prenatales, estado civil de la madre, edad de la madre, paridad. Todos estos datos fueron trasladados a una ficha de recolección. La conclusión a la que arribó la investigación fue: en el presente estudio, se encontró que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pretérmino, neonatos con bajo-muy bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes. ⁸

Gamarra en 2013 en su investigación: “Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el hospital nacional hipólito unanue en el periodo 2011 - 2012”, presentada para optar el grado académico de Médico Cirujano. El objetivo general de la investigación fue: determinar las complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unánue durante el periodo Mayo 2011 –Abril 2012, la hipótesis general fue: En el Hospital Nacional Hipólito Unánue, en el periodo de Mayo 2011 a Abril 2012, los recién nacidos de madres adolescentes tuvieron mayor probabilidad de presentar complicaciones perinatales. El estudio es descriptivo observacional retrospectivo transversal, la población de estudio Neonatos de madres adolescentes nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unánue entre el 1 de Mayo 2011 y el 30 de Abril del 2012. Para ello se determinó una muestra de 392 nacimientos, los instrumentos utilizados por estudio estuvieron integradas por: La ficha de datos. La conclusión a la que arribó la investigación fue: las principales complicaciones perinatales en nuestro estudio en el periodo de tiempo establecido son recién nacidos con bajo peso siendo estos 119 (30%) del total de la muestra, considerándose a estos todos aquellos que pesaron menos de 2500 gramos, sospecha de sepsis neonatal precoz 62(47,3%), ictericia patológica 41 (31,2%), depresión moderada 24 (6 %), depresión severa 16 (4 %) . ⁹

Anicama en 2012, en su investigación: “Estudio de las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes en el año 2011 en eL HNAL”, presentada para optar el

grado académico de Médico Cirujano. El objetivo general de la investigación fue: Determinar cuáles son las patologías más frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes versus las no adolescentes, la hipótesis general fue: Los neonatos hijos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar patologías al nacer que los hijos de madres no adolescentes. El estudio es descriptivo transversal retrospectivo, la población de estudio Recién Nacidos en el HNAL en el año 2011. Para ello se determinó una muestra de un total de 4135 de Recién Nacidos. La conclusión a la que arribó la investigación fue: Se concluye que la hipótesis planteada en el estudio es aprobada ya que si bien es cierto las patologías que se encontraron con más frecuencia tanto para Recién Nacidos de Madres Adolescentes como para Recién Nacidos de Madres No Adolescentes son las mismas, en los Recién Nacidos de Madres Adolescentes se encuentran con más frecuencia. ¹⁰

Castaño y col. en el 2011 , realizaron un artículo titulado: Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el departamento de Caldas (Colombia) 2003 -2008, cuyo objeto general fue: Las edades maternas extremas se han considerado como la principal causa de alteraciones en el recién nacido, destacándose problemas en la talla, el peso y el perímetro cefálico. Materiales y métodos: Estudio de corte trasversal con 14124 recién nacidos de madres de todas las edades registrados en la base de datos del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) en el departamento de Caldas (Colombia, Suramérica), durante el período de 2003 a 2008, de la cual se analizaron 44 variables consideradas significativas para la realización del estudio. Resultados: Se encontró que las maternas con edades superiores a los 35 años constituyen el grupo etario con mayor número de alteraciones en los neonatos, como son el bajo peso, que se asoció con mayor muerte perinatal; mayor número de patologías crónicas asociadas a bajos Apgar al nacimiento y mayores probabilidades de necesidad de reanimación para

los recién nacidos. Las maternas menores de 18 años presentaron productos con menor talla y perímetro cefálico, sin encontrarse relación con problemas posteriores. Conclusiones: Los datos disponibles indican que la edad materna influye sobre las características del recién nacido, particularmente en cuanto a talla, perímetro cefálico y peso, datos que concuerdan con la literatura médica. ¹¹

Caltabiano Magalhães y otros en el 2009, realizaron un artículo titulado: Recién Nacidos de Madres Adolescentes Precoces y Tardías: ¿Hay alguna diferencia?; cuyo objeto general fue: los embarazos en la adolescencia llevan a situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre, así como la del hijo, constituyendo un problema que no debe ser considerado solamente en los términos de hoy sino también para el futuro. Hay una gran preocupación en relación a la posibilidad de que la madre adolescente presente malos resultados prenatales. ¹²

Escobar en 2008, en su investigación: “Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos”, presentada para optar el grado académico de Magister en Psicología con mención Psicología Clínica Infanto- Juvenil. El objetivo general de la investigación fue: Determinar la relación que existe entre los patrones de apego de las madres adolescentes con sus figuras primarias de apego, y la presencia o ausencia de riesgo relacional con sus bebés, la hipótesis general fue: la proporción de madres adolescentes que presentan patrones de apego inseguro con las figuras primarias, será mayor que los casos que presentan apoyo inseguro en la población general de referencia ($p=0,35$). El estudio es no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, la población de estudio en el contexto del Programa de Salud Mental del hospital público “Barros Luco Trudeau”, ubicado en la Región Metropolitana Sur de Santiago de Chile. Para ello se determinó una muestra de 651 adolescentes embarazadas, los instrumentos utilizados por estudio estuvieron integradas por: son el PBI

(Parental Bonding Instrument); la pauta de evaluación relacional madre-recién nacido y la entrevista semiestructurada. La conclusión a la que arribó la investigación fue: La proporción de madres adolescentes que presentan apego inseguro con su figura primaria de apego es mayor que la proporción evidenciada en una población general. ¹³

Briceño en 2007, en su investigación: “Factores maternos condicionantes del bajo peso al nacer, servicio de pediatría. Hospital docente asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix – estado bolívar, segundo semestre 2006”, presentada para optar el grado académico de Magister en Especialista en Pediatría y Puericultura. El objetivo general de la investigación fue: Determinar los Factores de Riesgo Maternos del Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix – Estado Bolívar, durante el Lapso Segundo Semestre, 2006. El estudio es descriptivo, la población de estudio son los recién nacidos intrahospitalarios con Bajo Peso a Nacer que ingresaron al Servicio de Pediatría (retenes sanos y patológicos) en el Segundo Semestre del año 2006. Para ello se determinó una muestra de 302, los instrumentos utilizados por estudio estuvieron integradas por: una entrevista epidemiológica elaborada en base a cuestionario diseñado por el investigador. La conclusión a la que arribó la investigación fue: La Tasa de Incidencia de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer en el Servicio de Pediatría para el segundo semestre del año 2006 fue de 10,4%. ¹⁴

Soledad y Vallejos en el 2005, realizó un artículo titulado: Características del recién nacido en madres adolescentes, del Hospital “J. R. Vidal” División Maternidad, Sector Obstetricia; cuyo objeto general fue: En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce a los adolescentes como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias. El embarazo en la adolescencia se considera, desde el punto de vista médico y social como una situación

de riesgo. Muchos de estos embarazos presentan problemas debido a que la madre adolescente tiene rechazo del entorno e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incide de manera adversa tanto en la salud de la madre como en la del hijo (3). Esto nos llevó a conocer cuál es el porcentaje de recién nacidos de bajo peso, cesáreas y deprimidos al primer minuto correspondientes a madres adolescentes registradas en el Hospital “J. R. Vidal” de la ciudad de Corrientes durante el año 2003 y compararlas entre sí. ¹⁵

Sánchez en 2004, en su investigación: “Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital San Bartolomé 2002 - 2003”, presentada para optar el grado académico de Magister en Especialista en Pediatría. El objetivo general de la investigación fue: Analizar las características perinatales de los neonatos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital San Bartolomé durante el periodo Octubre 2002-Octubre2003. El estudio es de cohortes y retrospectivo, la población de estudio es el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Para ello se determinó una muestra de estuvo compuesta por 182 neonatos atendidos en el servicio de Neonatología divididos en dos grupos de forma aleatoria de 91 casos cada grupo; el primero constituido por los neonatos nacidos de madres adolescentes y el otro constituido por los recién nacidos de mujeres adultas., los instrumentos utilizados por estudio estuvieron integradas por: se utilizó un ficha con preguntas estructuradas o cerradas. La conclusión a la que arribó la investigación fue: Se asoció una mayor predominancia de pequeños para edad gestacional y bajo peso al nacer en los neonatos de madres adolescentes en comparación con los recién nacidos de mujeres adultas. ¹⁶

2.2 BASES TEÓRICAS

Embarazo en la Adolescencia

Definimos como embarazo en la adolescencia a aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquella que ocurre en mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica. ¹⁷

En lo que sí coinciden todos los autores es en que existe una diferencia marcada en el comportamiento de la enfermedad obstétrica de las adolescentes, lo cual va a estar en dependencia tanto de su desarrollo psicosocial y su medio familiar, como del desarrollo orgánico y funcional de la mujer menor de 20 años. ¹⁷

También hay consenso en que existe un incremento de la morbilidad del embarazo en adolescentes con 15 años de edad o menos y con edad ginecológica menor de 3 años. Para las adolescentes intermedias y tardías los riesgos serán menores y van a estar relacionados fundamentalmente con los factores psicosociales, ambientales y familiares. ¹⁷

El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico como una situación de riesgo. ¹⁷

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes:

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos Anticonceptivos.
- La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes

a tener relaciones sexuales.

- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.
- La falta de una buena educación sexual. ¹⁷

A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en:

A. Desde el punto de vista psicológico:

- La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como “factores suicidógenos circunstanciales”.
- La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.

B. Desde el contexto social destacan:

Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización; las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo; su desarrollo social y cultural; y la formación de una familia y su estabilidad.

Desde el punto de vista médico, la adolescente embarazada es motivo de gran preocupación para el médico porque los conocimientos médicos actuales relacionados con ella confirman su tendencia a sufrir problemas serios de salud que transmite a su hijo con el resultado lógico de un incremento en la morbilidad perinatal.

En cuanto a la terminación de la gestación los estudios muestran la tendencia que hay en el mundo del parto por cesárea en la mayoría de las adolescentes, sea por el desarrollo incompleto del canal de parto por la estrechez ósea y poco desarrollo de las partes blandas.¹⁷

Algunos autores no refieren un aumento de la incidencia de cesáreas en las adolescentes mientras que otros sí lo consideran en la adolescencia temprana.

Dentro de las complicaciones perinatales los estudios revelan que la incidencia de bajo peso al nacer (<2.500 g) entre los adolescentes es más del doble de la tasa de mujeres adultas y la mortalidad neonatal dentro de los primeros 28 días de nacimiento, es casi 3 veces mayor. En experiencias internacionales, aproximadamente el 14% de los recién nacidos de los adolescentes de 17 años o menos son prematuros en comparación con el 6% de mujeres de 25-29 años, mientras que las adolescentes de 14 o menos años tienen un mayor riesgo de tener prematuros de bajo peso. Los factores biológicos que

se han asociado consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio de la gestación y la pobre ganancia de peso durante el embarazo. Ver Figura 1. ¹⁷

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA
Realidad que varía de acuerdo a los contextos socioeconómicos y culturales
35% de las jóvenes tienen su primer hijo antes de los 20 años
77% de estos embarazos no son deseados
Los recién nacidos de mujeres entre 15y 19 años tienen 29% de mayor mortalidad

Figura 1. Embarazo en la Adolescencia

Fuente: Enrique y Cifuentes en el 2011.

Edad Materna Adolescente

La edad materna es considerada como un factor de riesgo, principalmente cuando la madre es muy joven. El riesgo para prematuros de muy bajo peso al nacer aumentó en los embarazos de adolescentes de menores de 15 años. El riesgo de bajo peso al nacer también aumenta si la madre es menor de 18 años, multípara y lleva inadecuado control prenatal. ¹⁷

La adolescente que se embaraza por segunda vez tiene factores de riesgo que aumentan el parto prematuro y la mortalidad neonatal, riesgo que aumenta si fuma durante el embarazo. ¹⁷

El manejo en esta etapa es de atención especial por encontrarse en etapa de transformación viviendo un momento de transición entre niñez y edad adulta. ¹⁷

Presenta mayor riesgo biopsicosocial por: Ser madre soltera, Embarazo no deseado, IMC (índice de masa corporal) bajo, Dificultad familiar o económica. ¹⁷

Factor determinante para reducir la morbilidad para la adolescente gestante y su hijo es la asistencia prenatal temprana. En la primera consulta la adolescente embarazada puede presentar diferentes comportamientos:

- A. Puede considerar el embarazo como un problema.
- B. Puede mencionar algunos síntomas compatibles con el embarazo, pero negar o ignorar su estado.
- C. Puede sospechar que está embarazada dando algunos síntomas vagos y esperar a que el médico haga el diagnóstico.
- D. Debe considerarse la posibilidad de incesto o violación. ¹⁷

Una vez el embarazo es confirmado la adolescente puede elegir una opción:

- a) Continuar el embarazo, y quedarse con su hijo
- b) Continuar el embarazo dando el hijo en adopción
- c) El aborto ¹⁷

Presenta los siguientes síntomas:

- Amenorrea (síntoma más claro)
- Náuseas
- Vómito
- Dolor de cabeza
- Poliuria
- Mamas turgentes
- Depresión
- Bajo rendimiento académico ¹⁷

Control Prenatal

Los incrementos graduales a partir de las presiones diastólicas previas al embarazo acompañadas de aumento excesivo de peso son factores de riesgo para trastorno hipertensivo del embarazo. ¹⁷

- ❖ El estudio prenatal debe incluir:
 - 1) Frotis
 - 2) Serología
 - 3) HIV
 - 4) Antígeno de superficie de la hepatitis B
- ❖ Educar sobre el riesgo de consumo de cigarrillo, cafeína, drogas y alcohol.
- ❖ La asistencia incluye las mismas valoraciones de la gestante mayor de edad, con especial atención en crecimiento y desarrollo fetal, frecuencia cardíaca fetal y aparición de los movimientos fetales.
- ❖ Examen gineco-obstétrico: Se debe explicar y aclarar dudas a la adolescente .
- ❖ Es importante establecer una relación de confianza para ayudarlo a controlarse y que comprenda lo que está ocurriendo.
- ❖ Requiere observación estrecha durante el trabajo de parto y vigilancia continua del estado de salud fetal.

El Parto

Existen los siguientes tipos:

Parto Eutócico ¹⁷

Se denomina parto al proceso fisiológico que pone fin al embarazo determinando que el feto y sus anexos abandonen el útero y salgan al exterior. En el parto intervienen tres elementos o factores que son:

Las fuerzas del parto, que están constituidas por las contracciones uterinas las cuales están reforzadas por la presión abdominal.

El objeto del parto, que son el feto y los anexos fetales.

El conducto del parto, constituido por el camino que el feto debe recorrer desde el interior del útero hasta su salida de la madre.

Parto Distócico ¹⁷

Que se desvía de la normalidad. En ocasiones es sinónimo de parto patológico. Estos pueden ser:

Parto instrumental

Es aquel donde se culmina el proceso del parto mediante la aplicación del Fórceps Obstétrico. En la actualidad se han reducido mucho sus indicaciones ya que la cesárea se volvió un procedimiento más seguro que la aplicación de un fórceps difícil. En buenas manos y siguiendo las indicaciones precisas este instrumento es excelente y muy alejado de la mala reputación que le precede.

Cesárea

Extracción del feto a través de las incisiones realizadas en la pared abdominal y en el útero. Puede ser:

- ❖ Programada o electiva: Se queda en un día y una hora.
- ❖ Desproporción pelvifetal diagnosticada en el embarazo.
- ❖ Enfermedades maternas: cardiopatías, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, etc.

- ❖ Placenta previa (se ve por ecografía).
- ❖ Cesárea anterior: Cuando se han practicado 2 cesáreas anteriores (por el riesgo de ruptura uterina).
- ❖ Situación transversa del feto.

Después del parto se debe tener presente:

- Valorar la interacción madre e hijo: Educación en la crianza del niño y planificación familiar, una importante medida para reducir número de víctimas de la morbilidad y la mortalidad causados por los embarazos no planeados consiste en evitar el embarazo antes de los 18 años y reducir la incidencia del aborto clandestino.
- Se debe recomendar el uso de anticonceptivos en condiciones ideales, enfatizar en el uso de un método de manera uniforme y continua, las causas de morbilidad en la adolescencia revelan la complejidad de las necesidades de salud en esta etapa crucial del desarrollo.
- El que la joven se reintegre a la escuela o a un trabajo depende de la ayuda que reciba de la familia, de su pareja y del sector educativo. El postparto es una oportunidad para brindar educación sexual y el manejo del recién nacido; debe incluirse al padre en la información y comunicación.

APGAR

Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina

qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

El examen en raras ocasiones se puede hacer 10 minutos después del nacimiento.

La prueba de APGAR la realiza un médico, una enfermera obstétrica (comadrona) o una enfermera. El profesional de la salud examinará en el bebé:

- Esfuerzo respiratorio
- Frecuencia cardíaca
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0,1 ó 2 dependiendo del estado observado.

- Esfuerzo respiratorio:
 - Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
 - Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
 - Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.
- La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.
 - Si no hay latidos cardíacos, el puntaje *del bebé es 0* en frecuencia cardíaca.
 - Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
 - Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

- Tono muscular:
 - Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
 - Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
 - Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.
- Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo.
 - Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
 - Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
 - Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.
- Color de la piel:
 - Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
 - Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
 - Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

Este examen se hace para determinar si un recién nacido necesita ayuda con la respiración o está teniendo problemas cardíacos.

El índice de APGAR se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer.

Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos

azulados, lo cual es normal después del nacimiento.

Cualquier puntaje inferior a 7 es una señal de que el bebé necesita atención médica. Cuanto más bajo sea el puntaje, mayor ayuda necesitará el bebé para adaptarse por fuera del vientre materno.

Casi siempre un puntaje de Apgar bajo es causado por:

- Parto difícil
- Cesárea
- Líquido en la vía respiratoria del bebé

Si su hijo tiene un puntaje de Apgar bajo, puede recibir:

- Oxígeno y despeje de la vía respiratoria para ayudarle al bebé a respirar.
- Estimulación física para lograr que el corazón palpite a una tasa saludable.

La mayoría de las veces, un puntaje bajo al minuto 1 está cerca de lo normal hacia los 5 minutos.

Un puntaje de Apgar más bajo no significa que un niño tendrá un problema de salud serio o prolongado. Este puntaje no está diseñado para predecir la salud futura del niño.

Los puntajes por debajo de 5 indican que el bebé necesita asistencia inmediata para adaptarse a su nuevo ambiente. Sin embargo, un niño que tenga un puntaje bajo en el primer minuto y un puntaje normal a los cinco minutos no debería tener ningún tipo de problemas a largo plazo.

Edad gestacional

La edad gestacional se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización. De por sí, no constituye el comienzo del embarazo, un punto que se mantiene controversial, por lo que se han diseñado sistemas alternos de conteos para dar con el comienzo del embarazo. ¹⁷

Se considera un embarazo a término al cabo de 40 semanas (280 días), con un rango normal entre 38 y 42 semanas. Un feto nacido antes de las 37 semanas es considerado *prematuro* y se enfrenta a riesgos variados de morbilidad e incluso de mortalidad. ¹⁷

Bajo peso del recién nacido

Se define como recién nacidos de bajo peso aquellos que pesan menos de 2500 gr. independientemente de la edad gestacional en el momento del parto. En este grupo se incluyen la mayoría de los pretérminos y pequeños para la edad de gestación. ¹⁷

Desde hace más de 50 años la Organización Mundial de la Salud (OMS), dio el término de "recién nacido de bajo peso" para identificar a todo aquel neonato con peso menor a 2500 g. Después de 30 años la misma OMS señaló que: el bajo peso al nacer es, en todo el mundo y en todos los grupos de población, el factor más importante que determina las probabilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento y desarrollo sanos. Junto con la prematuridad, el bajo peso al nacer es el factor más importante asociado a mortalidad; por lo que ha quedado demostrada una relación inversamente proporcional entre el peso al nacimiento y la mortalidad neonatal. ¹⁷

Estos a su vez poseen una mortalidad 40 veces superior en relación al recién nacido de peso normal, y tienen 10 veces más posibilidades de presentar en el futuro una parálisis cerebral y 5 veces más de tener deficiencias a nivel del sistema nervioso. ¹⁷

El bajo peso al nacer se sabe que es de causa multifactorial, pues se debe tanto a problemas maternos como fetales, así como también ambientales. Su importancia no solo radica en lo que significa para la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que estos niños tienen habitualmente múltiples problemas posteriores en el período perinatal, en la niñez y aun en la edad adulta. Entre estos problemas se encuentra la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos y mentales que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar.

Morbilidad al nacimiento

Es el número de casos de una enfermedad que aparecen en los recién nacidos al nacimiento. La morbilidad neonatal es usual. En algunos casos la morbilidad es directa y resulta de lesiones producidas durante el parto como consecuencia de la macrostomia fetal. ¹⁷

Entre los más frecuentes podemos mencionar:

Infecciones respiratorias

Los problemas respiratorios constituyen una importante causa de mortalidad y morbilidad en el recién nacido. El cambio de la respiración intrauterina por la placenta a la extrauterina pulmonar le da una característica única a estos problemas que en gran medida se producen por una alteración de la adaptación cardiopulmonar.

Clasificación de los problemas respiratorios del recién nacido:

- ❖ Problemas respiratorios relacionados con la asfixia perinatal.
- ❖ Problemas respiratorios condicionados por la prematuridad y la reabsorción del líquido pulmonar.
- ❖ Problemas respiratorios condicionados por trastornos de la circulación pulmonar.
- ❖ Infecciones respiratorias del recién nacido: neumonía
- ❖ Problemas respiratorios crónicos: displasia broncopulmonar

Infecciones del recién nacido

Las infecciones del feto y el recién nacido son una causa importante de morbilidad, mortalidad y secuelas en el RN. Las características propias de la etapa fetal hacen que las infecciones que ocurren en este período tengan una patogenia especial y produzcan una infección con características clínicas únicas. Estas varían según el semestre del embarazo en que ocurren. En el período neonatal, las características propias de la inmunidad del RN le dan también una forma de presentación y evolución características.

Malformaciones congénitas

Enfermedad que surge desde el nacimiento y producida durante el período embrionario.

Ley de la multiplicidad: en el niño con una malformación se puede encontrar cualquier otra malformación asociada. La malformación se produce entre los 3-4 meses de gestación. A partir de aquí crece en tamaño.

Traumatismos Obstétricos en el recién nacido

Son lesiones que se producen durante el trabajo de parto.

Pueden ser entre otras:

- ❖ Fracturas de huesos, que pueden ser largos y de cráneos.
- ❖ Hemorragia intra cerebral, en producto de peso mayor a 2000g.
- ❖ Lesión del plexo braquial que puede ser central y periférica.
- ❖ Hematoma a órganos abdominales del feto.
- ❖ Asfixia y/o hipoxia neonatal atribuible al parto traumático.

Asfixia perinatal

La asfixia perinatal se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido (RN) por la falta de oxígeno o la falta de una perfusión tisular adecuada. Esta definición patogénica no es operativa en la clínica. En este terreno, la existencia de un episodio asfíctico perinatal ha sido tradicionalmente señalada por la presencia de una serie de indicadores clínicos, tales como: líquido amniótico teñido de meconio, alteraciones en el registro cardio toco gráfico fetal, acidosis fetal, bajas puntuaciones de Apgar y fracaso para iniciar respiraciones espontáneas tras el nacimiento.

2.3 TERMINOLOGÍA BÁSICA

- ✓ **La edad gestacional:** se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla.
- ✓ **Embarazo en la adolescencia:** aquella gestación que tiene lugar

durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquélla que ocurre en mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica

- ✓ **Apgar:** Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.
- ✓ **Parto:** Se denomina parto al proceso fisiológico que pone fin al embarazo determinando que el feto y sus anexos abandonen el útero y salgan al exterior.
- ✓ **Morbilidad al nacimiento:** Es el número de casos de una enfermedad que aparecen en los recién nacidos al nacimiento.
- ✓ **Infecciones respiratorias:** El cambio de la respiración intrauterina por la placenta a la extrauterina pulmonar le da una característica única a estos problemas que en gran medida se producen por una alteración de la adaptación cardiopulmonar.
- ✓ **Traumatismos obstétricos:** Son lesiones que se producen durante el trabajo de parto

2.4 HIPÓTESIS

Las repercusiones perinatales más frecuentes en el recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen son: bajo peso al nacer, pequeño para su edad gestacional y prematuridad.

2.5 VARIABLES

2.5.1 Variable de estudio

A. Variable de estudio

La variable de estudio son las características del recién nacido.

B. Dimensiones

-Edad de la madre

-Tipo de parto

- Edad gestacional
- Puntuación APGAR
- Peso del recién nacido
- Morbilidad al nacimiento

2.5.2 Operacionalización de variables

Tabla 1. Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
CARACTERIS- TICAS DEL RECIEN NACIDO	Son las características que presenta el recién nacido como el tipo de parto, edad gestacional, puntuación APGAR, peso del recién nacido y morbilidad al nacimiento. También se considera la edad de la madre.	Edad de la madre	Proporcional	<ul style="list-style-type: none"> • 10-13 años • 14-16 años • 17-19 años
		Tipo de parto	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Eutócico • Cesárea • Parto instrumental
		Edad Gestacional	Proporcional	<ul style="list-style-type: none"> • Pretermino < 33 semanas. • A termino > 37 semanas • Post-termino > 40 semanas
		Puntuación Apgar	Proporcional	<ul style="list-style-type: none"> • Severamente deprimido: 0-3 • Moderadamente deprimido: 4-6 • Normal: 7-10
		Peso del recién nacido	Proporcional	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo \leq 1100 gr. • Bajo >1100 gr- <2500 gr. • Normal \geq 2500 gr.
		Morbilidad al nacimiento	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Infección respiratoria • Infección conjuntival • Asfixia perinatal • Malformación congénita • Muerte fetal

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo retrospectivo, analítico y descriptivo.

3.1.2 Nivel de Investigación

Descriptivo.

3.2 POBLACIÓN

Recién nacidos de madres adolescentes del servicio de Neonatología del Hospital El Carmen de los meses abril, mayo, Junio del 2013 que en total son 113 recién nacidos.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada para la presente investigación fue la documentación.

3.3.2 Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una ficha documental que se presenta en el anexo 2. La cual permite extraer las características más importantes de los recién nacidos como: Edad de la madre, Tipo de

parto, Edad Gestacional, Puntuación Apgar, Peso del recién nacido y Morbilidad al nacimiento.

3.4 PROCEDIMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el procedimiento de datos se elaboró la Matriz Tripartita de Datos en el software SPSS 22.0 con la cual se analizará mediante la estadística descriptiva (tablas de frecuencia, gráficos de tortas y barras) e inferencial.

Para la presentación de resultados se utilizará el software Excel 2013.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Se pidió autorización al Hospital El Carmen para poder recolectar información. Comprometiéndose a no exponer los datos para lo cual se asignó un código por paciente manteniendo así en total reserva la identidad de las pacientes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Determinación según la Edad de la Madre

Tabla 2. Porcentajes según la Edad de la Madre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adolescencia temprana	2	1.8	1.8
Adolescencia media	27	23.9	25.7
Adolescencia tardía	84	74.3	100.0
Total	113	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 y gráfico 1 se observa que en el hospital durante el período de estudio se presentaron 84 (74.3%) madres gestantes en Edad de Adolescencia Tardía, siendo las madres en su mayoría entre los 17 a 19 años. Además se presenta 27 (23.9%) madres gestantes en Edad Adolescencia Media (14 a 16 años) y la menor cantidad de 2 (1.8%) madres gestantes en Edad Adolescencia Temprana (10 a 13 años).

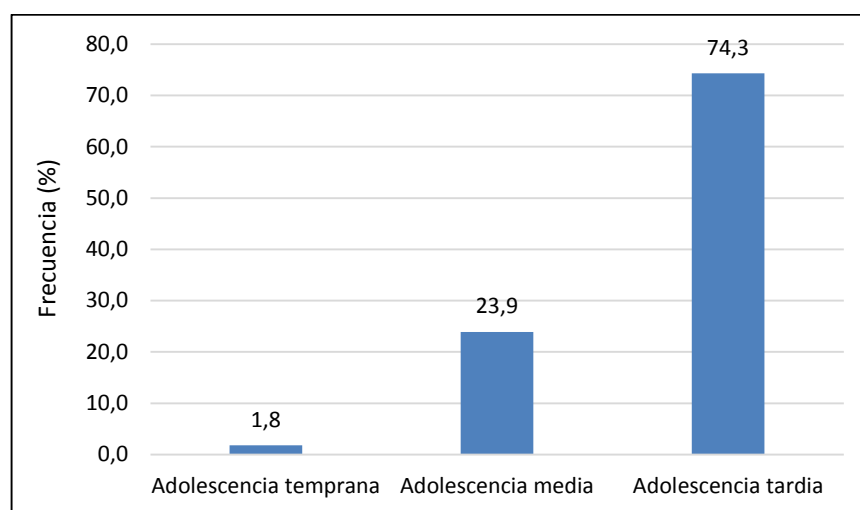


Gráfico 1. Porcentajes según la Edad de la Madre
Fuente: Elaboración propia.

4.1.2 Determinación según la Procedencia

Tabla 3. Porcentajes según la Procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Huancayo	30	26.5	26.5
Chilca	24	21.2	47.8
Tambo	20	17.7	65.5
Cajas	7	6.2	71.7
Huancan	3	2.7	74.3
Sicaya	3	2.7	77.0
Chupaca	3	2.7	79.6
Huayucachi	3	2.7	82.3
Orcotuna	3	2.7	85.0
Sapallanga	2	1.8	86.7
Quilcas	2	1.8	88.5
Otros	13	11.5	100.0
Total	113	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3 y gráfico 2 se observa que en el hospital durante el período de estudio se presentaron el 26.5% madres gestantes de procedencia de Huancayo, el 21.1% de procedencia de Chilca y el 17.7% de procedencia de El Tambo siendo las de mayor proporción, y sólo el 11.5% madres gestantes de diversas procedencias.

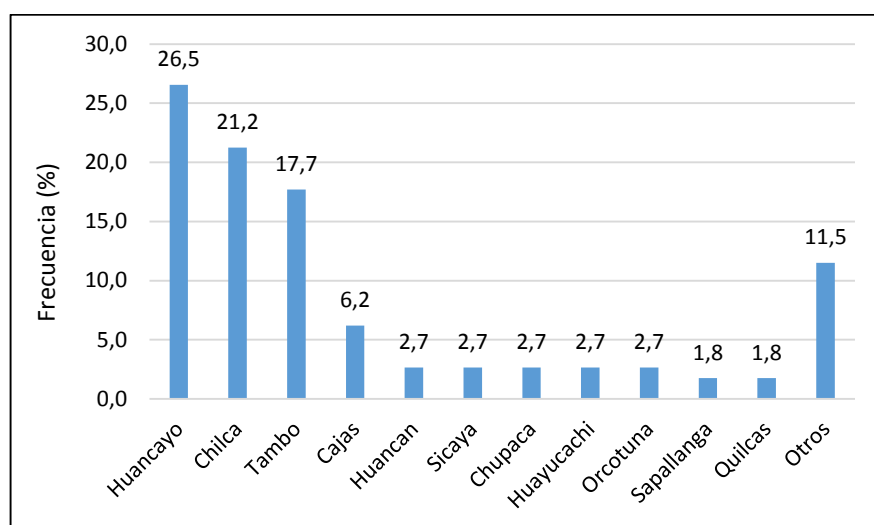


Gráfico 2. Porcentajes según la Procedencia
Fuente: Elaboración propia.

4.1.3 Determinación según el Tipo de Parto

Tabla 4. Porcentajes según el Tipo de Parto

			Edad de la madre			Total
			Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía	
Tipo de parto	Vaginal	Recuento	1	21	66	88
		% del total	0.9%	18.6%	58.4%	77.9%
Cesárea	Cesárea	Recuento	1	6	18	25
		% del total	0.9%	5.3%	15.9%	22.1%
Total		Recuento	2	27	84	113
		% del total	1.8%	23.9%	74.3%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 y gráfico 3 se observa que en el hospital durante el período de estudio se presentó en relación al tipo de parto; el número de partos por Vaginal en madres adolescentes fue 88 (77.9%) del total, siendo 1 (0.9%) en Adolescencia temprana, 21 (18.6%) en Adolescencia media y 66 (58.4%) en Adolescencia tardía.

El número de partos por Cesáreas en madres adolescentes fue 25 (22.1%) del total, siendo 1 (0.9%) en Adolescencia temprana, 6 (5.3%) en Adolescencia media y 18 (15.9%) en Adolescencia tardía.

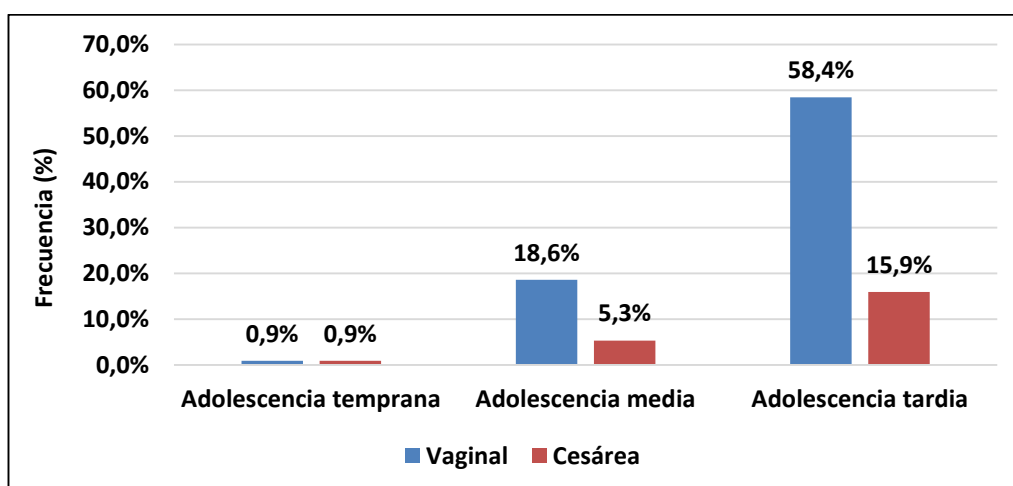


Gráfico 3. Porcentajes según el Tipo de Parto

Fuente: Elaboración propia.

4.1.4 Determinación según el Peso del Recién Nacido

Tabla 5. Porcentajes según el Peso del Recién Nacido

			Edad de la madre			Total
			Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía	
Peso del recién nacido	Bajo	Recuento	0	0	1	1
		% del total	0.0%	0.0%	0.9%	0.9%
	Normal	Recuento	2	27	83	112
		% del total	1.8%	23.9%	73.5%	99.1%
Total		Recuento	2	27	84	113
		% del total	1.8%	23.9%	74.3%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5 y gráfico 4 se observa que en el hospital durante el período de estudio se presentó en relación con el peso del recién nacido, el número de recién nacidos con peso Normal (≥ 2500 gr) en madres adolescentes fue 112 (99.1%) del total, siendo 2 (1.8%) en Adolescencia temprana, 27 (23.9%) en Adolescencia media y 83 (73.5%) en Adolescencia tardía.

El número de recién nacidos con peso Bajo (>1100 gr- <2500 gr) en madres adolescentes fue 1 (0.9%) del total, siendo solo 1 (0.9%) en Adolescencia tardía.

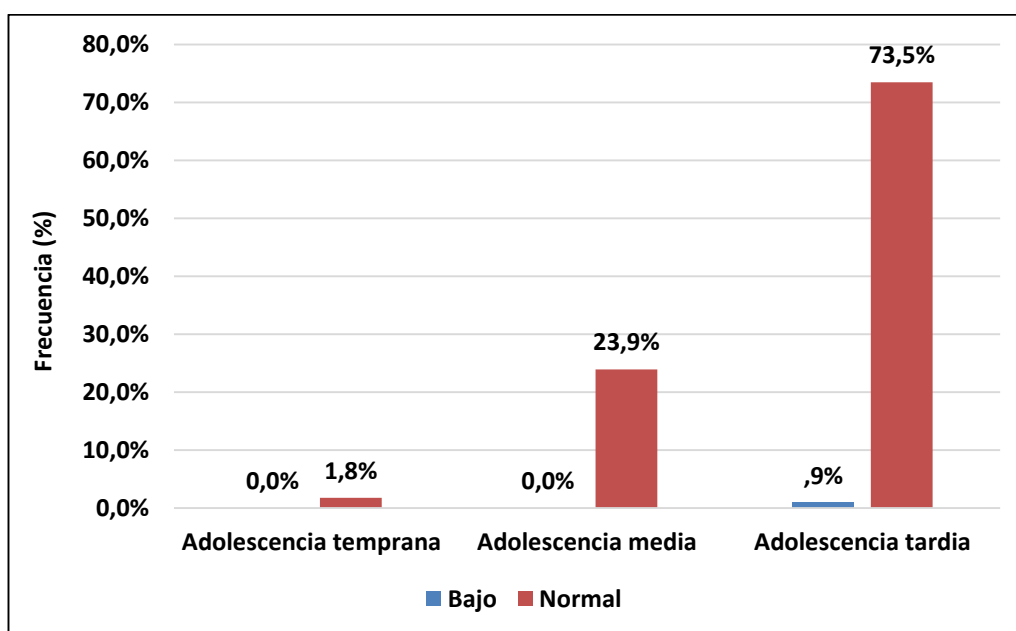


Gráfico 4. Porcentajes según la el Peso del Recién Nacido
Fuente: Elaboración propia.

4.1.5 Determinación según la Edad Gestacional

Tabla 6. Porcentajes según la Edad Gestacional

			Edad de la madre			Total
			Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía	
Edad gestacional del recién nacido	Pre termino	Recuento	0	0	2	2
		% del total	0.0%	0.0%	1.8%	1.8%
	A termino	Recuento	2	26	79	107
		% del total	1.8%	23.0%	69.9%	94.7%
	Post termino	Recuento	0	1	3	4
		% del total	0.0%	0.9%	2.7%	3.5%
Total		Recuento	2	27	84	113
		% del total	1.8%	23.9%	74.3%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 6 y gráfico 5 se observa que en el hospital durante el período de estudio se presentó en relación con la edad gestacional del recién nacido, el número de recién nacidos con edad gestacional Pre-termino (< 33 semanas) en madres adolescentes fue 2 (1.8%) del total, siendo solo 2 (1.8%) en Adolescencia tardía.

El número de recién nacidos con edad gestacional A termino (> 37 semanas) en madres adolescentes fue 107 (94.7%) del total, siendo

2 (1.8%) en Adolescencia temprana, 26 (23%) en Adolescencia media y 79 (69.9%) en Adolescencia tardía.

El número de recién nacidos con edad gestacional Post-termino (> 40 semanas) en madres adolescentes fue 4 (3.5%) del total, siendo 1 (0.9%) en Adolescencia media y 3 (2.7%) en Adolescencia tardía.

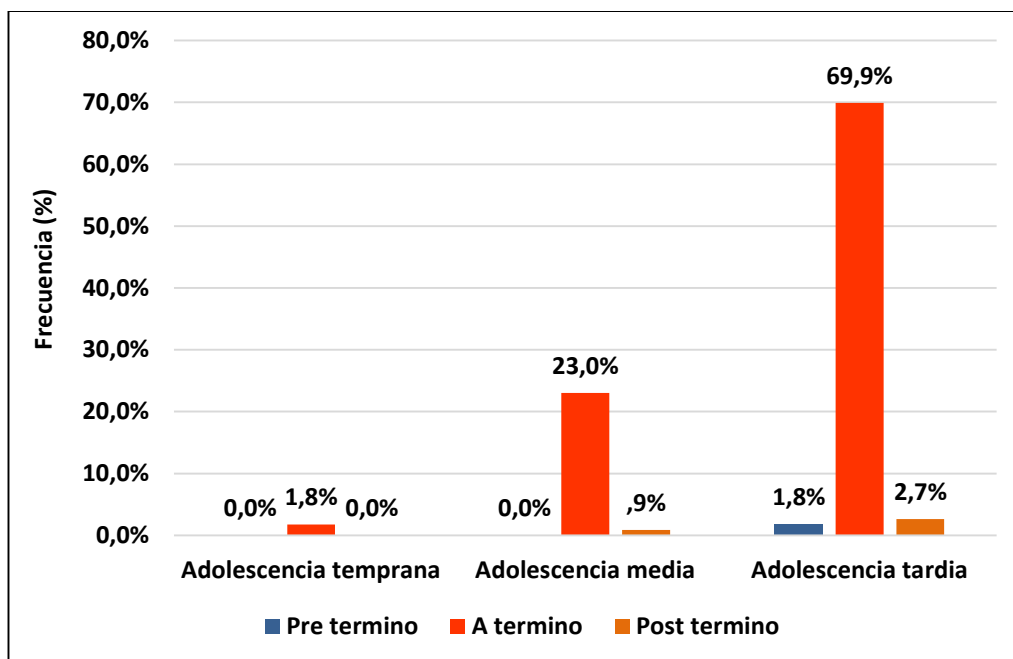


Gráfico 5. Porcentajes según la Edad Gestacional
Fuente: Elaboración propia.

4.1.6 Determinación según la Puntuación APGAR

Tabla 7. Porcentajes según la Puntuación APGAR

			Edad de la madre			Total
			Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía	
Puntuación APGAR	Normal	Recuento	2	27	84	113
		% del total	1.8%	23.9%	74.3%	100.0%
Total		Recuento	2	27	84	113
		% del total	1.8%	23.9%	74.3%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 7 y gráfico 6 se observa que en el hospital durante el período de estudio se presentó en relación con la Puntuación APGAR (al minuto 5), el número de recién nacidos con Puntuación

APGAR Normal (7-10) en madres adolescentes fue 113 (100%) del total, siendo 2 (1.8%) en Adolescencia temprana, 27 (23.9%) en Adolescencia media y 84 (74.3%) en Adolescencia tardía.

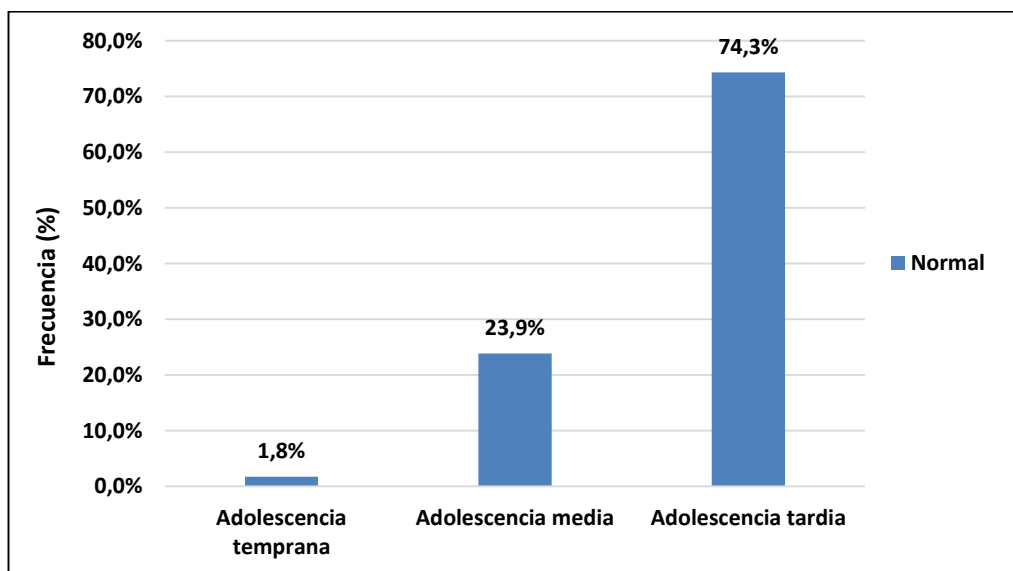


Gráfico 6. Porcentajes según la Puntuación APGAR
Fuente: Elaboración propia.

4.1.7 Determinación según la Morbilidad al Nacimiento

Tabla 8. Porcentajes según la morbilidad al nacimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Infección respiratoria	5	4.0	4.0
Ninguno	108	96.0	100.0
Total	113	100.0	

En la tabla 8 y gráfico 7 se observa que en el hospital durante el período de estudio se presentaron 5 (4%) de los recién nacidos con infección respiratoria y 108 (96%) con ninguna morbilidad al momento de nacer.

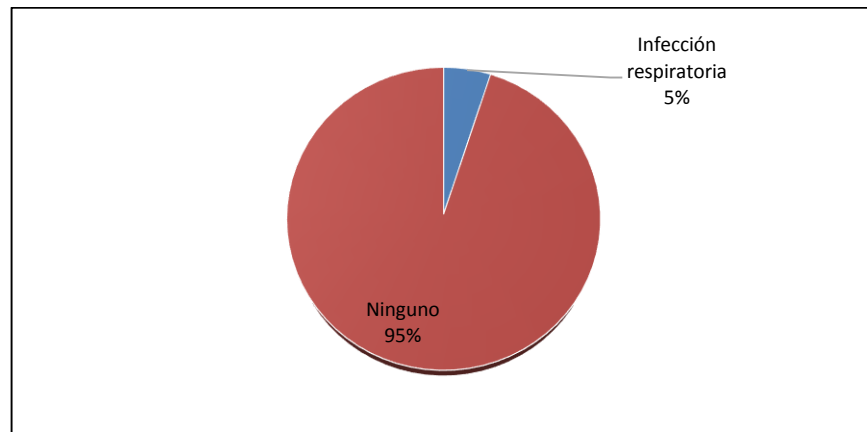


Gráfico 7. Porcentajes según la morbilidad al nacimiento
Fuente: Elaboración propia

4.2 DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquélla que ocurre en mujeres desde la menarquía hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica ¹⁷. Es así que el estudio tiene por objetivo determinar las características del recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen de Huancayo durante el periodo abril a junio del 2013. En el estudio, se encontró que el 74.3% fueron madres gestantes en Edad de Adolescencia Tardía, 23.9% madres gestantes en adolescencia media y 1.8% de madres gestantes en adolescencia temprana. En cuanto al el tipo de parto en el nacimiento del recién nacido de madres adolescentes se encontró que el 77.9% fue de tipo vaginal mientras que el 22.1% fue por cesárea. En cuanto a la edad gestacional al nacimiento del recién nacido de madres adolescentes el 1.8% fue al pre termino, el 94.7% fue a termino y el 3.5% fue al post termino. Con lo cual se niega la hipótesis ya que no presentaron la mayoría de los recién nacidos de madres adolescentes prematuridad al nacer. En cuanto a la puntuación APGAR al 1 y 5 minutos después del nacimiento en el recién nacido el 100% presentaron una puntuación APGAR normal. En cuanto al peso del recién nacido de madres adolescentes el 0.9% tuvieron un bajo peso y el 99.1% presentaron un peso

normal. Con lo cual se niega la hipótesis ya que no presentaron la mayoría de los recién nacidos de madres adolescentes bajo peso al nacer. Finalmente en cuanto a la morbilidad más frecuente en el nacimiento del recién nacido de madres adolescentes fue que el 4% de los recién nacidos tuvieron infección respiratoria y 96% con ninguna morbilidad al momento de nacer.

En la investigación de Francisco en 2015 se encontró que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pretérmino, neonatos con bajo-muy bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes ⁸. Las principales complicaciones perinatales que obtuvo Gamarra en 2013 fue que en el periodo de tiempo establecido son recién nacidos con bajo peso siendo estos 119 (30%) del total de la muestra, considerándose a estos todos aquellos que pesaron menos de 2500 gramos, sospecha de sepsis neonatal precoz 62(47,3%), ictericia patológica 41 (31,2%), depresión moderada 24 (6 %), depresión severa 16 (4 %) ⁹. Anicama en 2012 llegó a la conclusión que las patologías que se encontraron con más frecuencia tanto para Recién Nacidos de Madres Adolescentes como para Recién Nacidos de Madres No Adolescentes son las mismas, en los Recién Nacidos de Madres Adolescentes se encuentran con más frecuencia. ¹⁰ Castaño y col. en el 2011 encontraron que las maternas menores de 18 años presentaron productos con menor talla y perímetro cefálico, sin encontrarse relación con problemas posteriores. ¹¹ Sánchez en 2004 encontró una mayor predominancia de pequeños para edad gestacional y bajo peso al nacer en los neonatos de madres adolescentes en comparación con los recién nacidos de mujeres adultas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El 74.3% fueron madres gestantes en Edad de Adolescencia Tardía, 23.9% madres gestantes en adolescencia media y 1.8% de madres gestantes en adolescencia temprana.
- En cuanto al el tipo de parto en el nacimiento del recién nacido de madres adolescentes se encontró que el 77.9% fue de tipo vaginal mientras que el 22.1% fue por cesárea.
- La edad gestacional al nacimiento del recién nacido de madres adolescentes se presentó de la siguiente manera: el 1.8% fue al pre termino, el 94.7% fue a termino y el 3.5% fue al post termino. La mayoría de los recién nacidos de madres adolescentes no presentaron prematuridad al nacer.
- El 100 % de los recién nacidos tuvieron una puntuación APGAR normal al 1 y 5 minuto después del nacimiento.
- En cuanto al peso del recién nacido de madres adolescentes el 0.9% tuvieron un bajo peso y el 99.1% presentaron un peso normal. Con lo cual la mayoría de los recién nacidos de madres adolescentes no presentaron bajo peso al nacer.
- La morbilidad más frecuente en el nacimiento del recién nacido de

madres adolescentes fue que el 4% de los recién nacidos tuvieron infección respiratoria y 96% con ninguna morbilidad al momento de nacer.

5.2. RECOMENDACIONES

- Existen una serie de factores maternos que contribuyen a las repercusiones neonatales de madres adolescentes, entre los que destacan el estado nutricional, ganancia de peso en el embarazo, patologías maternas entre otras. Estas deben ser tomadas en cuenta en próximas investigaciones para obtener una mejor precisión del resultado neonatal.
- Se ha descrito el binomio madre adolescente - hijo como un problema social, económico y de salud pública. Por tal se debería promover Programas multidisciplinares para la atención adolescente embarazada e hijo enfocados a la prevención/promoción de la salud y la construcción de redes de contención familiar y social.

REFERENCIAS

1. Peláez Mendoza J. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. Cap I. p 3, vol. 14. La Habana: Técnica. ; 2003.
2. Carreón Vásquez J, Mendoza Sánchez H, Pérez Hernández C, Gil Alfaro I, Soler Huerta E, González Solís R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos de Medicina Familiar. 2004; 6(70-73).
3. ENDES. Salud pública en el embarazo de las adolescentes en el Perú; 2006.
4. Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. 139th ed. México; 2003.
5. Cervantes Bergazo R. Aspectos biológicos del embarazo precoz Lima: UNICEF/Consortio mujer; 1993.
6. López Nodarse M, Flores Madan L, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia: resultados I Parte; 1996.
7. INEI. Características sociodemográficas de los Nacimientos en el Perú. Perú; 2000.
8. Francisco Barboza. Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, octubre - diciembre 2014. Lima - Perú;; 2015.
9. Gamarra Valdivieso. Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el hospital nacional hipólito unanue en el

periodo 2011 - 2012. Lima - Perú;; 2013.

10. Anicama Melo. Estudio de las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes en el año 2011 en eL HNAL. Lima - Perú;; 2012.
11. Castaño Castrillón J, Esquivel Romero , Ocampo Osorio , Páez Cala , Rico Echeverry M, Santacoloma Cardona V, et al. Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el departamento de Caldas (Colombia) de la Universidad de Manizales Colombia. Archivos de Medicina. Volumen 11 N° 1. 2011;; p. 23 - 38.
12. Caltabiano Magalhães dL, Vasconcelos Valente2 , Moreira do Vale Mota , Pinheirode Menezes Barreto , Delgado Perdigão , Vieira da Nóbrega. Recién Nacidos de Madres Adolescentes Precoces y Tardias: ¿Hay alguna diferencia? Revista de la sociedad chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia, Vol. 16 Núm. 2. 2009;; p. 37-49.
13. Escobar. Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos. Santiago - Chile;; 2008.
14. Briceño. Factores maternos condicionantes del bajo peso al nacer, servicio de pediatría. Hospital docente asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero” San Félix – estado Bolívar, segundo semestre 2006. Guayana - Venezuela;; 2007.
15. Soledad Lezcano A, Vallejos Arce. Característicaas del recién nacido en madres adolescentes, del Hospital “J. R. Vidal” División Maternidad, Sector Obstetricia. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra

de Medicina - N° 149. 2005;; p. 6 - 8.

16. Sánchez Campos M. Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital San Bartolomé 2002 - 2003. Lima - Perú;; 2004.
17. Enrique Hoyos P, Cifuentes B. Algoritmos de Cifuentes en Ginecología y Obstetricia Colombia: Distribuna Editorial; 2011.

ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de consistencia

Título: "CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DE HUANCAYO PERIODO ABRIL – JUNIO 2013"

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>¿Cuáles son las características del recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen Huancayo durante el periodo de abril – junio 2013?</p>	<p>General</p> <p>Determinar las características del recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen de Huancayo durante el periodo abril a junio del 2013.</p> <p>Específicos</p> <p>A. Determinar el tipo de parto en el nacimiento del recién nacido de madres adolescentes.</p> <p>B. Determinar la edad gestacional al nacimiento del recién nacido de madres adolescentes.</p> <p>C. Determinar la puntuación APGAR al 1 y 5 minutos después del nacimiento en el recién nacido.</p> <p>D. Determinar si el bajo peso al nacer es una característica del recién nacido de madres adolescentes.</p> <p>E. Determinar la morbilidad más frecuente en el nacimiento del recién nacido de madres adolescentes</p>	<p>Las repercusiones perinatales más frecuentes en el recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital El Carmen son: bajo peso al nacer, pequeño para su edad gestacional y prematuridad.</p>	<p>Tipo:</p> <p>Retrospectivo, analítico y descriptivo.</p> <p>Nivel:</p> <p>Descriptivo.</p> <p>Población:</p> <p>113 recién nacidos de madres adolescentes del servicio de Neonatología del Hospital El Carmen de los meses abril, mayo. Junio del 2013.</p> <p>Técnica:</p> <p>Documentación</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha documental</p>

Anexo N° 02: Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°....

Nombre y apellido: ...

Estado civil:...

- | | |
|---|--|
| <p>1. Edad de la madre</p> <ul style="list-style-type: none">a. Adolescencia temprana 10-13 añosb. Adolescencia media 14-16 añosc. Adolescencia tardía 17 a 19 años | <p>2. Tipo de parto</p> <ul style="list-style-type: none">a. Eutócicob. Cesáreac. Parto instrumental |
| <p>3. Peso al nacer del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none">a. Muy bajo (≤ 1100 gr.)b. Bajo (>1100 gr- <2500 gr.)c. Normal (≥ 2500 gr.) | <p>4. Edad gestacional</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pretermino (menor de 33 semanas)b. A termino (mayor de 37 semanas)c. Post termino (mayor de 40 semanas) |
| <p>5. Puntuación APGAR</p> <p>1 minuto _____</p> <p>5 minuto _____</p> | <p>6. Morbilidad del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none">a. Infección respiratoriab. Infección conjuntivalc. Asfixia perinatald. Malformación congénitae. Muerte fetal |