

**“COMPLICACIONES PERINATALES Y VÍAS DE PARTO EN
RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL
HOSPITAL DE CONTINGENCIA MINSA II-2 TARAPOTO
DURANTE EL PERIODO JULIO NOVIEMBRE 2015”**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA – TARAPOTO

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



INFORME FINAL DE TESIS:

**“COMPLICACIONES PERINATALES Y VÍAS DE PARTO EN
RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL
HOSPITAL DE CONTINGENCIA MINSA II-2 TARAPOTO
DURANTE EL PERIODO JULIO NOVIEMBRE 2015”**

PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

TESISTA:

MARISOL TOCTO LLACSAHUANGA

ASESOR:

MED. PED. RAÚL PABLO ALEGRE GARAYAR


TARAPOTO - PERÚ

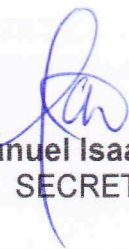
2017


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA – TARAPOTO
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA


“COMPLICACIONES PERINATALES Y VÍAS DE PARTO EN
RECIÉN NACIDOS DE MADRE ADOLESCENTES EN EL
HOSPITAL DE CONTINGENCIA MINSA II-2 TARAPOTO
DURANTE EL PERIODO JULIO NOVIEMBRE 2015”

COMITÉ DE TESIS:


Dra. Alicia Bartra Reátegui
PRESIDENTE


Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga
SECRETARIO


Med. Ped. Teobaldo López Chumbe
MIEMBRO


Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar
ASESOR

TARAPOTO - PERÚ
2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: TOCTO LLACSAHUANGA MARISOL DNI: 46617947	
Domicilio: Jr. Los Rosales N° 503 – Tarapoto	
Teléfono: 952625802	Correo Electrónico: candsun13@gmail.com

2. DATOS ACADÉMICOS

Facultad	: MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	: MEDICINA HUMANA

3. DATOS DE LA TESIS

Título: “COMPLICACIONES PERINATALES Y VÍAS DE PARTO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA MINSA II-2 TARAPOTO DURANTE EL PERIODO JULIO NOVIEMBRE 2015”
Año de Publicación: 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM-T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional, su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

MARISOL TOCTO LLACSAHUANGA

DNI 46617947

Fecha de recepción: ____/____/____

DEDICATORIA

A mi madre María Elena Llacsahuanga Quinde imagen de abnegación y sacrificio, a mi padre Hipólito Tocto Cunaique ejemplo de trabajo y ahínco, a mis hermanos Nohemy, Leiver, Llimy y Nancy todos ustedes siempre fueron inspiración para mis deseos de superación.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque me presta la vida y salud para poder cumplir mis objetivos. Gracias a mi familia por el respaldo afectivo, espiritual y material que constantemente brindan hacia mi persona. Además quiero pagar una deuda de agradecimiento a mi Universidad Nacional de San Martín y a la Oficina de Investigación y Desarrollo, por el apoyo financiero brindado, creo que es una gran iniciativa de su parte. Agradezco a mi asesor el Dr. Pablo Alegre Garayar por su apoyo en la revisión de mi proyecto. Gracias a todas las personas que pusieron un granito de arena para poder llegar a la culminación de este proyecto.

NDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	12
II.	MATERIALES Y METODOS.....	19
2.1	Tipo de investigación	19
2.2	Nivel de investigación	19
2.3	Diseño de investigación.....	19
2.4	Cobertura de investigación.....	20
2.4.1	Población	20
2.4.2	Muestra	21
2.4.3	Muestreo	21
2.5	Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación	21
2.6	Procesamiento de datos.....	22
2.7	Análisis e interpretación de datos	22
III.	RESULTADOS.....	24
IV.	DISCUSIÓN	44
V.	CONCLUSIONES.....	55
VI.	RECOMENDACIONES.....	56
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
VIII.	ANEXOS.....	65
8.1	ANEXO N°1	65

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de las Salud

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

MINSA: Ministerio de Salud

SDR: Síndrome de Distrés Respiratorio

ROP: Retinopatía del Prematuro

BPN: Bajo Peso al Nacer

EMH: Enfermedad de Membrana Hialina

HTT: Hemorragia del Tercer Trimestre

RPM: Ruptura Prematura de Membranas

SFA: Sufrimiento Fetal Agudo

DCP: Desproporción Céfalo Pélvica

ITS: Infección de Transmisión Sexual

TPP: Trabajo de Parto Pretérmino

RN: Recién nacido

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: APGAR al minuto y a los 5 minutos de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	26
Tabla 2: Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes; en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	30
Tabla 3: Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes, según periodo de las adolescentes; en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	34
Tabla 4: Indicación de cesárea en gestantes adolescentes, según periodo de adolescencia, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Partos de madres adolescentes con respecto al total, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	24
Gráfico 2: Distribución de partos de las madres Adolescentes, según periodo de adolescencia. Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	25
Gráfico 3: Peso de recién nacidos de madres adolescentes, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	27
Gráfico 4: Edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	28
Gráfico 5: Total de recién nacidos según complicaciones perinatales, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	29
Gráfico 6: Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes; en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	32
Gráfico 7: Distribución de las complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes, según periodos de la adolescencia, en el Hospital II-2 Tarapoto, Periodo Julio - Noviembre 2015.	37

Gráfico 8: Condición de alta de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	38
Gráfico 9: N° de Controles Pre Natales de las gestantes adolescentes cuyo parto fue atendido en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	39
Gráfico 10: Tipo de parto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	40
Gráfico 11: Tipo de parto en gestantes adolescentes, según periodos de adolescencia, atendidas en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.	

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer las complicaciones perinatales y vías de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio básico, observacional, prospectivo, transversal, descriptiva, de 177 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Minsa II-2 Tarapoto en el periodo julio - noviembre 2015, se evaluó la vía de parto y las complicaciones perinatales.

Las adolescentes se clasificaron en tempranas (10 - 14 años) y tardías (15-19 años).

RESULTADOS: El 40,1% de partos en el periodo de estudio correspondieron a recién nacidos de madres adolescentes. Hubo un total de 177 partos en adolescentes, 10,7% de ellas pertenecientes a la adolescencia temprana. El bajo peso al nacer fue la complicación perinatal más frecuente con 15,3%, seguido de prematuridad con 14,1% y SDR con 11,3%, 9,6% cursaron con sepsis neonatal, 7,3% con hipoglicemia, y depresión al nacer se presentó en 6,2%. El parto vía cesárea ocurrió en el 52,5% de recién nacidos, la principal indicación de cesárea fue estrechez pélvica.

CONCLUSIÓN: Las principales complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto fueron, bajo peso al nacer, prematuridad, SDR. La principal vía de parto fue cesárea.

Palabra claves: Embarazo adolescente, Complicaciones perinatal, Bajo peso al nacer, Recién nacido, Ictericia neonatal, cesárea.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Learn about the perinatal complications and birth pathways in newborns of early and late adolescent mothers.

MATERIALS AND METHODS: A basic, observational, prospective, cross-sectional, descriptive study of 177 pregnant adolescents assisted at the Minsa II-2 Tarapoto Hospital during the period of July-November 2015, it has been evaluated the way of birth and perinatal complications.

Adolescents were classified as early (10-14 years old) and late (15-19 years old).

RESULTS: The 40.1% of births in the study period were from newborns of adolescent mothers. There was a total of 177 births in adolescents, 10.7% of them, belonging to early adolescence. Low birth weight was the most frequent perinatal complication with 15.3% of newborns, followed by prematurity with 13% and SDR with 11.3%, 9.6% had neonatal sepsis, 7.3% with hypoglycemia, and depression at birth was present in 6.2%. Cesarean delivery occurred in 52.5% of newborns, the main indication for cesarean section was pelvic stricture.

CONCLUSION: The main perinatal complications in births in adolescent in the MINSA II-2 Tarapoto Hospital were, low birth weight, prematurity, RDS. The main pathways of delivery was cesarean.

Key words: Adolescent pregnancy, Perinatal complications, Low birth weight, Newborn, Neonatal jaundice, Caesarean section.

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un ser humano, desde la infancia, es tan fugaz y sorprendente, que según Mora “atraviesa las diferentes fases sin mostrar una naturaleza fija”.^{1, 2} Se puede distinguir dos periodos importantes: la adolescencia temprana y la adolescencia tardía. La adolescencia temprana se refiere básicamente al aspecto fisiológico, por la transformación “físico-sexual” del individuo y que se define por la aptitud para la procreación. La adolescencia tardía se centra en la aparición de procesos afectivos que determinan cambios en su personalidad. La adolescencia es una “época” que abarca 10 años y constituye los cambios que te llevan hacia una vida adulta, en el caso de la mujer, implica la asignación sociocultural de los papeles de esposa y madre.³

El desarrollo adolescente se caracteriza como un período de transición en el que los jóvenes experimentan una serie de cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que afectan su vida adulta. Estos cambios están influenciados no solo por el género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive. No obstante también están las variables que inciden en el desarrollo de la adolescencia: variables socioculturales, geográficas, climáticas, ambientales, de procesos de inteligencia, entre otras.⁴ Las profundas transformaciones que matizan este tránsito de la niñez a la adultez, cursan con características diferentes dependiendo de la edad. En la adolescencia temprana, aparecen los caracteres sexuales secundarios y las

fantasías sexuales.³ La adolescencia tardía, se caracteriza por ser una etapa donde aumenta la experimentación sexual que, comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de reproducirse sexualmente.^{5, 6} Esto no quiere decir que la niña esté preparada para ser madre. Siguiendo el concepto de salud sexual adolescente, es crucial entender los procesos del ciclo de la vida en el desarrollo sexual de los adolescentes y su influencia en la conducta juvenil.⁷

El problema se origina debido a que la sexualidad de las adolescentes está caracterizada por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su vida sexual⁸. Esta realidad se acentúa ante la llamada "revolución sexual" originada hace un par de décadas, lo cual pone en evidencia un inicio precoz de las relaciones sexuales en menores de 14 años, realidad que se ve reflejada en el aumento de embarazo adolescente. El estudio de poblaciones adolescentes ha demostrado que las relaciones sexuales comienzan como promedio a los 12 y 13⁹ años para el sexo masculino y femenino respectivamente teniendo el sexo masculino edades medias de inicio menores que su contraparte. Es frecuente que los adolescentes sean ignorantes respecto a los riesgos y el daño que pueden significar las relaciones sexuales desordenadas, que entre otros, puede ser el embarazo.

El embarazo adolescente se consolida como un problema social aproximadamente a fines del siglo XX, aunque si bien es cierto desde 1990 se ha registrado un descenso irregular pero considerable, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, todavía un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen entre adolescentes de 15 a 19 años. El 95% de estos nacimientos ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

¹⁰

En la actualidad a nivel mundial, hay por lo menos 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años, de los cuales 1 millón de 15 años dan a luz cada año, mayormente en países en vías de desarrollo. ¹⁰ Además, 200 de 20 000 partos de adolescentes, mueren a causa de complicaciones del embarazo o durante el parto. ¹¹

En el Perú el embarazo adolescente se ha incrementado considerablemente en los últimos cinco años, sin considerar las adolescentes precoces, solamente del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 14,6% está embarazada o estuvo alguna vez. Al igual que a nivel mundial el factor socioeconómico juega un papel muy importante, los estudios en el Perú nos dicen que; del total de embarazadas de 15 a 19 años, 20% pertenecen a la zona rural y 11% a la zona urbana⁹. Es decir las adolescentes de los hogares más pobres tienen más riesgo de quedar embarazadas o dar a luz que las de hogares más ricos, esto lo confirma el Boletín informativo de la Population Reference Bureau (PRB) quienes informan el 2014 que en el Perú el 35% de embarazos adolescentes (incluye adolescentes precoces y tardías)

pertenecen a los hogares pobres y 6% pertenecen a los hogares ricos, la tasa de maternidad precoz es casi seis veces mayor entre las adolescentes de hogares pobres que entre las de los hogares ricos. ¹² Esto quiere decir que el embarazo adolescente es un problema de base socioeconómica que tiene repercusiones en el ámbito de salud. Actualmente en San Martín hay cerca de 80 mil adolescentes y cuenta con un porcentaje de Madres adolescentes de 22.6%, es el segundo departamento después de Loreto con mayor porcentaje de embarazo adolescente en el Perú. ⁹

El embarazo adolescente tiene tanta repercusión en el desarrollo socioeconómico de los países, que influye directamente en indicadores epidemiológicos tales como la morbilidad materna, perinatal, infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con pobre educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz. ¹

La procreación prematura también representa uno de los problemas más importantes de salud pública, pues aumenta el riesgo de enfermedad y muerte tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años.

Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé.¹³ La fecundidad presenta aún mayores riesgos asociados, tanto para la madre adolescente como para su hijo especialmente cuando un embarazo irrumpe en circunstancias adversas como son: las carencias nutricionales y las enfermedades, o en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo cuando se ha presentado como un evento no planificado o producto no deseado de una débil relación de pareja.¹⁴ Las consecuencias negativas a largo plazo del embarazo en la adolescente pueden resumirse en tres grandes rubros, las que repercuten en la salud y el crecimiento del niño, y las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente^{15, 16} y en la sociedad que frena su desarrollo.

El embarazo a cualquier edad, es un proceso biopsicosocial de suma importancia con repercusión tanto en el presente como en el futuro de la madre, el niño, y la sociedad. Pero dicha repercusión multiplica su importancia cuando el embarazo se da durante la adolescencia, debido a que las madres en estas edades no han completado el crecimiento y desarrollo de los órganos del aparato reproductor, las gestantes adolescentes son susceptibles de complicaciones durante la gestación.⁵ Es decir la maternidad en las adolescentes significa riesgo para la salud de ellas y de sus hijos, desde que comienza, pues la mayoría de las veces son embarazos no planificados y/o no deseados.⁸ La mayoría de trabajos publicados que hablan sobre la repercusión que genera el embarazo adolescente, coinciden en que la maternidad precoz genera consecuencias graves tanto para la salud y el

desarrollo de las jóvenes como para el producto de la concepción.⁸ Y el riesgo de discapacidad y muerte es mayor para los recién nacidos de las mismas.” Siendo además los más afectados los países en desarrollo como el Perú donde “Por lo menos 14% de las niñas dan a luz todos los años”¹⁷ o en regiones como San Martín en donde el 22.6%⁹. De todas las repercusiones, las más serias se consideran las complicaciones perinatales, ya que estas pueden afectar severamente al desarrollo motor e intelectual del producto de la concepción. Este aspecto afecta directamente la mortalidad y morbilidad perinatal, como lo pone en evidencia el MINSA en el estudio citado donde se discute Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, tipo caso control, en los cuales 951 fueron muertes perinatales (muerte fetal tardía y neonatal precoz) y los controles 951 nacidos vivos elegidos al azar, concluye que los factores de riesgo relacionados al recién nacido tiene mayor asociación y alto valor predictivo para la mortalidad perinatal en hospitales del ministerio de Salud del Perú, que los factores relacionados a la madre.¹⁸

Dentro de las complicaciones perinatales más frecuentes según la mayoría de estudios y la OMS^{1,8} es el bajo peso, debido a que el crecimiento de la adolescente no suele finalizar hasta cuatro años después de la menarquia, durante este periodo la gestación supone una sobrecarga nutricional, explicando así por qué el 10% de los recién nacidos de madres entre 15 y 19 años tengan bajo peso al nacer.^{19,20} Cifra mayor al índice de bajo peso nacional en recién nacidos en general el cual es 6% según el MINSA

– 2015 ²¹. Cabe recalcar que es el bajo peso al nacer, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, y uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud del recién nacido, durante su primer año de vida, actualmente se considera como un indicador de salud importante. ¹⁸ También se destaca el BPN, tanto por nacimiento pre término como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional; así como también la depresión neonatal evaluada a través de la puntuación APGAR. ²¹

Dentro de los estudios antecedentes tenemos a Sánchez et al quién realizó un cohorte retrospectivo “Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé” en el Servicio de Neonatología en la cual analizaron características perinatales de los neonatos de madres adolescentes y de madres adultas atendidos en ese Hospital. La muestra estuvo compuesta por 182 neonatos divididos en forma aleatoria y el otro por recién nacidos de madres adultas (menores de 35 años), siendo los criterios de inclusión neonatos de mujeres adolescentes (menores de 20 años) y neonatos de mujeres adultas (mayores de 20 años y menores de 35 años), siendo solamente único criterio de exclusión neonatos nacidos de mujeres añosas (mayores de 35 años). Concluyendo que las complicaciones neonatales se presentaron con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes considerándose la adolescencia como factor de riesgo para la

morbilidad neonatal siendo una de las causas principales la sepsis y la hipoglicemia neonatal, además de presentar mayor predominancia de recién nacidos pequeños para edad gestacional en este grupo.²²

Itati Abreo¹⁵ et al, estudió los resultados perinatales en madres adolescentes durante un año, siendo un estudio de tipo observacional descriptivo, en la cual se toma el 100 % de las gestaciones que hubieron en ese año. En dicho grupo etario las complicaciones perinatales más observadas fueron el bajo peso al nacer, el puntaje APGAR menor a 7 al primer minuto y la prematurez.

Si bien es cierto el Perú es considerado como un país en vías de desarrollo, si se compara con el país de Cuba que también es considerado de la misma manera, en este último, el índice de bajo peso al nacer se comporta de forma similar e incluso más bajo que el de países industrializados, de forma general, el promedio es por debajo de 7% siendo en este país el embarazo adolescente el principal factor de riesgo de bajo peso del recién nacido.¹²

Sáez C.²³ realizó por su parte realizó un estudio retrospectivo de casos y control, para conocer los resultados perinatales en las adolescentes atendidas en el Hospital "Clodomira Acosta Ferrales" de Ciudad Habana, durante un año. El grupo de estudio, 184 adolescentes, se comparó con un grupo control de gestantes de 20 a 24 años. Se estudiaron datos como edad gestacional, modo de parto y peso y Apgar del recién nacido. Los resultados nos revelan que las adolescentes tuvieron mayor frecuencia del parto instrumentado y recién nacidos asfícticos. Finalmente dicho estudio nos deja

en claro que a pesar de la atención especializada, el embarazo precoz continuaba siendo un factor de riesgo para obtener resultados perinatales desfavorables en aquel entonces, hoy la realidad no ha cambiado en mucho. En cuanto al peso de los recién nacidos, el porcentaje de bajo peso fue similar en el grupo de estudio y en el control (4.8% y 4.9% respectivamente), encontraron un predominio de neonatos deprimidos entre las madres precoces, más notorio en las menores de 17 años, las cuales aportaron un 15.7% de recién nacidos con asfixia moderada y un 3.8% con asfixia severa, resultados estadísticamente significativos.

Por su lado Okumura²⁴ estudia el embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú; dicho estudio encontró que la complicación materna con mayor frecuencia es preeclampsia y RPM este último es mayor en adolescentes que en las adultas; sin embargo, las adolescentes tempranas mostraron una notable disminución de la misma. En cuanto a la vía de parto por cesárea se evidenció una tendencia a disminuir su frecuencia a medida que la edad disminuye; pero al igual que otros estudios, en el grupo de las adolescentes tempranas la frecuencia aumenta significativamente. Concluye, que las gestantes adolescentes tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas, encuentra a las adolescentes tempranas también como las más afectadas. En cuanto a las complicaciones del recién nacido, evidenciaron un efecto protector del embarazo adolescente sobre el presentar un recién nacido GEG (OR=0,85; IC95%=0,76 - 0,94). Las variables bajo peso al nacer (BPN),

depresión neonatal y PEG no tuvieron diferencias significativas en el modelo ajustado.

Mayer ML et al.²⁵ Estudian las complicaciones perinatales y vías de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías, durante el año 2004, de un total de 4 855 partos, el 22.1% corresponden a adolescentes, de las cuales 99.07% fueron adolescentes tardías, las mismas que a diferencia de Yu-Tang²⁶ y Okumura²⁴, tuvieron mayor probabilidad de presentar complicaciones, tales como: parto distócico, cesárea, parto pretérmino, depresión neonatal y sus productos con bajo peso al nacer.

Con respecto a las complicaciones maternas; el parto distócico, según la OMS⁸ en su revista “La Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos”, representa una complicación materna relativamente frecuente, en dicha publicación refiere que las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto distócico que las mujeres mayores de 20 años. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a una complicación, que conlleva un riesgo de muerte tanto para la madre como para el feto; para aquellas que sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar sufrimiento fetal, dejando secuelas neurológicas en la mayoría de casos irreversibles, las mismas que afectan directamente la calidad de vida del bebé, la madre y su entorno. La incidencia de cesárea en las adolescentes ha sido motivo de varios estudios, los mismos que consideran la vía de parto por cesárea como una medida aproximada de complicaciones subyacentes tales como desproporción céfalo

pélvico y estrechez pélvica. Las adolescentes tempranas, según estos estudios, tienen mayor riesgo de terminar en cesárea debido a la inmadurez pélvica que presentan.^{6,8,11}

Todo lo ya expuesto explica el impacto en la salud pública, y la importancia de realizar estudiar este grupo poblacional que lamentablemente son los más vulnerables. Por tal motivo nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuáles son las complicaciones perinatales y vías de parto en recién nacidos de madres adolescentes el Hospital de contingencia MINSA II-2 Tarapoto durante el periodo Julio - Noviembre 2015?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Conocer las complicaciones perinatales y vías de parto en recién nacidos de madres adolescentes el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, durante el periodo Julio – Noviembre 2015.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar y analizar las características perinatales del recién nacido de las madres adolescentes.
2. Determinar la morbilidad perinatal en recién nacidos de madres adolescentes.
3. Determinar la mortalidad perinatal en recién nacidos de madres adolescentes.
4. Identificar y analizar las vías de parto más frecuente del recién nacidos de madres adolescente.
5. Identificar las principales indicaciones de cesárea en las madres adolescentes.
6. Identificar el periodo de adolescencia con mayor frecuencia de recién nacidos con complicaciones perinatales.
7. Determinar la frecuencia de partos en adolescentes en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

III. MATERIALES Y METODOS

3.1 Tipo de investigación

Básica, según naturaleza de estudio; observacional, según intervención del investigador; prospectivo, según la planificación de la medición; transversal, según el número de mediciones de la variable de estudio; descriptiva, según el número de variables; cuantitativa, según el enfoque del estudio.

M: Recién nacidos de madres adolescentes.



O: Complicaciones perinatales y vías de parto.

3.2 Nivel de investigación

Nivel de investigación descriptiva.

3.3 Diseño de investigación

Se solicitó permiso al Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto quienes nos permitieron realizar en estudio en los servicios de Ginecobstetricia y neonatología del mismo centro, para la ejecución del mismo durante el periodo de Julio – Noviembre 2015, en las pacientes adolescentes que culminaron su gestación en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto.

Se obtuvieron los datos mediante una ficha de recolección de datos, se revisó cada historia clínica al momento de ingresar a su servicio y los datos registrados en el libro de atención inmediata, además se revisó en el Libro de Registro de Sala de Operaciones la indicación de cesárea en caso de los nacidos por dicha vía de parto. Posteriormente se realizó el seguimiento, hasta el alta para evaluar el diagnóstico y condición de alta. Evaluando el posterior reingreso hasta los 07 días de recién nacido, ninguno de los datos de alta antes de cumplir este periodo reingresó.

3.4 Cobertura de investigación

3.4.1 Población

Recién nacidos de madres adolescentes que culminen su gestación en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto en el periodo de Julio – Noviembre 2015, que cumplan con todos los criterios de inclusión.

3.4.2 Criterios de Inclusión

1. Recién nacido de madre adolescente atendido en el Hospital de contingencia II-2 MINSA Tarapoto, en el periodo Julio – Noviembre 2015.
2. Recién nacido cuya historia clínica contenga los datos requeridos para la presente investigación.

3.4.3 Criterios de Exclusión

1. Recién nacido de madre adulta, que no nacieron en el Hospital de contingencia II-2 MINSA Tarapoto, en el periodo Julio – Noviembre 2015.
2. Recién nacido cuya historia clínica que no contenga los datos mínimos requeridos para la presente investigación.
3. Embarazos que terminan en aborto.

3.4.4 Muestra

La muestra se consideró una muestra censal pues se seleccionó al 100% de la población ya que la consideramos un número manejable de sujetos. Al respecto Palella y Martins ²⁷ dejan establecido que la muestra censal es aquella donde el investigador considera como muestra a todas las unidades de investigación. De tal forma que la población a estudiar es simultánea a la muestra.

3.4.5 Muestreo

No probabilístico consecutivo²⁸.

3.5 Fuentes, técnicas e instrumentos de investigación

La técnica de investigación que se usó fue la ficha de recolección de datos de una fuente secundaria, a través de la revisión minuciosa del libro de atención inmediata, registro de SOP e historia clínica de cada paciente. El

instrumento fue elaborado a base de los datos que se requerían extraer para cumplir los objetivos del presente estudio, teniendo en cuenta los conocimientos de expertos, de las referencias bibliográficas y de los estudios similares que se realizaron con respecto al tema. Posteriormente dicha ficha fue evaluada para su aprobación por un conjunto de tres especialistas dos pediatras y un Gineco-obstetra. La ficha consta de dos ítems, el primer ítem recoge información de la gestante adolescente tales como edad, vía de parto e indicación de cesárea y el segundo ítem recoge información del recién.

3.6 Procesamiento de datos

Luego de la aprobación del proyecto de tesis se procedió a recolectar los datos de la población, desde tres fuentes: el libro de atención inmediata, libro de registro de SOP e historia clínicas, excluyendo aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión, teniendo al final del estudio un total de 177 casos estudiados.

3.7 Análisis e interpretación de datos

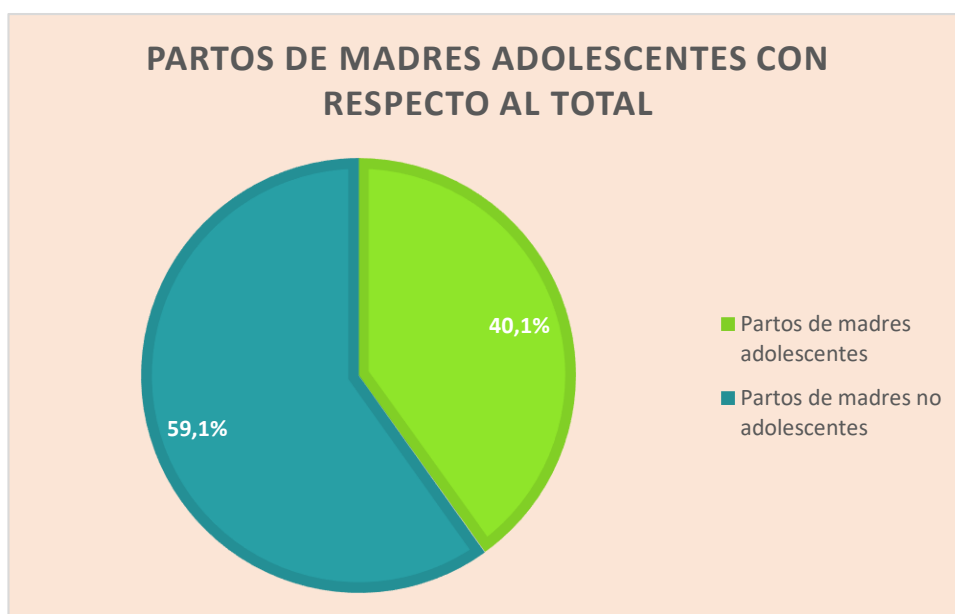
La información recogida se ingresó en una base de datos para el procesamiento automatizado de los mismos en planillas de SPSS versión 24. Los resultados se presentan en tablas y gráficos descriptivos (gráficos de columna, de línea, de barra, de tipo XY de dispersión) adecuándolos al tipo de variable que se representa.

Posteriormente se procedió al análisis estadístico de la base de datos usando una hoja del programa estadísticos SPSS versión 24. Se usó el cálculo de estadísticos descriptivos y cálculo de frecuencias.

IV. RESULTADOS

La edad promedio de las madres adolescentes fue 16.99 años.

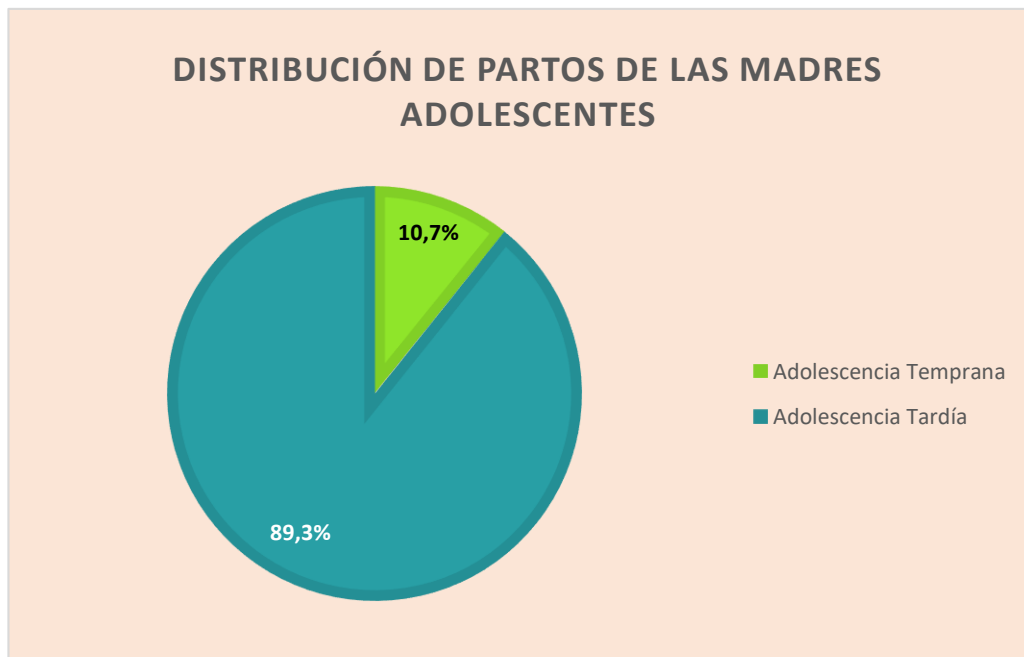
Gráfico 1: Partos de madres adolescentes con respecto al total, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos al ejecutar el estudio de Investigación.

El Gráfico 1, muestra que durante el período de estudio, el 40,1% del total de partos fueron de madres adolescentes y 59,1% correspondieron a partos de madres no adolescentes.

Gráfico 2: Distribución de partos de las madres Adolescentes, según periodo de adolescencia. Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos al ejecutar el estudio de Investigación.

El Gráfico 2, muestra que durante el período de estudio, el 10,7% de partos en madres adolescentes corresponden al periodo de adolescencia temprana y 89,3% al periodo de adolescencia tardías.

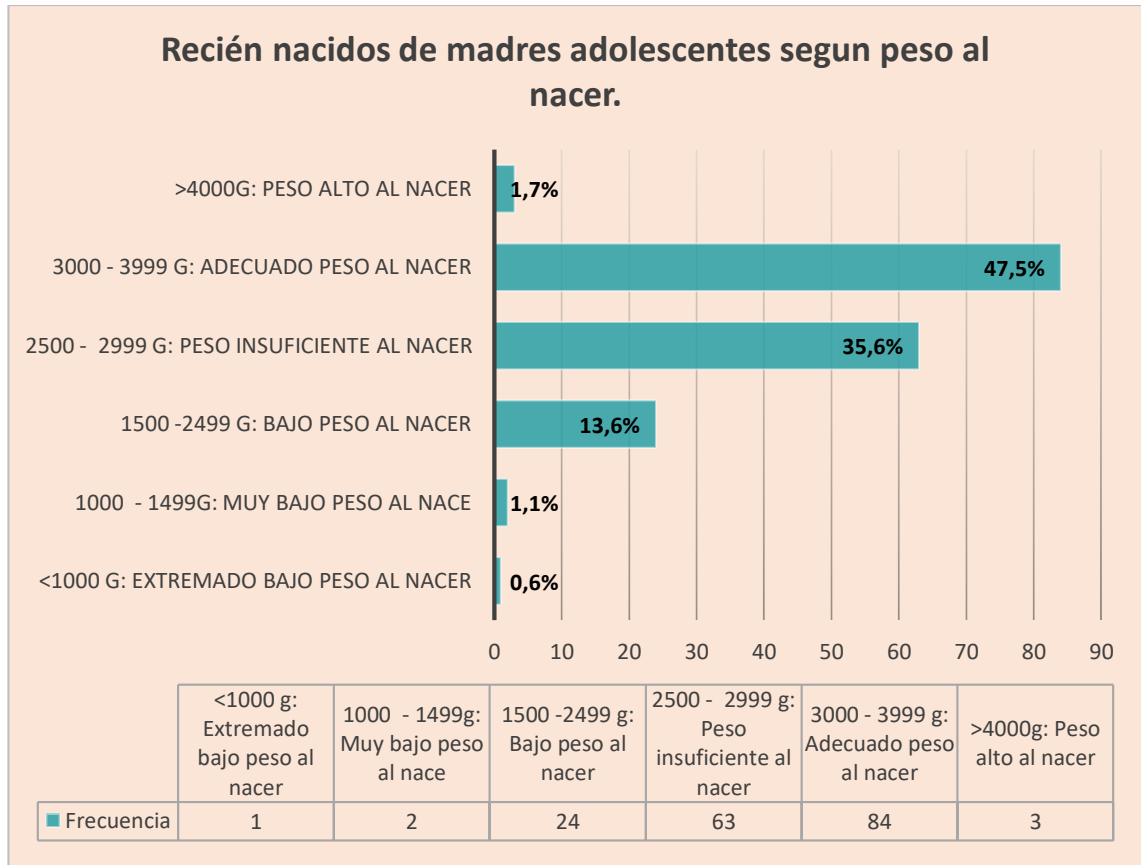
Tabla 1: APGAR al minuto y a los 5 minutos de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.

APGAR	APGAR a 1 minuto			APGAR a los 5 minutos		
	(0-3): Depresión Severa	(4-6): Depresión Moderada	(7-10): Vigorouso	(0-3): Depresión Severa	(4-6): Depresión Moderada	(7-10): Vigorouso
Frecuencia	2	11	164	1	2	174
Porcentaje	1.1%	6.2%	92.7%	0.6%	1.1%	98.3%

Fuente: Datos obtenidos al ejecutar el estudio de Investigación.

El Cuadro 1, muestra que durante el período de estudio, se obtuvo que al minuto, el 92.655% presentó un APGAR de 7 a 9, es decir nació vigoroso, el 6,214% presentó un APGAR de 4 a 6, es decir nacieron con depresión moderada y solo el 1.129% presentó un APGAR de 0 a 3, estos presentan depresión severa. Además se obtuvo que a los 5 minutos el 98.305% presentó un APGAR de 7 a 9, es decir nació vigoroso, el 1.129% presentó un APGAR de 4 a 6, es decir nacieron con depresión moderada y solo el 0.564% presentaron depresión severa con un APGAR de 0 a 3.

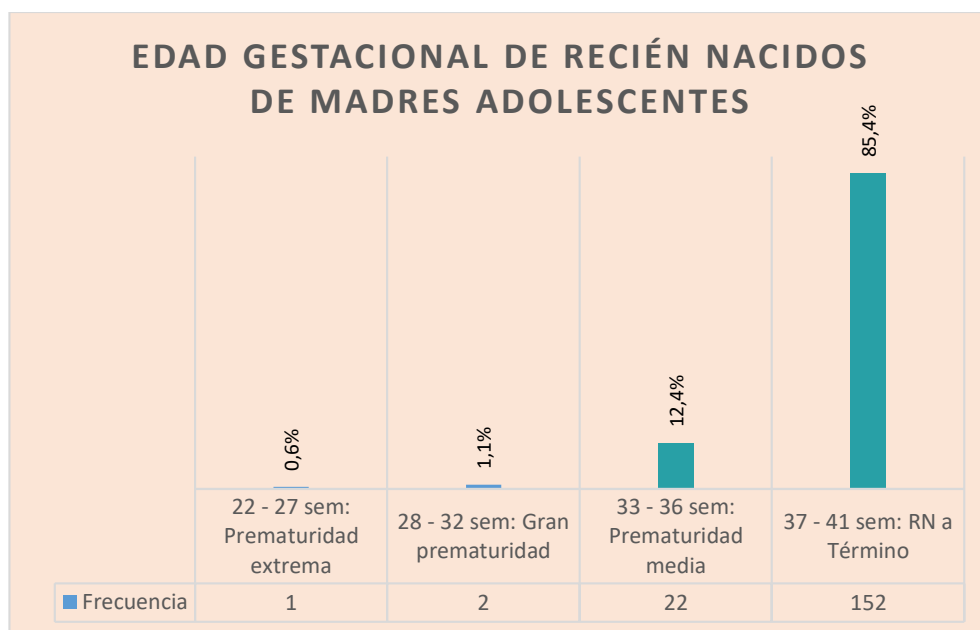
Gráfico 3: Recién nacidos de madres adolescentes, según su peso al nacer, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos al ejecutar el estudio de Investigación.

De los recién nacidos de madres adolescentes, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, durante el periodo de estudio; el 47.5% presentó un adecuado peso al nacer, el 35.6% presentó un insuficiente peso al nacer, el 13.6% presentó un bajo peso al nacer, el 1.7% presentó un alto peso al nacer, el 0.6% presentó un extremo bajo peso al nacer, y solo el 1.1% presentó muy bajo peso al nacer.

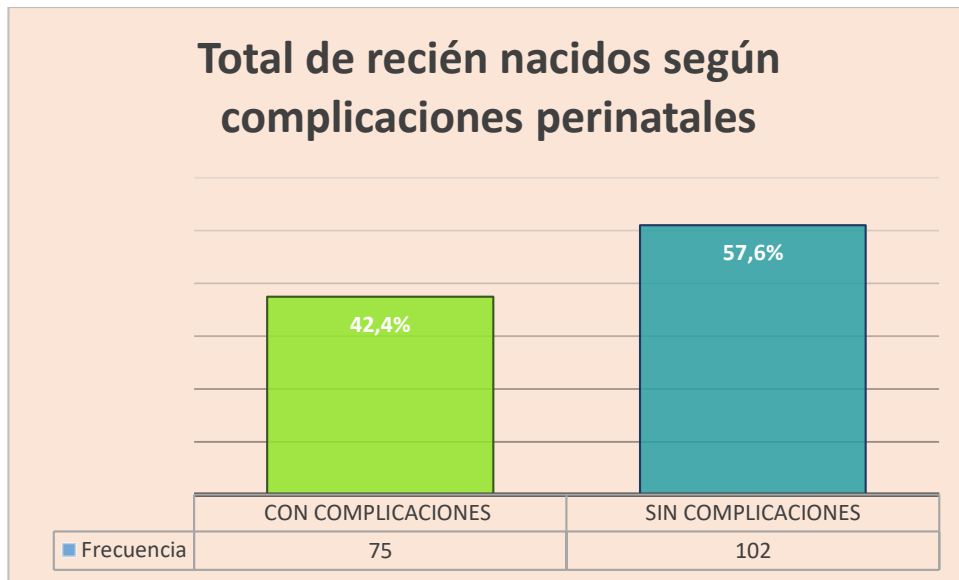
Gráfico 4: Edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos al ejecutar el estudio de Investigación.

De los recién nacidos de madres adolescentes, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, durante el periodo de estudio; el 85.4% estuvo en el intervalo de edad gestacional de 37 – 41 semanas, el 12.4% estuvo en el intervalo de edad gestacional de 33 - 36 semanas, el 1.1% estuvo en el intervalo de edad gestacional 28 – 32 semanas, el 0.6% presentó edad gestacional 22 - 27 semanas.

Gráfico 5: Total de recién nacidos según complicaciones perinatales, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

El gráfico N°5 nos muestra que el 42.4% (n=75) de recién nacidos de madres adolescentes tuvieron algún tipo de complicación, y el 57.6% (n=102) no tuvo complicación alguna.

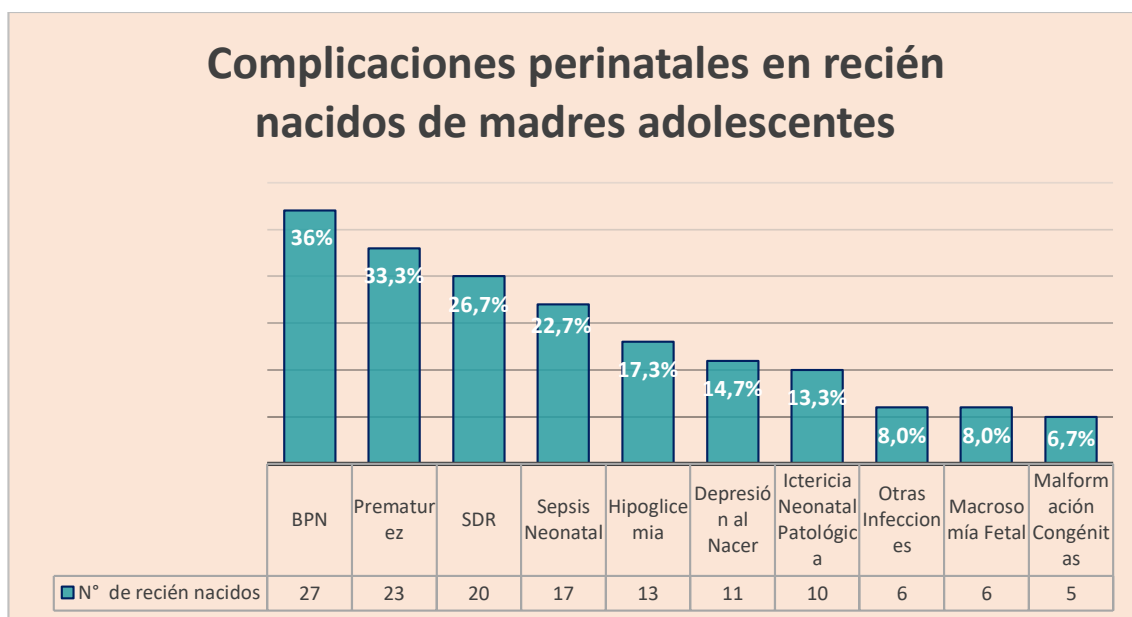
Tabla 2: Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes; en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.

COMPLICACIONES PERINATALES	N° de recién nacidos	% con respecto al total de población	% con respecto al grupo que presentó complicaciones.
BPN	27	15,3	36,00
Prematurez	25	14,1	33,3
SDR	20	11,3	26,7
Sepsis Neonatal	17	9,6	22,7
Hipoglicemia	13	7,3	17,3
Depresión al Nacer	11	6,2	14,7
Ictericia Neonatal Patológica	10	5,6	13,3
Otras Infecciones	6	3,4	8,0
Macrosomía Fetal	6	3,4	8,0
Malformación Congénitas	5	2,8	6,7
Neumonía	5	2,8	6,7
Retinopatía del Prematuro	3	1,7	4,0
Apnea del Prematuro	2	1,1	2,7
Enfermedad de Membrana Hialina	2	1,1	2,7
Trauma Obstétrico	2	1,1	2,7
Sífilis Congénita	2	1,1	2,7
Óbito Fetal	1	0,6	1,3

Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

En la tabla 2, se muestra los resultados de las Complicaciones Perinatales, en el estudio realizado en 177 recién nacidos de madres adolescentes; el bajo peso al nacer representa el 15,3% del total de la población, así mismo la prematuridad, el síndrome de distres respiratorio, sepsis neonatal e hipoglicemia con 14,1%, 11,3%, 9,6% y 7,3% respectivamente. Solamente dentro del grupo de recién nacidos que presentaron al menos una complicación (n=75), 36% de los recién nacidos tuvo bajo peso al nacer, luego le siguen en importancia la Prematuridad, el Síndrome de Distres Respiratorio, y la Sepsis Neonatal que se presenta en el 33,3%, 26,7% y 22,7% de los recién nacidos respectivamente, posteriormente esta la Hipoglicemia, Depresión al Nacer e Ictericia Neonatal que involucran al 17,3%, 14,7% y 13,3% de los recién nacidos afectados respectivamente; las demás complicaciones tienen baja prevalencia menores al 8,0%.

Gráfico 6: Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes con respecto a los complicados; en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

En el Gráfico N°5, se muestra las 10 complicaciones más frecuentes encontradas en el estudio realizado en 177 recién nacidos de madres adolescentes; se determinó que 57,6% (n=102) de recién nacidos no tuvieron algún tipo de complicaciones, presentándose éstas en sólo el 42,4% (n=75) de los recién nacidos. De los recién nacidos que presentaron al menos una complicación, se tiene que la complicación más prevalente el Bajo Peso al nacer que se presenta en el 36% de los recién nacidos afectados, luego le siguen en importancia la Prematuridad, el Síndrome de Distres Respiratorio, y la Sepsis Neonatal que se presenta en el 30,7%, 26,7% y 22,7% de los

recién nacidos complicados respectivamente, posteriormente esta la Hipoglicemia, Depresión al Nacer e Ictericia Neonatal que involucran al 17,3%, 14,7% y 13,3% de los recién nacidos afectados respectivamente; las demás complicaciones tienen baja prevalencia menores al 8,0%.

Tabla 3: Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes, según periodo de las adolescentes; en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.

COMPLICACIONES PERINATALES*=75	GRUPOS ETARIOS			
	Adolescente temprana		Adolescente tardía	
	Recuento	%	Recuento	%
COMPLICACIONES*	12	63,2	63	39,9
BAJO PESO NACER	6	50,0	21	33,3
PREMATURIDAD	8	66,7	17	27,0
SDR	6	50	14	22,2
SEPSIS NEONATAL	5	41,7	12	19,0
HIPOGLICEMIA	1	8,3	12	19,0
DEPRESIÓN AL NACER	2	16,7	9	14,3
ICTERICIA NEONATAL	0	0,0	10	15,9
OTRAS INFECCIONES	0	0,0	6	9,5

MACROSOMÍA FETAL	0	0,0	6	9,5
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	0	0,0	5	7,9
NEUMONÍA	0	0,0	5	7,9
ROP	1	8,3	2	3,2
APNEA DEL PREMATURO	0	0,0	2	3,2
ENFERMEDAD MEMBRANA HIALINA	0	0,0	2	3,2
SÍFILIS CONGÉNITA	0	0,0	2	3,2
TRAUMA OBSTÉTRICO	1	8,3	1	1,6
OBITO FETAL	0	0,0	1	1,6

Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

*n=75; Numero de recién nacidos tuvieron alguno complicaciones perinatales.

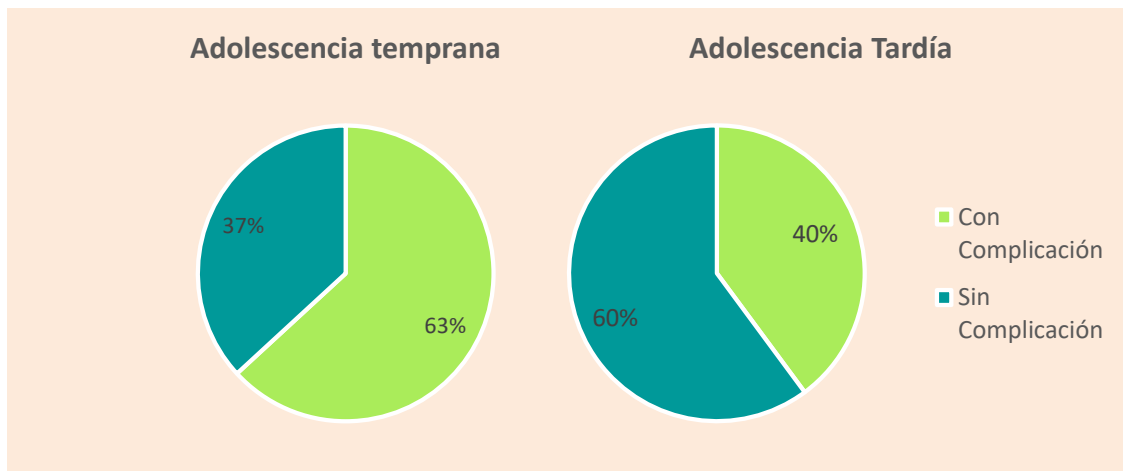
Las complicaciones perinatales en recién nacidos de adolescentes tempranas representaron un 63.2% y en adolescentes tardías el 39.9%. El bajo peso al nacer representa el 50% de complicaciones perinatales entre las adolescentes tempranas, fue la patología más frecuente entre adolescentes tardías también y representa el 33,3%. En los productos de las adolescentes tempranas, la

prematuridad representa el 66,7% y el SDR y bajo peso al nacer tuvieron un 50% de frecuencia.

Sólo en los productos de las adolescentes tempranas, la sepsis neonatal representa el 41.7% de las complicaciones perinatales, también se encontró depresión neonatal (16.7%), a su vez la hipoglicemia, retinopatía del prematuro y el trauma obstétrico representan el 8.3%.

En los productos de adolescentes tardías la segunda complicación más frecuente fue la prematuridad (27%), seguida de SDR (22.2%), sepsis neonatal e hipoglicemia (19%), ictericia neonatal (15.9%), depresión al nacer (14.3%), otras infecciones y macrosomía fetal (9.5), malformaciones congénitas y neumonía (7.9%), ROP, apnea del prematuro, EMH y sífilis congénita (3.2%), trauma obstétrico y óbito fetal (1.6 %).

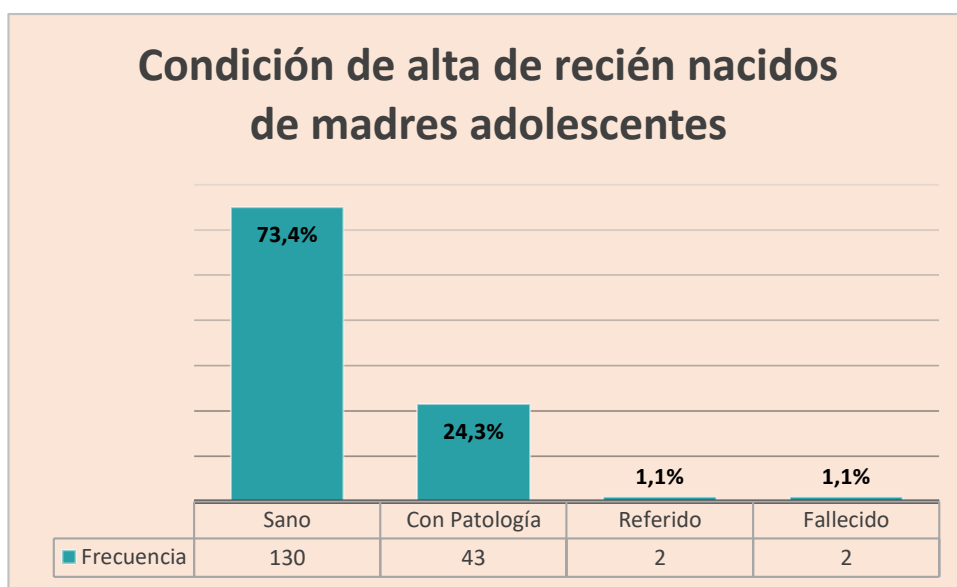
Gráfico 7: Distribución de las complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes, según periodos de la adolescencia, en el Hospital II-2 Tarapoto, Periodo Julio - Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

El gráfico 7, nos muestra la distribución de las complicaciones perinatales en ambos periodos de la adolescencia, el 60.1% de adolescentes tardías no presentaron complicaciones perinatales y el 39.9% si lo hizo. A su vez, de las adolescentes tempranas el 63.2% sin presentó complicaciones perinatales y el 36.8% no lo hizo.

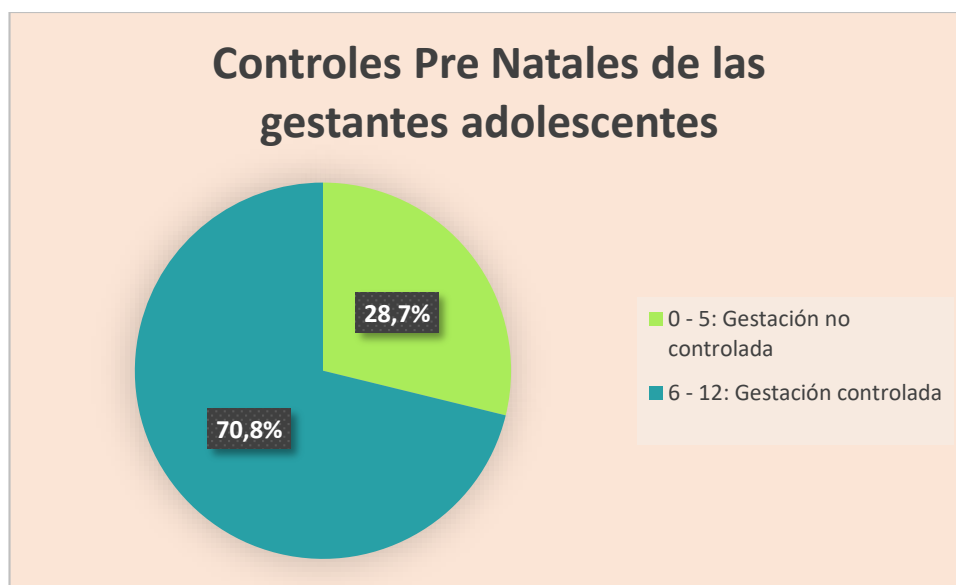
Gráfico 8: Condición de alta de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

De los recién nacidos de madres adolescentes, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015 se obtuvo que el 73.4% tuvo como condición de alta SANO, el 24,3% se dió de alta CON PATOLOGÍA, el 1.1% fue REFERIDO y el 1.1% FALLECIÓ.

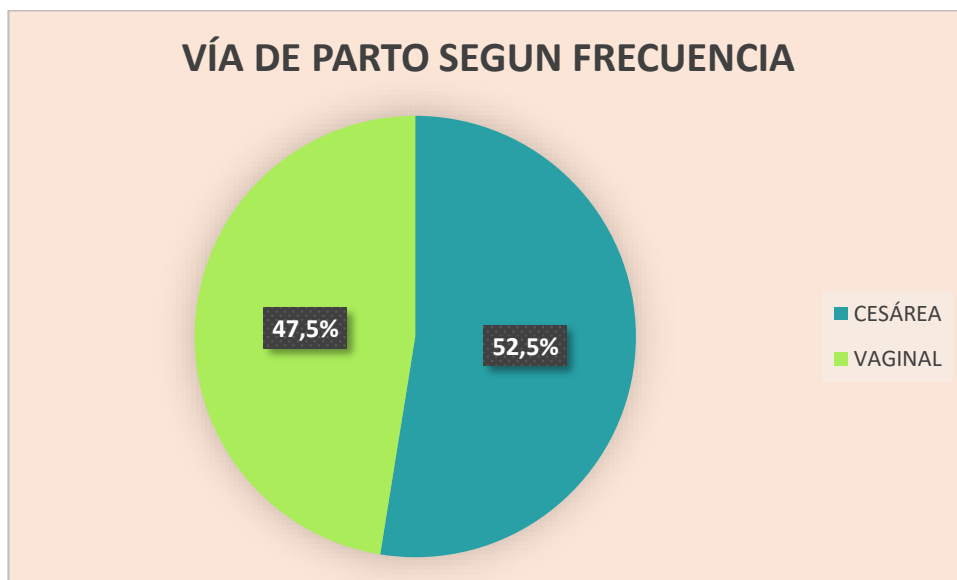
Gráfico 9: N° de Controles Pre Natales de las gestantes adolescentes cuyo parto fue atendido en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

De las gestantes adolescentes que culminaron su gestación en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015 se obtuvo que el 28.7% su número de controles prenatales fue de 0 - 5 CPN, es decir tuvieron una gestación no controlada y el 70.8% su número de controles prenatales fue de $\geq 6 - 12$ CPN, es decir tuvieron una gestación controlada.

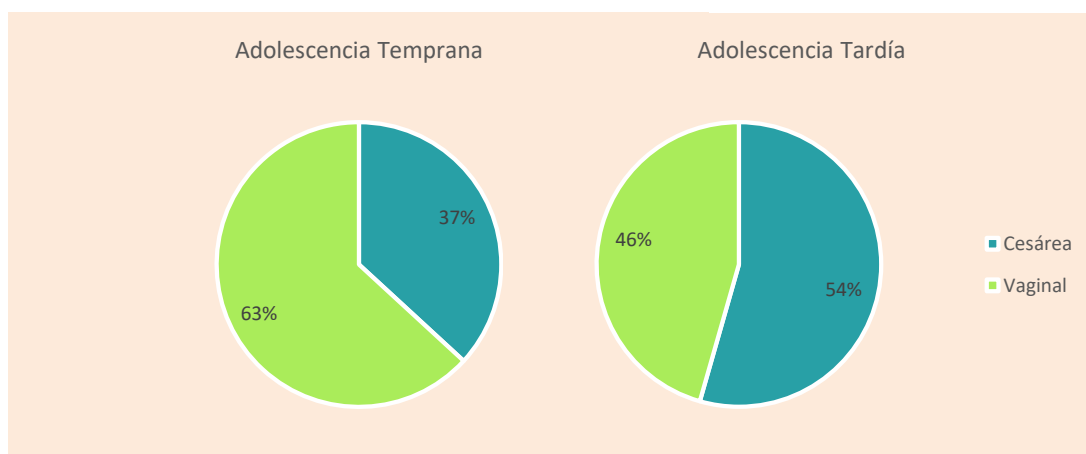
Gráfico 10: Vía de parto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

De las madres adolescentes que culminaron su gestación en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015, se obtuvo que en 85 adolescentes (47% del total) el tipo de parto fue vaginal y el 92 (51.7% del total) fue por cesárea.

Gráfico 11: Tipo de parto en gestantes adolescentes, según periodos de adolescencia, atendidas en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.



Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

De las madres adolescentes que culminaron su gestación en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015, se obtuvo que el 12 (57.9%) de las adolescentes tempranas culminaron su gestación mediante parto vaginal y 7 (36.9%) vía cesárea. Mientras que en adolescentes tardías 86 (54.4%) tuvieron mediante cesárea y 72 (45.5%) parto vaginal.

Tabla 4: Indicación de cesárea en gestantes adolescentes, según periodo de adolescencia, en el Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, Período Julio – Noviembre 2015.

INDICACIÓN DE CESÁREA	PERIODOS DE ADOLESCENCIA			
	Adolescente temprana		Adolescente tardía	
	Recuento	%	Recuento	%
Total de cesáreas* = 93	7	7.5%	86	92.5%
ESTRECHEZ PÉLVICA	2	28.6%	20	23.8%
CESAREADA ANTERIOR	1	14.3%	15	17.9%
PREECLAMPSIA	1	14.3%	14	16.7%
MALA PRESENTACIÓN	0	0.0%	8	9.5%
RPM	0	0.0%	7	8.3%
SFA	0	0.0%	7	8.3%
DCP	0	0.0%	7	8.3%
TPD	1	14.3%	7	8.3%
ITS	0	0.0%	7	8.3%
ECLAMPSIA	0	0.0%	4	4.8%

EMBARAZO PROLONGADO	0	0.0%	4	4.8%
HTT	0	0.0%	3	3.6%
OLIGOHIDRAMNIOS	0	0.0%	3	3.6%
CORIOAMNIONITIS	2	28.6%	3	3.6%
EMBARAZO GEMELAR	0	0.0%	2	2.4%
TPP	0	0.0%	1	1.2%

Fuente: Datos obtenidos en la ejecución del estudio de Investigación.

En la tabla 4, se muestra que el número de cesáreas en adolescentes fue 93, siendo 7 (7.5%) adolescentes tempranas y 86 (92.5%) adolescentes tardías ($p < 0,05$). Además las principales indicaciones de cesárea, en las adolescentes tempranas fueron, estrechez pélvica y corioamnionitis con 2 casos en ambos (28.6%), seguido de, preeclampsia, cesareada anterior, trabajo de parto disfuncional con 1 caso (14.3%). a su vez las adolescentes tardías tuvieron como principal indicación de cesárea: estrechez pélvica 20 (23.8%), seguido de cesareada anterior 15 (17.9) y preeclampsia 14 (16.7%). Seguido de mala presentación 8 (9.5%), RPM, SFA, DCP, TPD e ITS con 7 casos cada uno (8.3%), eclampsia y embarazo prolongado con 4 casos cada uno (4.8%), HTT, oligohidramnios, corioamnionitis con 3 casos (3.6%), embarazo gemelar 2 (2.4%) y TPP con 1 (1.2%).

V. DISCUSIÓN

Si bien es cierto en nuestro estudio no se evaluó las complicaciones maternas ni los factores de riesgo que contribuyen a la presencia de las mismas, pero si se evaluó algunas características principales de las madres adolescentes, tales como edad, controles prenatales y vías de parto ya que estas características están asociadas fuertemente a las complicaciones perinatales. Además se pudo ver la situación y prevalencia del embarazo adolescente en este hospital, recordando que el embarazo adolescente es el problema de fondo.

El presente trabajo fue realizado en el Servicio de Neonatología y Gineco Obstetricia del Hospital de Contingencia MINSA II-2 Tarapoto, en donde se encontró que el 40,1% de recién nacidos fueron hijos de madres adolescentes, en comparación con otros estudios Itati Abreo¹⁵ Argentina 30% y Salinas en Argentina²⁹ 30.56%, en Perú Yu-Tang²⁶ y Licona³⁰ en el 2000 encontraron 18.6% y 19% respectivamente diez años después Okumura²⁴ encontró 23.2% en un Hospital de Lima. Teniendo en cuenta la prevalencia de recién nacidos de madres adolescentes es 19.37%²¹, las cifras que encontramos en nuestro estudio es mucho más alta, se supone que es debido a varios factores que influyen en el alto índice de embarazo adolescente en dicho hospital, es un centro de referencia a nivel de toda la región, cobertura a los quintiles más pobres de la región, siendo la pobreza un potente aliado del embarazo adolescente y cubre el 80% de partos a nivel de la región según datos vitales del INEI – 2015.

En el Gráfico 2 se hace referencia al periodo de adolescencia que predomina es la tardía con 158 (89.3%), siendo claramente superior a la temprana con 19 (10.7%), coincidiendo con los diversos estudios al respecto. No obstante cabe recalcar que el porcentaje de este último grupo es superior al encontrado en otros estudios, que oscilan entre 2 - 7%.^{16,24,26,27,30} Se encontró un promedio de edad de 16.9 años, y más de la mitad 64.4% presentan entre 17 – 19 años.

Para caracterizar a los recién nacidos se tomaron tres criterios; Test de APGAR al minuto y a los cinco minutos, el peso al nacer y la edad gestacional^{16, 15, 24}. Después de medio siglo de su creación el test de APGAR aún sigue vigente, ha sido usado como indicador de asfixia y como indicador de sobrevida neonatal siendo este último uno de los puntos más interesantes³¹. Cabe recalcar además que mediante el APGAR al 1 minuto podemos evaluar el diagnóstico, y mediante el APGAR a los 5 minutos podemos evaluar el pronóstico. “The American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn y The American College of Obstetrics and Gynecologists.” toma como uno de los requisitos para diagnóstico de encefalopatía hipóxica - isquémica el APGAR 0 - 3 puntos después de 5 minutos.³¹ Actualmente la asfixia neonatal es la tercera causa de muerte perinatal con 16%⁹, en general sin considerar grupos etarios, en nuestra población de recién nacidos de madres adolescentes encontramos al minuto 1.1% (02) de recién nacidos con 0 - 3 puntos, 6,2% (11) con 4 - 6 puntos, 92.7% (164) con 7 – 10 puntos. Por su parte el APGAR a los 5', nos muestra que hubo 1 recién nacido (0.6%) con 0 - 3 puntos depresión severa, y solo 2 (1.1%) con depresión moderada 4 - 6

puntos, 97.7% presentaban ahora Apgar >7. Según nuestro estudio, el 76% de los recién nacidos con APGAR < de 7 se recuperaron a los 5', teniendo estos mejor sobrevida neonatal mientras que los demás, han necesitado soporte médico para poder adaptarse al medio extrauterino sin embargo al paso del tiempo, 2 (1,1%) fallecieron. Al comparar la incidencia de Apgar bajo al min y a los 5 min, encontrada en este trabajo con la de otros autores se apreció que la recuperación fue poco menos de lo esperado, puesto que en la literatura los autores entre ellos Laffita ³² coinciden en que la recuperación de los neonatos con Apgar bajo al min, debe estar por encima del 80 % a los 5 min ya que al momento del nacimiento pueden existir múltiples eventos que producen una hipoxia transitoria y reversible que repercute en el Apgar al min del nacimiento como son compresiones de la cabeza fetal, compresiones y circulares del cordón umbilical y otros mientras que cuando existe un Apgar bajo a los 5 min de vida, es evidencia de hipoxia fetal con causas mucho más serias como son sufrimiento fetal crónico o agudo, accidentes placentarios, trauma fetal intraparto, malformaciones congénitas sobre todo aquellas incompatibles con la vida o del aparato cardiovascular. ³¹ Es así que podemos decir que el 1.1% y 6.2% de nuestra muestra tuvo un diagnóstico de depresión severa y moderada respectivamente, de los cuales el 76% recuperó el APGAR al quinto minuto, siendo importante considerar una evaluación longitudinal de estos pacientes para evaluar secuelas neurológicas posibles a largo plazo, estudio que sería objetivo de una investigación a posteriori.

La edad es considerado un factor importante relacionado con la presencia de asfixia neonatal o APGAR menor de 7, tal como lo mencionan Sáez C.²³ en su estudio de casos y control, al comparar un grupo de adolescentes de 11 a 19 años, con un grupo control de gestantes de 20 a 24 años. Encontró que las adolescentes tuvieron mayor frecuencia de recién nacidos asfícticos.

Con respecto al peso al nacer el Gráfico 3 nos muestra que, durante el periodo de estudio; el 47.5% presentó un adecuado peso al nacer, el 35.4% presentó un insuficiente peso al nacer, el 13.6% un bajo peso al nacer, sin considerar el muy bajo peso al nacer y extremado bajo peso al nacer. La Definición técnica nos dice que el recién nacido es aquel cuyo peso oscila entre 1500 y 2500 g, sin embargo para motivos de investigación la UNFPA coge a todos los recién nacidos de menos de 2500 g para referirse al grupo de bajo peso al nacer, con dicha referencia si cogemos a todos los recién nacidos de menos de 2500g alcanzamos un 15.3% del total de recién nacidos hijos de madres adolescentes y 36% de los complicados. La UNFPA en su informe 2015 reporta que el porcentaje de bajo peso al nacer en países en desarrollo es del 15% dato que va acorde con el presente estudio. VILLÓN en su estudio realizado en Acobamba-Huancavelica, 10% presentó bajo peso al nacer³³. Dato similar al emitido por la OMS⁸. Urbina et al encontró 11,9% del total recién nacidos pesó menos de 2500 g; 84,4% pesó entre 2 500 a 3 999 g y el 3,7% más de 4000 g encontrándose una mayor proporción de RN con peso menor a 2 500 g en las adolescentes de 17 años o menos³. Camacllanqui³⁴ reporta un 16.6% en el Hospital Hipólito Unanue.

También se ha observado en nuestro estudio y es corroborado por otros estudios, que las madres adolescentes presentan baja prevalencia de recién

nacidos con alto peso al nacer (1.7%) es una condición que ya lo han reportado varios estudios, denotando que puede deberse a las condiciones nutricionales con las que inician las madres, que al ser de un grupo etario menor no tienen mucha experiencia para el adecuado cuidado de su gestación.^{8,18}

En el gráfico 4 podemos observar la edad gestacional en recién nacidos de las madres adolescentes, durante el periodo de estudio; el cual nos muestra que el 12.4% presentó prematuridad media, y los recién nacidos con prematuridad extrema y gran prematuridad suman el 1.7%. El porcentaje acumulado (<37 sem) nos muestra que el 14,1% de recién nacidos presentó esta patología. Un porcentaje relativamente elevado ya que el rango que se evidencia en la mayoría de estudios a nivel nacional es entre 2 - 9%.

De 177 recién nacidos de madres adolescentes, el 57.6% (102) no presentaron complicaciones, siendo solo el 42.4% (75) los recién nacidos que sí presentaron complicaciones perinatales. El bajo peso al nacer se manifestó en 15,3% del total de recién nacidos. Además se observó prematuridad en un 14.1% y SDR en 11,3% ambos del total. La frecuencia de complicaciones perinatales encontrado en nuestro estudio supera los datos encontrados en un estudio realizado en El Hospital II-1 Moyobamba (30.3%) por Paliza³⁵ ambos datos tienen una diferencia estadísticamente significativa con respecto a lo encontrado por Licon³⁰ en el Hospital Hipólito Unanue (6.8%).

Del total de recién nacidos con complicaciones perinatales 84% son hijos de madres adolescentes tardías y 16% de madres adolescentes

tempranas, esto debido a que en general las adolescentes tardías son 8 veces más que las tempranas. Ya que si comparamos los recién nacidos de madres adolescentes tempranas con los de las tardías observamos que entre las adolescentes tardías aproximadamente dos tercios (60.1%) de los recién nacidos no presentaron complicación alguna y sólo un tercio (39.9%) se vio afectado. En comparación con las adolescentes tempranas la realidad se invierte ya que casi dos tercios (63.2%) de los recién nacidos si presentó alguna complicaciones y solamente un poco más de un tercio (36.8%) no presentó alguna complicación perinatal. Así que las adolescentes tardías representan el mayor porcentaje de complicaciones perinatales pero, pero las adolescentes tempranas tienen mayor frecuencia y por ende más probabilidad de presentarlas.

Al respecto Yu-Tang ²⁶ en un estudio observacional analítico comparativo encontró a las adolescentes tempranas como las más afectadas con el 20.6% en comparación con las tardías quienes presentaron complicación solo en el 14.3%. Es decir las adolescentes tempranas tuvieron mayor predisposición a presentar algún tipo de complicación perinatal. Al respecto Mayer ²⁵ reporta que en su estudio las complicaciones perinatales fueron más frecuentes entre adolescentes tardías 99.07%.

Teniendo en cuenta que algunos recién nacidos tuvieron entre 1 y 6 complicaciones, la distribución de las complicaciones en cada periodo de la adolescencia no suma 100%. Analizamos y se puede observar que entre las adolescentes tempranas las complicaciones más importantes fueron la

prematuridad (66.7%), el bajo peso al nacer y SDR ambos con 50% de los recién nacidos de adolescentes tempranas. Al respecto Hediger³⁶ en su estudio menciona que los hijos de madres adolescentes tempranas a tiene un riesgo incrementado de cerca del 75% de presentar prematuridad, atribuible a inmadurez biológica. Por su parte Duplessis³⁷ refiere que la edad materna de 10-13 años conlleva una propensión 3-4 veces mayor de tener hijos prematuros, hecho que se ve reflejado en el presente estudio (Tabla N°3) donde las adolescentes tempranas (66.7%) triplican el porcentaje de prematuridad a las tardías (27%). Las mismas que presentaron en su mayoría Bajo peso al nacer 33.3%, seguido de prematuridad 27%, SDR 22.2%, considerando el resultado cabe mencionar a Sáez C.²³ quien encontró en su estudio de casos y control, a predominio de bajo peso al nacer y asfixia leve y moderada al nacer, Okumura²⁴ et al. Quien estudió el embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú, encontrando bajo peso al nacer, depresión neonatal y PEG. Manrique³⁸ encuentra prematuridad, sepsis, ictericia, muerte, síndrome de distres respiratorio. Mayer²⁵ estudia las complicaciones perinatales y vías de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías, durante el año 2004; reporta bajo peso y depresión neonatal. En nuestro estudio y por lo general, casi todos los autores coinciden en que el bajo peso es muy frecuentes en el producto de gestaciones en adolescentes y con mayor riesgo en la medida que la madre es más joven, sin embargo en nuestro estudio los recién nacidos de bajo peso son más frecuentes en adolescentes tardías.

En cuanto a la condición de alta de los recién nacidos, se encontró que del total el 1.1% (2) falleció así mismo el 1.1% (2) fue referido a un hospital de mayor complejidad. Mediante el mismo gráfico podemos evaluar la morbilidad al alta, en los recién nacidos de las madres adolescentes, en cuanto a ello se encontró un 24.3% que fue dado de alta con alguna patología. Se reporta que hubieron 2 (1.1 %) recién nacidos que fallecieron, pudiendo ser los dos que presentaron APGAR 0-3 al minuto. Gamarra ¹⁶ en su estudio reporta 7 (1,8%) recién nacidos que fallecidos.

En el gráfico 6, de los Controles Pre Natales de las gestantes adolescentes, nos permite evaluar a la gestación como controlada y no controlada. Es así que podemos observar que el 28.81% (51) tuvo una gestación no controlada (≤ 5 CPN) y 88.1% si tuvo una gestación controlada (≥ 6 CPN). Tanto las adolescentes tempranas como las tardías tuvieron en su mayoría una gestación controlada. Esta variable ha sido estudiada por varios autores de artículos con temas similares a este, por lo cual se comenta uno de ellos realizado por Sandoval ³⁹ quien menciona que las adultas y las adolescentes no tienen diferencias significativas estadísticamente en cuanto a los controles prenatales. Al parecer no es un factor importante para obtener un control prenatal óptimo.

En cuanto al tipo de parto en gestantes adolescentes, la vía cesárea con 52.5% predominó ante la vía vaginal con 47.5%, estas cifras son más elevadas que todos los estudios que pudimos revisar; hace 16 años Saez²³ y Yu-Tang²⁶ Encontraron índices bajos de cesárea 9.6% y 18.9% respectivamente, como era de esperarse a nivel mundial la tasa de cesáreas

se incrementaría con el paso de los años, El 2012 Albornoz⁴⁰ observó un 38.8% de cesáreas en El Hospital Nacional Santa Rosa, Okumura²⁴ el 2014 encuentra una prevalencia de 32% en un Hospital de Lima, , En el Hospital de Moyobamba reportó Paliza³⁵ un 34.5% de cesáreas el 2015. Sin duda alguna es uno de los retos en la actualidad disminuir la tasa de cesáreas, para evitar los riesgos a posteriori puede causar, cabe recalcar que al ser nuestros índices de cesárea en adolescentes tan elevados, esta realidad constituye un serio problema que deberá ser objeto de un estudio posterior.

Al comparar los grupos etarios con respecto a la vías de parto, podemos observar que poco más de la mitad, 54.4% de las adolescentes tardías culminaron su gestación vía cesárea a diferencia de las adolescentes tempranas quienes solo tuvieron 36.9% de cesáreas. Estos datos difieren de ciertos estudios realizados, tales como Urbina⁴¹ quienes en su estudio de diseño retrospectivo descriptivo realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, estudió una muestra de 442 gestantes adolescentes y su relación con variables maternas y neonatales, concluyó que de este grupo, las adolescentes que estuvieron en el grupo de adolescentes tempranas culminaron su embarazo por cesárea en mayor frecuencia que las adolescentes tardías, del mismo modo Yu-Tang²⁶ quien encontró un 28.2% de cesárea en adolescentes tempranas y 20.37% en adolescentes tardías, hay buena cantidad de literatura que hace referencia a la inmadurez pélvica y falta del desarrollo del canal óseo especialmente en los países en desarrollo, lo que explicaría el resultado de estos estudios. No obstante Mayer²⁵ al igual que en nuestro estudio, encontró que la mayor frecuencia de cesárea se

presentó en las adolescentes tardías 13.98%, solo observó 0.09% en adolescentes tempranas, sugiere que en su caso es debido a que se correlaciona con la alta frecuencia de parto pretérmino en adolescentes tardías en comparación a su contraparte. Albornoz encuentra un 96.7% de cesáreas en adolescentes tardías, con una edad promedio de 17.5%.

Según Pedro Abad⁴² en la revista Peruana de Ginecología y Obstetricia asegura que la cesárea es más frecuente entre los 17 – 19 años, ya que durante este tiempo las indicaciones más frecuentes son: desproporción céfalo pélvica, distocia de presentación y sufrimiento fetal agudo. A su vez Ramón Salinas²⁹ menciona en su estudio “Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto” que la tasa de cesárea ocurrió en un 20% más durante la adolescencia tardía que durante la temprana, esto está relacionado con la cantidad de embarazos que son más frecuentes en la etapa tardía, como sucede en nuestro estudio. Es evidente que son varios los factores que determinan la derivación de la vía de parto, es así que aun cuando muchos estudios observen una mayor frecuencia de cesárea en adolescentes tempranas, habrán otros estudios con mayor frecuencia en adolescentes tardías, debido a la influencia de factores como la inmadurez pélvica, el número de embarazos por periodo, correlación con parto pretérmino u otra complicación perinatal, el control prenatal, la indicación de cesárea. En nuestro caso la indicación de cesárea en gestantes adolescentes es la estrechez pélvica y la cesareada anterior representando el 23.8% y 17.9% respectivamente de las adolescentes tardías. Siendo la cesareada anterior cifra muy elevadas en comparación con otros estudios como Yu-Tang²⁶ 6%.

Además en nuestro caso hay un mayor porcentaje de adolescentes tardías y siendo la cesárea anterior una de las principales indicaciones de cesárea se supone que estas tuvieron una cesárea previa cuando pertenecía a la adolescencia temprana y no tenían la suficiente madurez pélvica.

La Preeclampsia también representó una indicación de cesárea a predominio del grupo de adolescentes tardías (16.7%), esto debido a que se ha demostrado que en general las madres adolescentes tempranas tienen menor riesgo de preeclampsia²⁴ y que mientras disminuye la edad va disminuyendo el riesgo de sufrir Preeclampsia. Cabe recalcar que hubieron otros estudios que identificaron mayor riesgo pero no ajustaron su modelo de paridad, factor previamente asociado con preeclampsia⁸.

El embarazo adolescente y las complicaciones perinatales puede mostrar variación en su relación, tanto por aspecto asociado a la madurez biológica, como también por factores sociales y culturales que no se midió en el presente estudio, tales como las condiciones socioeconómicas, el acceso a los servicios de salud y la educación, estabilidad emocional, relaciones familiares, condiciones de conyugue, que son diferentes entre adolescentes de distintas ubicaciones geográficas. Es por esto que es importante conocer los riesgos diferenciados por lugares, pues estos otros factores no medidos, pueden contribuir a un perfil distinto de los riesgos del embarazo adolescente en cada región.

VI. CONCLUSIONES

1. El 47.5 % de los recién nacidos tuvo Adecuado Peso al Nacer y el 35.6% Bajo peso al nacer. En cuanto al Test de Apgar el 92.7% tuvo puntaje 7-10 al minuto y el 98.3% alcanzo dicho puntaje a los 5 minutos. El 85.4% nació a término y 12.4% presentaron prematuridad media.
2. El 42,4% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron complicaciones perinatales, siendo las principales: bajo peso al nacer (15.3%), considerándose a todos aquellos que pesaron menos de 2500 gramos, prematuridad con 25 (14,1%), síndrome de distres respiratorio 20 (11.3%) y sepsis neonatal 17 (9.6%).
3. En nuestra muestra, se obtuvo que 2 de 177 recién nacidos de madres adolescentes, fallecieron dentro de los primeros 7 días de vida. Esto representa el 1.1% en gestantes adolescentes durante este periodo de tiempo.
4. La vía de parto más frecuente en las gestantes adolescentes fue la cesárea 52.5%. Siendo las adolescentes tardías las más afectadas.
5. Las principales indicaciones de cesárea en ambos grupos etarios fueron la estrechez pélvica, cesareada anterior, preeclampsia y mala presentación.
6. Las complicaciones perinatales en recién nacidos de las adolescentes tempranas representan un 63.2% y en adolescentes tardías el 33.3%.
7. El 40.1% de partos correspondió a gestantes adolescentes, a predominio de adolescentes tardías.

VII. RECOMENDACIONES

Con los hallazgos obtenidos, podemos recomendar al Hospital MINSA II-2

Tarapoto:

1. Crear un consultorio de la Adolescente, donde exista un equipo multidisciplinario de salud, para orientación y consejería sobre salud sexual y reproductiva.
2. Fortalecer el aspecto de la atención especializada y establecer un plan de seguimiento a las adolescentes embarazadas, para evitar complicaciones a posteriori.
3. Crear un equipo de vigilancia que analice los problemas perinatales periódicamente, para identificar las prioridades y optimizar la distribución de recursos.
4. Evaluar y analizar la causa del alto índice de cesáreas en adolescentes.
5. A base de la presente investigación, realizar un estudio comparativo evaluando las repercusiones del parto por cesárea versus el parto vaginal, en el recién nacido de la madre adolescente.
6. Realizar un estudio comparativo, de las complicaciones maternas y perinatales en gestantes adolescentes con gestantes adultas (20-34 años), para determinar el riesgo del embarazo en la adolescencia.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Who.int: World Health Organization [Internet]. Suiza: WHO; c2016 [citado 11 set 2016]. Temas de salud: Salud de adolescentes. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
2. Mora A.M., Cancino M., Valencia. Embarazo y adolescencia. Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia. [Revista on line]. Febrero 2015 [consultado Oct 2016]; 83:294-301. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2015/gom155e.pdf>
3. Learman L., Huang A., Nakagawa S, Gregorich S, Kuppermann M. Development and validation of a sexual functioning measure for use in diverse women's health outcome studies. Revista Americana de Gineco Obstetricia. 2012; (198):710-711.
4. Fonseca H, Graydanus D. Sexuality in the child, teen, and young adult: Concepts for the clinician. Prim Care. 2011; (34):275-292.
5. Ministerio de Salud. Secretaría General. Reglamento de funcionamiento de los comités de prevención de mortalidad materna y perinatal. Lima: Secretaría general del MINSA. 2013.
6. UNICEF-PERÚ: Niñez adolescencia presente y futuro. Informe 2015 Perú - UNICEF [en línea]. 2015. [Consultado 06 de mayo de 2016]. 12(3). Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/Informe_Anual_2015.pdf
7. Shuntt A. et al. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las américas: implicaciones en programas y políticas; [PDF en internet]. 2012

Junio [Consultado 01 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/89713261/matilde-magdaleno#scribd>.

8. Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud materna. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Nueva York: Secretaría General de la OMS. 2012.

9. INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Internet]. INEI; 2015 [actualizado Abr 2015; citado 10 set 2016]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

10. Who.int [Internet]. Ginebra: Whoint; 1990 [Actualizado 2016; citado 1 set 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

11. UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). EUA: Maternidad en la niñez. [Internet]. UNFPA; 2013. [Citado 1 set 2016]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

12. Clifton D. Los Jóvenes en el mundo, cuadro de datos. Boletín informativo de Population Reference Bureau (PRB) [Revista on line]. 2013. [Consultado 05 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/2013/worlds-youth-datasheet-sp.aspx>

13. who.int: World Health Organization [Internet]. Suiza: WHO; c2016 [citado 10 set 2016]. Centro de prensa [1 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

14. Braine T. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. [Revista on line]. 2011. [Consultado 05 de mayo de 2015]. 87(6), 79. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
15. Itati A. et al. Resultados perinatales en madres adolescentes. Revista Argentina de pediatría [Revista on line]. 2011 [Consultado 10 de mayo de 2015]. 18(7):3. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-de-riesgo-maternos-parto-prematuro/7/>
16. Gamarra V. Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2011 – 2012. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2013.
17. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad 1995-2025. [Internet]. INEI; 2012 [actualizado 2012 citado 25 set 2016]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Bol37-Estimaciones-Proyeccionespdf>
18. Ministerio de Salud. Secretaría General. Prevención del embarazo en adolescentes. Lima: Secretaría general del Ministerio de Salud; 2014.

19. Verdura JM, Raimundo C., Fernandez C., Rosana M. Bajo peso al nacer y prematuridad en hijos de madres adolescentes de un centro materno neonatal de la ciudad de Corrientes. RP - VI CM. [Internet]. Noviembre 2011 [fecha de consulta: 15 set 2016]; (N° 205) 6-9. Disponible en: URL del artículo http://med.unne.edu.ar/revista/revista205/2_205.pdf

20. who.int: World Health Organization [Internet]. Suiza: WHO; c2016 [citado 11 set 2016]. Programas y proyectos: Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/

21. MINSA (Ministerio de Salud). Perú: Boletín estadístico de nacimientos Perú - 2015. [Internet]. MINSA; Abril 2016 [actualizado Abr 2016; citado 10 set 2016]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/oegi/CNV/Boletin_CNV_16.pdf

22. Sánchez CM, Urquiza A. Pittman C., editors. Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. [Internet]. 2004 [Consultado el 15 julio 2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2842/1/Sanchez_cm.pdf

-

23. Sáez CV. Morbilidad de la madre adolescente. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. [Revista on line]. Mayo-ago. 2005 [Consultado 25 de set de 2016]. ; 31(2) Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000200003

24. Okumura JA., Maticorena D., Tejeda J. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil [Revista on line]. 2014 [Consultado 30 set de 2015]. 14 (4): 383-392. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000400383

25. Mayer LM. et al. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. [Revista on line]. Agosto 2006 [Consultado 25 de set de 2015]. ; N° 160 Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista160/1_160.pdf

26. Yu-Tang J. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías .Anales de la Facultad de medicina UNMSM. [en línea]. 2000 [Fecha de acceso 18 de mayo de 2015]. 61(1):4. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n1/pdf/a07v61n1.pdf

27. Palella S.S., Martins P. F. Metodología de la Investigación Cuantitativa. Caracas: Editorial FEDUPEL. 2012. Pp: 105

28. Juez M. P. Herramientas para la investigación en Medicina y economía de la Salud. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. 2009. Pp:48.
29. Salinas A. R, Fernando Martín Zunino Pradier, Veronica A Locatelli, Griselda Itatí Abreo. Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 12 191 – Marzo 2011.
30. Licon RM, Diana HA Riesgos en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Diagnostico 20; 39(1):17-22.
31. Consejo de Salubridad General. Guías de práctica clínica: encefalopatía hipoxico isquémico en el recién nacido, evidencias y recomendaciones. 2010 [Internet]. Centro General de Excelencia Tecnológica en Salud. 2010 [actualizado 2010; citado 15 Set 2016]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/371-10_Encefalopatxahipoxico-isquuxmica/IMSS-371-10_GER_Encefalopatxa_Hipxxico_Isquuxmica.pdf
32. Laffita et al “Apgar bajo al nacer y eventos periparto ”Revista Mexicana de obstetricia 2012;14(9):239-246.
33. Villón, J., Loyola E., Rosas E., Vera G., Tejada R. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica. 1998. Ginecol. & obstet;45(2):116-9, abr. 1999.

34. Camacllanqui A.G. Hijo de madre adolescente riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2013. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2015.
35. Paliza L.O. Complicaciones obstétrica perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio – Diciembre 2014. [Tesis]. Iquitos: Universidad de la Amazonia Peruana. Facultad de Medicina Humana; 2014.
36. Hediger M, School T, Schall J, Kruege P. Young Maternal age and preterm labor. *Ann Epidemiol* 1997; 7(6): 400-6.
37. Duplessis H M, Bell R, Richards T. Adolescent pregnancy: understanding the impact of age and race on outcomer. *J Adolesc Health* 1997 Mar; 20(3): 187-97.
38. Manrique RA., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008;68(3):144-149
39. Sandoval J. Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en Primigestas Adolescentes: Estudio Caso – Control. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. [En línea]. 2010 [Consultado 18 de mayo de 2015]. 53(1);6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428183005>
40. Albornoz A.L. Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012. [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2013.

41. Urbina et al. "Embarazo en adolescentes" Revista Peruana de obstetricia 2006; 52(1)118-123.

42. Abad P. Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2011.

IX. ANEXOS

9.1 ANEXO N°1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“COMPLICACIONES PERINATALES Y VÍAS DE PARTO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA MINSA TARAPOTO DURANTE EL PERIODO JULIO - NOVIEMBRE 2015”

I. DATOS DE LA MADRE

1.1 Edad:

1.2 Controles prenatales:

1.3 Tipo de parto

Vaginal () Cesárea ()

1.4 Indicaciones de cesárea

Preeclampsia		Corioamnionitis	
Eclampsia		ITS (Infecciones de transmisión sexual)	
Oligohidramnios		Embarazo gemelar	
RPM (Ruptura prematura de membranas)		Embarazo prolongado	
DCP (desproporción céfalo pélvica)		Distocia	
SFA (Sufrimiento fetal agudo)		Trabajo de parto pretérmino	
Estrechez pélvica		Hemorragia del tercer trimestre	
Trabajo de parto disfuncional		Cesareada anterior	

II. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

2.1 APGAR

Al minuto: _____

A los cinco minutos: _____

2.2 Peso al nacer: _____

Extremo bajo peso al nacer: Menor de 1000g.	
Muy bajo peso al nacer: 1000 g - 1499g.	
Bajo peso al nacer: 1500 g -2499 g.	
Peso insuficiente al nacer: 2500g a 2999 g.	
Adecuado peso al nacer: 3000g a 3999 g.	
Peso alto al nacer: Más de 4000g.	

2.3 Edad gestacional por Capurro: _____

Recién nacido pre término	
Recién nacido a término	
Recién nacido pos término	

2.4 Complicaciones perinatales

Sospecha de sepsis		Depresión al nacer	
Prematuridad		Otras infecciones	
Ictericia neonatal		HIPOGLICEMIA	
SDR		Macrosomía fetal	
Hipoglicemia		Sufrimiento fetal	
ROP		Óbito fetal	
Apnea del prematuro		Múltiples malformaciones congénitas	
Neumonía		Bajo peso al nacer	
Trauma obstétrico		Sífilis congénita	
Enfermedad de membrana hialina			

2.5 Condición de alta

Sano		Con patología	
Referido		Fallecido	