UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Creada por Ley Nº 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

CARACTERISTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE PICHANAKI, 2016 A 2017.

PARA OPTAR EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNA PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR: OBSTA. SOLANGEL NOEMI SALAZAR LLOCCLLA

HUANCAVELICA- PERU

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 07 días del mes de diciembre a las 15:00 horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

SALAZAR LLOCLLA, Solangel Noemi

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda

Secretario : Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre

Vocal : Mg. Ada Lizbeth Larico Lopez.

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CARACTERISTICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE PICHANAKI, 2016 A 2017.

Presentado por el (la) Obstetra:

SALAZAR LLOCLLA, Solangel Noemi

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 620-2018 concluyendo a las 16:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 07 de diciembre 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
LINA Y. CARDENAS PINEDA
DOCENTE NOMBRADA
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
DIRECTORA
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
P.S.E. OBSTETRICIA
Obsta. Ada Lizbeth Larico López
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. PAULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
VºBº COORDINACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
Obsta. Gabriela Ordoñez Ccora
COP. 27047
SECRETARIA DOC.

ASESOR: Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser mi inspirador y darme fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Agradecer también para mi docente, que gracias a su conocimiento y ayuda, puede concluir con éxito.

Gracias a mi madre que estuvo todos los días pendiente y apoyándome, para que nada salga mal y todo este bien elaborado.

Gracias a mis compañeros por su gran apoyo y a todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

RESUMEN

La tesis titulada “Características de los recién nacidos de madres adolescentes del Hospital de Pichanaki, 2016 A 2017”, esta investigación tuvo como **objetivo:** Determinar las características de los recién nacidos de madres adolescentes del Hospital de Pichanaki. La **metodología**: el tipo de investigación fue descriptiva, de nivel descriptivo, método descriptivo y diseño descriptivo. Los **resultados fueron:** La edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue a término en un 92,7%, el peso de los recién nacidos fue peso normal en un 92,1%, el peso para la edad gestacional de los recién nacidos fue adecuado para la edad gestacional en un 91%, el Ápgar promedio del minuto y cinco minutos de los recién nacidos fue normal en un 97,8%, los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron nacidos por parto vaginal en un 84,8% y por cesárea un 15,2%. Las edades de las madres adolescentes fueron; adolescencia tardía en un 70,1% y adolescencia media en un 29,3%. Entendiendo que el 99% de las adolescentes fueron mayores de 13 años. **Conclusión**: Las características predominantes de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron; 98% nacieron con Ápgar normal, un 93% edad gestacional a término, un 92% de peso normal, un 91% con peso AEG, un 85% nacidos de parto vaginal y un 70% nacidos de madres adolescentes tardías.

Palabras claves: Recién nacido, características, gestación y adolescencia.

ABSTRACT

This research entitled “characteristics of newborns of adolescent mothers at Hospital of Pichanaki 2016 – 2017” had the objective to determine characteristics of newborns of adolescent mothers at Hospital of Pichanaki. **Methodology**: descriptive kind of research, descriptive level, descriptive method and descriptive design. **Results**: gestation age of newborns of adolescent mothers at Support Hospital of Pichanaki was at full –term 92,7% weight of newborns was normal 92,1% weight for gestational age of newborns was adequate 91%, average APGAR was from one to five minutes for the newborns was normal 97.8%, delivery of the newborns was vaginal 84,8%, cesarean 15,2%. Age of adolescent mothers was: late adolescence 70,1%, medium adolescence 29,3%. Understanding that 99% of adolescents were more than thirteen years old. **Conclusions**: the predominant characteristics of newborns of adolescent mothers at Support Hospital of Pichanaki were: 98% with normal APGAR, 93% gestational age at full-term, 92% normal weight, 91% with AEG weight, 85% with vaginal delivery, and 70% of late adolescent mothers.

Keywords: newborn, characteristics, gestation, adolescence.

INDICE

Dedicatoria……IV
Agradecimiento.....V
Resumen……...VI
Abstract……..VII
Índice……VIII
Índice de graficos y tablas…….....X
Íntroducción……..……..XI
CAPÍTULO I……13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……...13
1.1. Fundamentacióndel problema……13
1.2. Formulación del problema……14
1.3. Objetivos de la investigación……15
1.4. Justificación e importancia……15
1.5. Factibilidad de la investigación……16
CAPÍTULO II……17
MARCO TEÓRICO……...17
2.1. Antecedentes de la investigación……17
2.2. Bases teóricas……22
2.3. Definición de términos……43
2.4. Identificación de variables……43
2.5. Operacionalización de variables……44
CAPÍTULO III……46
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN……46
3.1. Tipo de investigación……46
3.2. Nivel de investigación……46
3.3. Métodos de investigación……46
3.4. Diseño de investigación……46
3.5. Población, muestra y muestreo……47
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos……47
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos……48
CAPÍTULO IV……49

RESULTADOS ……49
4.1. Presentación e interpretación de datos ……49
4.2. Discusión de resultados ……57
Conclusiones ……59
Recomendaciones ……60
Referencia bibliográfica ……61
Anexos:……64
Matriz de consistencia……65
Instrumento……66
Registro visuales ……67

INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

GRAFICO Nº 1:	CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.	**50**
GRAFICO Nº 2:	EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.	**51**
GRAFICO Nº 3:	PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017	**52**
GRAFICO Nº 4:	PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.	**53**
GRAFICO Nº 5:	APGAR AL MINUTO Y A LOS 5 MIN DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.	**54**
GRAFICO Nº 6:	TIPO DE PARTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.	**55**
GRAFICO Nº7:	EDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.	**56**

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) sucede que cada año cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años son madres, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo y para reducir el número de embarazos precoces recomienda contar con leyes y actividades comunitarias que apoyen la edad mínima para contraer matrimonio, así como un mejor acceso a la anticoncepción. (23)

Se reportaron repercusiones en el recién nacido de madres adolescentes, 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, esto se debe a que 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. (24,25)

El embarazo en adolescentes constituye un problema de salud pública tanto en Perú como en toda América Latina; cada día 15 adolescentes de entre 11 y 15 años se convierten en madres en el Perú, 1538 Recién Nacidos al año son de madres menores de 14 años. Los departamentos de la Selva muestran mayor porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes, donde las cifras alcanzan el 25 y 38 de cada 100. Con el consiguiente riesgo de mayor morbilidad y mortalidad neonatal, mayor prematuridad, infecciones y principalmente bajo peso al nacer poniendo en riesgo su salud y su futuro del binomio madre-hijo. (4)

El presente trabajo se realizó en la selva central de Perú, lugar donde el reporte de embarazos en adolescentes es alto. Con este trabajo pretendo describir las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de Apoyo Pichanaki.

El proyecto de tesis se distribuye en cuatro capítulos principales, siendo estos: Capitulo I: Planteamiento del problema, Capitulo II: Marco teórico, Capitulo III: Metodología de la investigación y finalmente el Capítulo IV: Resultados.

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación Del Problema

De acuerdo a lo reportado por la Organización Mundial de la salud (OMS), el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública por las consecuencias para el binomio madre-hijo, representa del 15 al 25% de los embarazos a nivel mundial, siendo 16 millones de adolescentes de 15 a19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. (1)

En América Latina y el Caribe, a pesar de que el número de nacimientos entre mujeres de todas las edades ha descendido, entre las adolescentes ha aumentado. Las adolescentes del caribe y América Latina son responsables por un millón y medio de nacimientos cada año. En Latinoamérica las adolescentes menores de 15 años tienen 70.000 niños por año. (2)

El embarazo en las adolescentes se encuentra relacionado con varias repercusiones para la madre adolescente como para el neonato, siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil (se enfrentan a un riesgo de 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida) y al círculo de enfermedad. Entre las que destacan bajo peso al nacer, prematuridad, pequeño para la edad gestacional, además de patologías neonatales como sepsis. En la

madre, se observan patologías como hipertensión inducida por el embarazo, hemorragias, aumento de incidencia en cesáreas entre otras. (3)

El nacimiento de recién nacidos de madres adolescentes Constituye un problema de salud pública tanto en Perú como en toda América Latina; cada día 15 adolescentes de entre 11 y 15 años se convierten en madres en el Perú, 1538 Recién Nacidos al año son de Madres menores de 14 años, un Promedio de 4 partos por día. Los departamentos de la Selva muestran mayor porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes, donde las cifras alcanzan el 25 y 38 de cada 100. Con el consiguiente riesgo de mayor morbilidad y mortalidad neonatal, mayor prematuridad, infecciones y principalmente bajo peso al nacer poniendo en riesgo su salud y su futuro del binomio madre-hijo. (4)

De la población adolescente en el Perú, En el 2016, el 11.17% de la población total son adolescentes de 12 a 17 3,482,162, el 13.2%, están embarazadas o ya son madres, se produce un promedio 4 partos por día, siendo el 10.2 % en zonas urbana y 21.5 % en zona rural, en la región costa se evidencia 21 %, en la región sierra un 12.4 % y en la región selva un 27.5% de 15 a 19 años, terminando en muchos casos en complicaciones maternos perinatales. (5)

Los recién nacidos de las madres adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo de Pichanaki, son población vulnerable a sufrir daños en su salud por ser hijos de madres de riesgo obstétrico, por ende me interesa describir cuales son las características de estos recién nacidos que los vuelven susceptibles a daños, características que constituirán una base de datos de importancia para el Hospital de Apoyo Pichanaki.

1.2 Formulación del problema de investigación

¿Cuáles son las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki.
- Identificar el peso de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki.
- Identificar el peso para la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki.
- Identificar el apgar al minuto y a los 5 minutos de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki.
- Identificar el tipo de parto de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki.
- Describir la edad de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki.

1.4 Justificación e importancia

A nivel mundial más de un millón de niños mueren cada año debido a complicaciones del nacimiento, especialmente neonatos de madres adolescentes. Muchos sobrevivientes enfrentan una vida de discapacidad, incluyendo problemas de aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

En años recientes, estudios parciales demuestran que la proporción de madres adolescentes ha continuado aumentando, lo cual da lugar a la mitad del total de los nacimientos. Además de la repercusión e influencia adversa que puede producir un embarazo en una adolescente, desde el punto de vista biosocial tiene una influencia negativa sobre los recién nacidos, pues de los niños nacidos de mujeres menores de 15 a de edad,

aproximadamente el 6 % muere en el primer año de vida, o sea, una cifra 24 veces mayor que la correspondiente a las mujeres de mayor edad. (3)

Por lo antes descrito, me he motivado a realizar el presente estudio, características de los recién nacidos de madres adolescentes del Hospital de Pichanaki en los años 2016 a 2017, ya que considero que es de importancia conocer las características de los recién nacidos de madres adolescentes y así identificar los riesgos potenciales que tienen los recién nacidos de las madres adolescentes y poder plantear acciones preventivas promocionales que ayuden a disminuir la morbimortalidad y complicaciones en los RN en beneficio de la población. Además, este estudio permitirá tener una base de datos dentro del hospital de las características de los recién nacidos de madres adolescentes.

1.5 Factibilidad de la investigación

Este trabajo cuenta con el apoyo de la coordinación de la unidad hospitalaria del Hospital de apoyo Pichanaki y personal del Hospital, contando con acceso a las historias clínicas para el desarrollo de la investigación de forma accesible y ágil.

Se cuenta con acceso a las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacional:

Mendoza L. y col. (6) En su investigación titulado: Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Estableció como **objetivos**: Determinar las características y riesgos en madres adolescentes y sus hijos (antropometría, condición de nacimiento y morbi-mortalidad), en comparación con un grupo de madres adultas control de 20-34 años. **La** metodología Estudio de cohorte prospectiva con 379 hijos de mujeres adolescentes y 928 adultas. Los datos fueron analizados empleando mediana, promedio y medidas de dispersión, pruebas t-test no pareado, ANOVA, Chi2. **Los resultados**: dentro de las características neonatales se obtuvo que la edad gestacional adolescencia temprana 36ss, adolescencia media 38ss, adolescencia tardía 38ss, adultos 38ss, los Rn prematuros Adolescencia temprana 10 (52,6%), adolescencia media 32 (28,8%), adolescencia tardía 75 (30,1%), adultos 264 (28,4%), Apgar al 1 min en Adolescencia temprana 7 (7%), adolescencia media 7 (7%), adolescencia tardía 8 (9% %), adultos 8 (8%); Apgar a los 5 minutos en Adolescencia temprana 9 (8%), adolescencia media 8 (7%), adolescencia tardía 9 (10% %), adultos 9 (10%).Se halló que los hijos de madres adolescentes tempranas, tuvieron mayor proporción 1 (5,3%) de patología cardiaca (congénita o funcional), infecciones. Bacterianas no asociadas a la atención en salud 4 (21,1%), labio y paladar fisurado 2 (10,5%), al

compararlos con las madres adultas, diferencia estadísticamente significativa. No se halló diferencia para patología respiratoria, ictericia, asfixia perinatal, hipoglicemia e hiperglicemia, peso al egreso por debajo del percentil los resultados llevaron a **la conclusión** La maternidad en adolescentes conlleva mayores riesgos de salud para ellas y sus hijos, aumentando la morbilidad, mortalidad, con una perspectiva de exclusión social a lo largo de la vida, pues la mayoría son pobres, con poca educación y madres solteras y sin pareja.

Nacional:

De la cruz J. (7) En su tesis titulado: características perinatales de recién nacidos de madres adolescente en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo enero – diciembre 2015. Estableció como **objetivos**: 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 Enero – Diciembre del 2015.**La metodología** Se realizó 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. **Los resultados**: En cuanto a las características del recién nacido, se encontró que el 435 (88.8 %) de neonatos fueron productos a término, 55 (.2%) pre término y no se encontraron productos pos termino. El peso normal en el recién nacido predominó en esta población encontrándose 425 casos que correspondían al 86.7 %, macrosomicos 23 (4.7%), extremo bajo peso al nacer 4 (0.8%), muy bajo peso al nacer 5 (1.0%), bajo peso al nacer 33 (6.7%). El peso promedio de los recién nacidos de madres adolescente fue 3.204 kg con una desviación estándar de 571. Se evaluó además la adecuación del peso según la edad gestacional, donde se observó que la mayoría de recién nacidos 389 (79.4%) era AEG, además se encontró 41 casos de GEG que correspondieron a 8.4% y 10 casos de PEG que correspondían al 12.2%. Se evaluó el tipo de parto de las madres adolescentes encontrándose que el 52.24% fue parto por vía abdominal (cesárea) y 47.76% fue parto por vía vaginal: Asimismo fue evaluado el

score de APGAR en recién nacidos de madres adolescentes obteniéndose que en un 482 (98%) al minuto y a los cinco minutos respectivamente presentaron buena adaptación solo el 1 (2%) de recién nacidos de madres adolescentes presentaron depresión severa al minuto y a los 5 minutos. los resultados llevaron a **la conclusión** En el presente estudio, se encontró que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pre término, neonatos con bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes.

Francisco D. (8) En su tesis de grado titulado: Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo, octubre-diciembre 2014.Estableció como **objetivos**: 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. **La metodología** Se realizó 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 muestra de estudio 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. Obteniéndose una muestra de 113 casos. **Los resultados**: En cuanto a las características del recién nacido, se encontró que el 93 % de neonatos fueron productos a término, 5% pre término y solo 2 casos, post término. El peso normal en el recién nacido predominó en esta población encontrándose 99 casos (88%), 6 casos (5%) de macrosomía y 6 casos (5%) de bajo peso, se observó 2 casos de muy bajo peso, de los cuales uno de ellos resultó en muerte neonatal. Además, se obtuvo un peo promedio de 3238g, oscilando los pesos entre 1070 y 4245g. Se evaluó además la adecuación del peso según la edad gestacional, donde se observó que la mayoría de recién nacidos (80%) era AEG, además se encontró 13 casos de GEG y 10 casos de PEG. En cuanto al tipo de parto, a más de la mitad, 56%, le realizaron cesárea, teniendo como causas

frecuentes, pelvis estrecha (15 casos), macrosomía fetal (12 casos) y preeclampsia (7 casos). La conclusión: 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. Sin embargo, se observó que adolescentes con CPN inadecuados tienen mayor riesgo de culminar la gestación por cesárea, y presentar un neonato no a término.

Alonso F. (9) En su investigación: Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Estableció como **objetivos:** analizar la relación de complicaciones en RN de madres adolescentes tempranas. **La metodología** Estudio analítico, de tipo cohorte retrospectivo, tomando como población a los recién nacidos de madres adolescentes tempranas y de madres entre 20 y 35 años en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante mayo del 2008- mayo del 2012, se recopilo información de base de datos del servicio neonatología, para luego realizar la revisión de las historias. **Los resultados** Según la edad gestacional al momento de nacer los RN a término fueron 56 (90,3%) en ambos grupos, los RN pretérmino 5 (8,1%) en adolescentes 4 (6,5%) en el segundo grupo, 1 (1,6%) de los Rn de madre adolescentes fueron postermino, 2 (3,2%)se dieron en el segundo grupo; el peso en RN de madres adolescentes: 5(8,1%) tuvieron bajo peso al nacer, 1 (1,6%) con extremado bajo peso al nacer, 2 (3,2%) macrosómicos o muy bajo peso al nacer y 54 (87,1%) peso normal.se presentaron en el primer grupo 11 (17,7%) cesáreas y 51 (82,3%) partos vaginales; a diferencia del segundo grupo 19 (30,6%) cesáreas y 43 (69,4%) partos vaginales. Test de Apgar al minuto y a los cinco minutos en los adolescentes 57 (91,9%) con un puntaje mayor o igual a 7 al min y 60 (96,8%) a los cinco minutos, en el segundo grupo 59 (95,2%) fueron mayor o igual 7 al minuto y 61 (98,4%) a los cinco minutos. Dentro de las complicaciones en los RN: ictericia 59 (95,2%) en madres adolescentes y 60 (96,8%) en el segundo grupo; sepsis neonatal 4(6,5%) en adolescentes y 2 (3,2%) casos en el segundo grupo;

complicaciones respiratorias se encontró dos complicaciones en cada uno de los dos grupos (96,8%). Hipoglicemia 2 (3,2%) en madres adolescentes. Acerca del peso para la edad gestacional en las madres adolescentes 53(85,5%) adecuados para la edad gestacional, 3(4,8%) grandes para la edad gestacional, 6(9,6%) pequeños para edad gestacional y en el otro grupo: 45(72,9%) adecuado para edad gestacional, 8 (12,9%) grande ara edad gestacional, 9 (14,4%) pequeños para edad gestacional. los resultados llevaron a **la conclusión** la frecuencia de recién nacidos de madres adolescentes tempranas es menor a la estadística nacional. E ntre las complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes tempranas en relación a los de madres entre 20-35 años.

Sánchez M. (10) En su tesis de grado titulado: Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madre adolescentes y madres adultas en el hospital regional docente madre niño san Bartolomé 2002-2003. Estableció como **objetivos:** determinar la incidencia de la candidiasis vaginal en mujeres gestantes, de 20 a 35 años de edad, registrar el grupo de edad predominante de gestantes con candidiasis, así como establecer los síntomas más frecuentes. **La metodología:** Estudio de cohortes, retrospectivo, realizado en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, entre el periodo octubre 2002 – octubre 2003, La muestra 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 resultados** fueron en relación a su peso para la edad gestacional se encontró 17 casos de recién nacidos pequeños para edad gestacional versus 6 casos en el grupo de madres adultas; se encontró un solo caso de recien nacido menor de 1000 grs (extremado bajo peso al nacer) en comparación con ningún caso encontrado en el grupo de madres adultas; los recién nacidos grandes para edad gestacional fueron de 6 en el grupo de madres adolescentes versus 5 en el grupo de madres adultas; el número de recién nacidos de acuerdo a la edad gestacional

fueron 2 casos en cada uno de los grupos respectivamente que correspondieron a recién nacidos ; el Apgar a los 5 minutos fue 2 casos de Apgar menor de 7 a los 5 minutos en el grupo de recién nacidos de madres adolescentes ;complicaciones neonatales de acuerdo a los grupos de estudio: los recién nacidos de madres adolescentes a diferencia de los neonatos de madres adultas (26 casos versus 7 casos respectivamente): complicaciones neonatales en cada uno de los grupos estudiados encontrándose marcada diferencia en los casos de hipoglicemia y sepsis neonatal siendo menor la diferencia en los casos de Síndrome de Aspiración Meconial y taquipnea transitoria del recién nacido. los resultados llevaron a **la conclusión**: Se asoció una mayor predominancia de pequeños para gestacional y bajo peso al nacer en los neonatos de madres adolescentes en comparación con los recién nacidos de mujeres adultas. Las complicaciones neonatales se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de neonatos de madres adolescentes constituyendo la adolescencia un factor de riesgo para la presencia de morbilidad en el neonato.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Embarazo en adolescente

La maternidad de las adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de las adolescentes, la sociedad y del niño que está por nacer, ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica6; constituyéndose en un tema preocupante en cada país. La OMS define como adolescencia al periodo comprendido entre los 10 -19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognitivos; se considera la etapa de transición de la niñez a la juventud, vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica. (11)

Riesgos en el embarazo adolescente

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más. Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. (12)

Consecuencias del embarazo adolescente

- **Consecuencias biológicas:** es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente. Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras (13)
- **Consecuencias psicosociales:** Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los

problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden bilógico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos. En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. A nivel urbano popular, el embarazo en una adolescente es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar. (13)

Medidas preventivas para el embarazo adolescente

Considerando el impacto de esta condición, es importante en primer lugar disminuir la incidencia del embarazo en este grupo poblacional, tomando medidas de prevención a través de campañas que proporcionen información calificada y veraz sobre educación y salud sexual y reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de pares. hay que insistir en una atención temprana del embarazo de estas jóvenes mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional entrenado en la atención de adolescentes para disminuir los riesgo biológicos, tanto para la madre como para el producto. Es fundamental el abordaje integral que incluya la atención psicológica a la adolescente, al padre del bebe y a la familia de ambos, durante y después del embarazo, con el objetivo de atenuar el impacto de esta situación en todos ellos, ya que puede considerarse también de alto riesgo biospisocosocial. Se puede decir que el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública de origen multifactorial, que como tal amerita una atención especializada

de estrategias preventivas, que lo aborden de manera interdisciplinaria e intersectorial. (14).

2.2.2. Características de los Recién Nacidos

Recién nacido o neonato: Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad. Se considera nacido vivo, cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta (15)

2.2.2.1. Características generales del recién nacido

El recién nacido experimenta cambios fisiológicos más profundos que cualquier otro momento de sus vidas. En un minuto después del nacimiento, el recién nacido fisiológico se adapta a una existencia fetal dependiente a una existencia independiente, capaz de oxigenar y realizar procesos vitales. compenetrar ya preciar esta transición (15)

Características anatómicas

- **Somatometría.** El peso del RN en nuestro medio es de 3 kg ± 300 g, la talla 50 cm ± 1.5 cm. El perímetro cefálico es 35-37 cm, y éste representa un valor igual a la mitad de la talla + 10. La relación de segmentos resulta de la división del segmento superior (vértex/pubis) entre segmento inferior (pubis/talón); debe ser 1.7, es de utilidad en el estudio de algunas

condrodistrofias y endocrinopatías. La longitud del pie tiene poca importancia clínica.

- **Piel.** Es un órgano muy importante, tiene un lugar trascendente en la regulación de la temperatura, considerando que en relación con el peso tiene una gran superficie corporal, se pueden perder cantidades significativas de líquidos y electrólitos. La capa de grasa subcutánea aislante es más delgada sobre todo en hipotróficos y prematuros, la grasa parda es escasa. La elevación de su coloración, desde el moteado, cianosis, ictericia, plétora y palidez, están íntimamente relacionados con patologías. Exhibe variantes normales como vérmix caseoso, hemangiomas planos en nuca, frente, párpados y labio superior, que desaparecen al año de edad. Otra variante es el lanugo y las manchas mongólicas, no tienen un significado antropológico conocido y desaparecen también al año.
- **Cabeza.** Generalmente representa la cuarta parte de la talla, el cráneo comprende dos tercios del volumen cefálico, en la línea media existen las fontanelas anterior o bregmática en forma de rombo, desaparece entre los nueve y 15 meses, la posterior o lambdoidea en forma triangular, desaparece al tercero o cuarto mes, en los lados se encuentran dos fontanelas pterión y asterión sin trascendencia clínica; debe revisarse por la presencia de cefalohematoma o *caput succedaneum* y fractura hundimiento, la craneosinostosis (ausencia de fontanelas y fusión temprana de suturas.
- **Tórax.** Observe la forma, simetría, posición y desarrollo. La disposición de los pezones y el tamaño de la areola, pezones supernumerarios o muy separados con un tórax en escudo como en el síndrome de Turner. No es poco frecuente que haya salida de leche por

mamas (estimulación estrogénica), en ambos géneros se llama “leche de bruja”. En cuanto a la forma, reconocer el pecho en quilla y el *pectus excavatum*. Asimismo, debe verificarse la presencia de integridad de clavículas. En la cara posterior, es preciso que el médico revise las apófisis espinosas, tumoraciones por disrafias, mechón de pelos que orienten a espina bífida oculta y los senos dérmicos en el cóccix. (15)

- **Abdomen.** Por lo general es globoso y puede tener red venosa como variante normal. El hígado se encuentra palpable a 2 cm por debajo del reborde costal. El bazo se puede palpar con menos frecuencia a la inspiración profunda, en tanto que siguiendo los lineamientos propedéuticos en el RN es factible palpar el riñón izquierdo. Es frecuente encontrar diastasis de los rectos, un abdomen excavado sugiere hernia diafragmática, verificar la integridad del cordón umbilical, dos arterias y una vena, atentos siempre por tumoraciones intraabdominales de las más frecuentes es la hidronefrosis y de los defectos de la pared como el onfalocele. es una urgencia. La transiluminaciòn del cráneo permite sospechar hidrocefalia**.**
- **Genitales.** En el varón, el escroto es péndulo con arrugas y desde la semana número 34 los testículos se encuentran descendidos; el falo mide como promedio 25 mm. El prepucio está adherido al glande y puede ser redundante. De manera excepcional tiene un anillo fibroso que impide su retracción, cuando al presentar micción se forma un globo se integra el diagnóstico de fimosis que más bien es rara.
- **Extremidades.** De nuevo es importante constatar simetría e integridad, así como comprobar los efectos de la postura fetal. Revisar las manos y pies en busca de

polidactilias, sindactilias o patrones anormales dermatológicos como el pliegue simiano. (15)

2.2.2.2. Características Fisiológicas.

Si seguimos los sistemas corporales iniciaremos con el sistema cardio respiratorio. Los sistemas respiratorios y cardiovasculares se consideran juntos por funciones relacionadas. La primera respiración hay varios estímulos de la respiración durante el parto vaginal, el tórax es comprimido al principio y después se expande o recupera rápidamente. Estos e ve favorecido por los factores físicos (cambios de presión), sensoriales (frio dolor, ruido). Químicos (cambios en la sangre, reducción del PH). Este factor es un estimulante que contribuye a la iniciación de la respiración, es la asfixia transitoria del feto. Al adaptarse el niño a extrauterina en forma adecuada las respiraciones varias de 35-50 por minuto, la respiración se altera fácilmente con estímulos internos y externo, la respiración es irregular en profundidad, frecuencia y ritmo. Normalmente las respiraciones son apacibles y silenciosas, rápidas**.** El pulso es lábil y superficial. En general sigue un patrón similar al de la respiración, cuando la respiración se acelera, el pulso suele ser rápido, de manera similar. la frecuencia cardiaca normal es de 120- 180 latidos por minutos. En relación a los factores de coagulación sanguínea dependientes de la vitamina k (factores vii, IX, X Y protombina) se reduce en forma significativa. El tubo digestivo del recién nacido carece de bacterias necesarias para ayudar a la síntesis de la vitamina k; por lo tanto, el niño presenta deficiencia transitoria de la coagulación sanguínea entre el segundo y quinto día después del parto.

En el equilibrio hidroelectrolítico ocurre cambios en el volumen liquido corporal, en el líquido extracelular y intracelular. La temperatura y a cambios metabólicos están predispuestos a la transferencia de calor de su cuerpo al medio ambiente, porque tiene una provisión limitada de grasa subcutánea y una superficial. El aparto digestivo es limitada, la capacidad de absorber y metabolizar los alimentos. Hay ondas peristálticas rápidas, estas ondas combinadas con el hecho de que el esfínter de los cardias esta relajado y es inmaduro, hace que la regurgitación sea un fenómeno común. El meconio es la primera materia fecal eliminada por el recién nacido, normalmente hacia las 24 horas, después del nacimiento, es negro alquitrán, inodoro y pegajoso, las heces de transición que aparece después de una semana, generalmente son de color amarilloverdoso contiene mucosidad suelta. En el sistema urinario hay una deficiencia funcional en la capacidad de los riñones de concentrar orina y enfrentar los desequilibrios hidroelectrolíticos, la vejiga del recién nacido se vacía en forma espontánea cuando hay en ella 15-60 ml. L, es incolora e inodora. (15).

2.2.2.3. Características clínicas del recién nacido

Evaluación de la madurez

A fin de evaluar la madurez del neonato es fundamental saber con precisión la edad gestacional; esto se consigue al obtener la fecha de amenorrea. Sin embargo, en muchas ocasiones ésta es difícil de consignar porque se carece de antecedentes obstétricos o porque estos datos no son fidedignos. Los investigadores encontraron un método para conocer la edad gestacional de un neonato

con base en: características físicas, valoración neurológica y ambas. (16)

Clasificación por edad gestacional y peso Una vez obtenida la edad gestacional, se utiliza la gráfica de crecimiento intrauterino de Jurado García (El médico busca un punto de convergencia de la edad gestacional con el peso y así clasifica al recién nacido en una de las siguientes categorías:

Según la edad gestacional:

- De pretérmino: menor de 37 semanas.
- De término: entre 37 y 42 semanas.
- De postérmino: mayor de 42 semanas. (16)

Método Capurro: Este método fue obtenido mediante un estudio protocolizado y prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz y tiene dos formas de evaluación: (16)

Capurro A: El método está basado en cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos y presenta un margen de error de ± 8,4 días cuando es realizado por un explorador entrenado. Los signos que se han de evaluar son los siguientes:

- Somáticos: − Formación del pezón., Textura de la piel. , Forma del pabellón auricular, Tamaño del nódulo mamario y Surcos plantares
- Neurológicos: signo de la bufanda y Caída de la cabeza.

Para realizar el cálculo de la edad gestacional, cada signo se evalúa de forma independiente se realiza una suma aritmética para obtener un puntaje total, y con una

constante (K= 200) se obtiene dicha edad en días de la forma siguiente: Edad gestacional (días) = 200 + Total de puntos (16)

Capurro B. Este método es el Capurro inicial simplificado por clínicos pediatras y bioestadísticos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), y utiliza cinco características físicas externas; suprime los dos parámetros neurológicos Este es el método ideal que se ha de utilizar si el recién nacido presenta depresión neurológica; presenta un margen de error de ± 9,2 días y los signos que se han de evaluar son los siguientes:

Somáticos: Forma de la oreja, Tamaño de la glándula mamaria, Formación del pezón, Textura de la piel y Pliegues plantares. Para realizar el cálculo de la edad gestacional, se procede igual al Capurro A, pero utilizando la constante K = 204. Edad gestacional (días) = 204 + Total de puntos La edad gestacional en días y en semanas se relacionan entre sí de la forma siguiente: Menos de 259 días o menos de 37 semanas;) De 259 a 297 días o entre 37 y 41 semanas y Con 297 días y más o 42 semanas y más. (16)

Según su peso al nacer, en relación con los percentiles 10 y 90:

- Pequeño para su edad gestacional (PEG). Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación
- Adecuado para su edad gestacional (AEG).: Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación

- Grande para su edad gestacional (GEG). Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación. (16)

La combinación de estas variantes (peso y edad gestacional) puede brindar diversas posibilidades diagnósticas, cuyo tratamiento y pronóstico son muy particulares. Esta clasificación tiene utilidad clínica inmediata ya que la evolución clínica, el curso posterior y los problemas que se pueden presentar son distintos en cada uno de los grupos. Además, aun dentro de determinada sección no existen grupos homogéneos en cuanto a causas, que pueden ser muy variadas y extensas. Lo importante es disponer de una historia clínica completa, con antecedentes, que oriente al clínico a buscar las causas determinantes para que el neonato se ubique dentro de una sección y así él pueda orientar su evaluación a los problemas más frecuentes inherentes a su grupo. (16)

Medición del estado de salud del recién nacido: El Score de Apgar

El Score de Apgar es una escala de puntuación utilizado por los neonatólogos para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del Recién Nacido y la necesidad o no de algunas maniobras de reanimación en los primeros minutos de vida. Es utilizado internacionalmente, y nos indica el estado de salud del RN al primer minuto y a los 5 minutos. (17)

Los parámetros evaluados son 5, y son fácilmente identificables:

- Frecuencia Cardiaca
- Esfuerzo Respiratorio
- Tono Muscular
- Respuesta a estímulos
- Color de la piel

Se evalúan en base a una tabla de puntuación, en el cual se asigna un valor a cada parámetro que va de 0 a 2. La puntuación de Apgar sigue siendo una herramienta conveniente para informar del estado del neonato y de la respuesta a la reanimación. Ha sido utilizada inadecuadamente en los neonatos a término para predecir resultados neurológicos específicos. Dada la ausencia de datos válidos sobre el significado de la puntuación de Apgar en los recién nacidos pretérmino, en esta población no se debe utilizar la puntuación con otro objetivo que la evaluación realizada en la sala de partos. (17)

Puntuación de Apgar y reanimación La puntuación de Apgar a los 5 minutos, y especialmente el cambio de puntuación entre 1 y 5 minutos, constituye un útil índice de la respuesta a la reanimación. Si la puntuación de Apgar es inferior a 7 a los 5 minutos, las pautas del PRN indican que se debería repetir cada 5 minutos hasta los 20 minutos Sin embargo, la puntuación de Apgar asignada durante la reanimación no es equivalente a la otorgada a un recién nacido que respira espontáneamente9 . No existe norma aceptada para notificar la puntuación de Apgar en los neonatos sometidos a reanimación tras el parto, ya que muchos de

los elementos que contribuyen a la puntuación están alterados por la reanimación. Se ha sugerido el concepto de una puntuación ayudara que tuviera en cuenta las intervenciones de reanimación, pero no se ha estudiado la fiabilidad de predicción. Para describir correctamente a estos recién nacidos y ofrecer una documentación y recogida de datos exacta proponemos un impreso de puntuación de Apgar ampliado. (17)

Predicción del resultado Una puntuación baja de Apgar al minuto no se correlaciona, por sí sola, con el resultado futuro del recién nacido. Un análisis retrospectivo concluyó que la puntuación de Apgar a los 5 minutos seguía ofreciendo una predicción válida sobre la mortalidad neonatal, pero que su empleo para predecir el resultado a largo plazo era inadecuado. Por otra parte, otro estudio indicó que las bajas puntuaciones de Apgar a los 5 minutos estaban asociadas con la muerte o la parálisis cerebral, y esta asociación aumentaba si ambas puntuaciones, a 1 y 5 minutos, eran bajas. En los recién nacidos a término, la puntuación de Apgar a los 5 minutos muestra mala correlación con los resultados neurológicos futuros. Por ejemplo, una puntuación de 0 a 3 a los 5 minutos se asoció con un ligero aumento del riesgo de parálisis cerebral, comparado con puntuaciones mayores. A la inversa, el 75% de los niños con parálisis cerebral tuvo puntuaciones normales a los 5 minutos. Además, la baja puntuación a los 5 minutos, combinada con otros marcadores de asfixia, puede identificar a los recién nacidos en riesgo de desarrollar convulsiones. El riesgo de mal resultado neurológico aumenta cuando la puntuación de Apgar es 3 o menos a los 10, 15 y 20 minutos. Una puntuación de Apgar de 7 a 10 a los 5

minutos se considera normal. Las puntuaciones de 4, 5 y 6 son intermedias y no constituyen marcadores de aumento del riesgo de disfunción neurológica. Estas puntuaciones pueden ser consecuencia de la inmadurez fisiológica, las medicaciones maternas, la presencia de malformaciones congénitas o de otros factores. Por estas otras circunstancias, la puntuación de Apgar aislada no puede ser considerada prueba ni consecuencia de asfixia. Al definir un episodio hipóxico-isquémico intraparto como causa de parálisis cerebral se deben considerar otros factores, como unos patrones no tranquilizadores en la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y anomalías en la gasometría de la arteria umbilical, la función cerebral clínica, los estudios de neuroimagen, la electroencefalografía neonatal, la anatomía patológica de la placenta, los estudios hematológicos y la disfunción orgánica multisistémica. (17)

2.2.3. Características de recién nacidos de mujeres adolescentes

El nacimiento de recién nacidos de madres adolescentes constituye un problema de salud pública tanto en toda América Latina; reportan que entre un 15 y un 25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años5. Varios estudios en distintos lugares del mundo, han concluido que el embarazo en las edades extremas del periodo reproductivo, son un factor de riesgo para complicaciones en los recién nacidos las características que presentaron los recién nacidos hijos de madres adolescentes fueron las siguientes: principalmente bajo peso al nacer, seguido de parto pretérmino, predominio en el sexo masculino, Apgar > 7 en la mayoría de casos y malformaciones en un mínimo porcentaje. (1)

2.2.3.1. Recién nacido prematuro

Definición: Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días. (18)

Se clasifica de la siguiente manera:

- Prematuridad leve (34 – 36 semanas).
- Prematuridad moderada (30 – 33 semanas).
- Prematuridad extrema (26 – 29 semanas).
- Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas). (18)

Factores de riesgo asociados a la prematuridad

- Desnutrición Materna.
- Anemia de la madre.
- Infecciones del tracto urinario.
- Infecciones maternas (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus,
- Herpes simple, Sífilis: TORCHS).
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Ruptura prematura de membranas > 18 horas.
- Polihidramnios.
- Corioamnionitis.
- Intervalo intergenésico corto.
- Leiomiomatosis uterina.
- Útero bicórneo.
- Gestaciones previas pretérmino.
- Hemorragia del tercer trimestre.
- Anormalidades uterinas congénitas.
- Isoinmunización.
- Tabaquismo.
- Drogadicción.
- Edad materna: menor de 15 años y mayor de 35 años.
- Estado socioeconómico: Pobreza.

- Analfabetismo.
- Control prenatal inadecuado o ausente.
- Antecedente muerte fetal. (18)

Diagnóstico:

El diagnóstico de la edad gestacional se hará con el Método de Capurro y se corroborará a las 24 horas con el Método de Ballard. (18)

Exámenes auxiliares Se solicitarán los necesarios según el caso, de acuerdo a capacidad resolutiva del establecimiento de salud:

- Hemograma, hemoglobina hematocrito, grupo sanguíneo y RH.
- Glucosa, calcio.
- Bilirrubina.
- Radiografía de tórax. (18)

Manejo según en Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II2)

Medidas Generales

- **Termorregulación:** Antes del nacimiento, se debe asegurar que la temperatura de la sala de partos se encuentre sobre los 24°C. Los recién nacidos prematuros y sobre todo los de peso muy bajo son los que sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal, debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular; por lo tanto menor aislamiento térmico con respecto al recién nacido a término. (18)
    - Se puede mantener la temperatura del neonato prematuro o de bajo peso por medio de tres

métodos: encubadoras; La temperatura varía según la edad gestacional, edad postnatal y peso.; Calor Local Para mantener temperatura corporal en 36.5 - 37 °C. Puede ser con estufa (no colocarla debajo de la cuna), o lámpara de cuello de ganso. No usar bolsa de agua caliente porque puede causar quemaduras y Método Canguro debe permanecer en contacto piel a piel con su madre, colocarlo entre los senos maternos, donde ella le pueda proporcionar calor y temperatura adecuada las 24 horas del día. (18)

- **Control de funciones vitales:** Frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria tomadas al minuto según sea necesario (máximo cada 4 horas).
- **Control diario de peso:** Se debe de pesar al niño diariamente para evaluar la tendencia de subida de peso y realizar los cálculos de sus necesidades energéticas y del equilibrio hidroelectrolítico.
- **Prevenir hipoglicemia:** Mantener suministro de energéticos, asegurando una adecuada lactancia materna temprana y frecuente, monitorizar la glicemia con tiras reactivas en la primera y la tercera hora de vida y luego cada 4 horas hasta que haya pasado el periodo de riesgo (en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional y los hijos de madre diabética deben continuar al menos durante 24 horas)
- **Oxigenoterapia:** Se suministrará según necesidad (cuadro clínico, saturación de O2 y gases arteriales).
- Alimentación: debe ser exclusivamente con leche materna a libre demanda, de día y de noche.
- **Inmunizaciones:** de acuerdo a calendario nacional de vacunas. En el Recién Nacido de Bajo peso (menor de

2,000 gr) debe posponerse la aplicación hasta alcanzar su maduración. (18)

Control obligatorio del hemoglobina y hematocrito, debe realizarse en las siguientes edades:

- 01 mes.
- 02 meses.
- 06 meses.
- 12 meses.
- 18 meses. (18)

Administración de sulfato ferroso: Se administrará sulfato ferroso en dosis terapéuticas cuando la concentración de Hemoglobina en relación a la edad post-natal sea;

- Primera semana de vida; Hb igual o menor de 13 gr/dl.
- Segunda a cuarta semana de vida; Hb menor a 10 gr/dl.
- Quinta a octava semanas de vida; Hb igual o menor a 8 gr/dl.

Dosis profiláctica:

- 2 – 3mg/Kg de peso por día, a partir de las 4 semanas de edad. (18)

Complicaciones:

Problemas Inmediatos

- Termorregulación: hipotermia.
- Metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis metabólica e hiperglicemia.
- Respiratorios: enfermedad de membrana hialina, apnea recurrente, taquípnea transitoria, asfixia perinatal, broncoaspiración.
- Infecciosos: sepsis, meningitis.
- Neurológicos: hemorragia intracraneana, encefalopatía hipóxicaisquémica, leucomalacia periventricular.

- Cardiovasculares: hipotensión e hipovolemia, persistencia de ductus arterioso (PDA) persistencia de la circulación fetal (PCF).
- Hematológicos: anemia y hemorragias.
- Renales: hiponatremia, incapacidad para manejar exceso de líquidos.
- Nutricionales: inmadurez enzimática del tracto intestinal.
- Gastrointestinales: enterocolitis necrotizante (NEC).
- Ictericia: hiperbilirrubinemia.
- Malformaciones congénitas.
- Trauma al nacer. (18)

Problemas mediatos

- Disfunción del sistema nervioso central (motora, visual, auditiva y parálisis cerebral).
- Displasia bronco pulmonar.
- Patrones de crecimiento alterado.
- Retinopatía del prematuro.
- Enfermedad metabólica ósea: osteopenia.
- Anemia. (18)

2.2.3.2. Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer (BPN menor de 2500 g) es uno de los indicadores más importantes para vigilar los progresos en salud materna perinatal e infantil. Refleja la capacidad de reproducción de a la madre y posibilita el pronóstico de sobrevida y desarrollo del recién nacido. El bajo peso al nacer es también un indicador social por que se asocia con la pobreza, la desnutrición y la falta de educación de la mujer y su medio en la etapa preconcepcional. (19)

Epidemiología: Los niños pequeños para su edad gestacional representan un 3-5% de la población3-8. El grupo más numeroso dentro de ellos es el que sólo se ve afectada la talla (2,4%), 1,6% son los que tienen afectado únicamente el peso y el 1,5% es el grupo de peso y talla bajos. (19)

Etiología: El aporte de nutrientes en el feto depende entre otros del estado nutricional y salud de la madre, del desarrollo de la placenta y del flujo fetoplacentario

Causas Fetales:

- Cromosomopatías: Trisomía 13, 18, 21, Sd. Turner, delecciones autonómicas, cromosomas en anillo.
- Anomalías congénitas: Sd. Potter, anormalidades cardíacas.
- Enfermedades genéticas: acondroplasia, Sd. Bloom. (19)

Causas maternas:

- Enfermedades médicas: HTA, enfermedad renal, diabetes mellitus, enf del colágeno, hipoxemia materna (enf. Cardiaca cianosante, anemia crónica, enf pulmonar crónica).
- Infecciones: toxoplasma, rubéola, CMV, herpes virus, malaria, tripanosomiasis, VIH.
- Estado nutricional: peso bajo antes del embarazo, poca ganancia ponderal-desnutrición durante el embarazo.
- Abuso de sustancias-drogas: tabaco, alcohol, drogas ilegales, drogas terapéuticas (warfarina, anticonvulsivantes, antineoplásicos, antagonistas del ácido fólico). (19)

Causas útero-placentarias:

- Alteraciones en la implantación placentaria: placenta baja, placenta previa.
- Alteraciones de la estructura placentaria: inserción anómala del cordón, arteria umbilical única, inserción velamentosa umbilical, placenta bilobular, hemangiomas, infartos o lesiones focales. (19)

Evolución:

- Efectos en el periodo neonatal:La mortalidad perinatal es de 10-20 veces mayor que en los niños con un peso adecuado para su edad gestacional. La causa de esta morbimortalidad se debe principalmente a las consecuencias de la hipoxia y anomalías congénitas. Presentan con mayor frecuencia policitemia, hiperbilirrubinemia e hipoglucemia.
- Efectos sobre el crecimiento:La mayoría de los PEG presentan el denominadocrecimiento recuperador o “catch-up”,que se define como una velocidad de crecimiento mayor que la media para la edad cronológica y sexo durante un periodo definido de tiempo, después de una etapa de inhibición del crecimiento. Este fenómeno favorece que el niño alcance su canal de crecimiento determinado genéticamente. Esto implica que > 85% de los niños PEG adquieren este crecimiento en los dos primeros años de la vida (siendo más importante los primeros 2-6 meses)
- Efectos sobre el desarrollo neurológico y de la conducta:
- Efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado
- y sistema cardiovascular: (19)

2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Adolescente. - periodo comprendido entre los 10 -19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognitivos. (11)

Recién nacido. - Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad (15)

Apgar. - Escala de puntuación para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del Recién Nacido y la necesidad o no de algunas maniobras de reanimación en los primeros minutos de vida. (17)

Perinatal. - Periodo que transcurre desde las 22 semanas de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 gr.) y termina 7 días completos después del nacimiento. (20)

2.4. Identificación de Variables:

Se estudiará una sólo variable.

Variable de Investigación:

Características de los recién nacidos de madres adolescentes.

2.5. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO
Características de los recién nacidos de madres adolescentes	Particularidades métricas de los recién nacidos.	Edad gestacional	Pretermino: menor de 37 semanas A termino: de 37 a 41 semanas Post termino: mayor a 41 semanas	Nominal
		Peso al nacer	Macrosomico: mayor o igual a 4000gr Peso normal: de 2500 a menor de 4000 gr. Bajo peso al nacer: menor de 2500gr.	Nominal
		Peso según la edad gestacional	PEG AEG GEG	Nominal
		Apgar	Normal: de 7 a 10 puntos Depresión moderada: de 4 a 6 puntos Depresión severa: de 0 a 3 puntos	Ordinal

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación según el alcance es de tipo Descriptivo, porque se seleccionan una serie de cuestiones, conceptos o variables y se mide cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno, este tipo de investigación es una entrada para estudios analíticos. (21)

3.2 Nivel de Investigación:

Esta investigación es de Nivel descriptivo, porque se busca especificar características o rasgos importantes del fenómeno que se analiza, en este caso se busca describir las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017. (22)

3.3 Métodos de investigación:

Método descriptivo: Es un método que se basa en la observación, el trabajo utiliza este método porque se describen las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

3.4 Diseño de investigación:

Diseño descriptivo simple.

En este diseño, el investigador busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, existiendo una sola variable y una sola población:

M O

M: recién nacidos de las madres adolescentes

O: características de los recién nacidos

3.5 Población, muestra y muestreo:

Población. - La población estará constituida por todos los recién nacidos (Historias clínicas) nacidos en el Hospital de apoyo de Pichanaki, años 2016 a 2017.

Muestra. - La muestra estuvo constituida por 178 recién nacidos de madres adolescentes nacidos en el Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

El Tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, censal.

Criterios de Inclusión:

- Recién nacidos de madres adolescentes.

Criterios de exclusión:

- Recién nacidos de madres no adolescentes.

3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica: La observación.

El instrumento: Ficha de observación o de recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos se elaboró acorde a las características personales observables en las historias clínicas de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

3.7 Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos

Se solicitó permiso a la dirección e instancias pertinentes del Hospital Apoyo Pichanaki, para obtener la autorización que permita revisar las historias de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

Registro de información. Se utilizó la ficha de recolección de datos.

(Anexo 2).

Digitación. El proceso de digitación de los instrumentos de recolección de datos, por la investigadora, según requerimientos del paquete estadístico SPSS versión 22,0.

Archivo de documentos. El archivamiento de los datos fue informático, empleando el paquete estadístico SPSS versión 22,0.

Procedimiento De Recolección De Datos Y Diseño Estadístico

Los datos fueron procesados informáticamente, empleando el paquete estadístico IBM - SPSS versión 22,0.

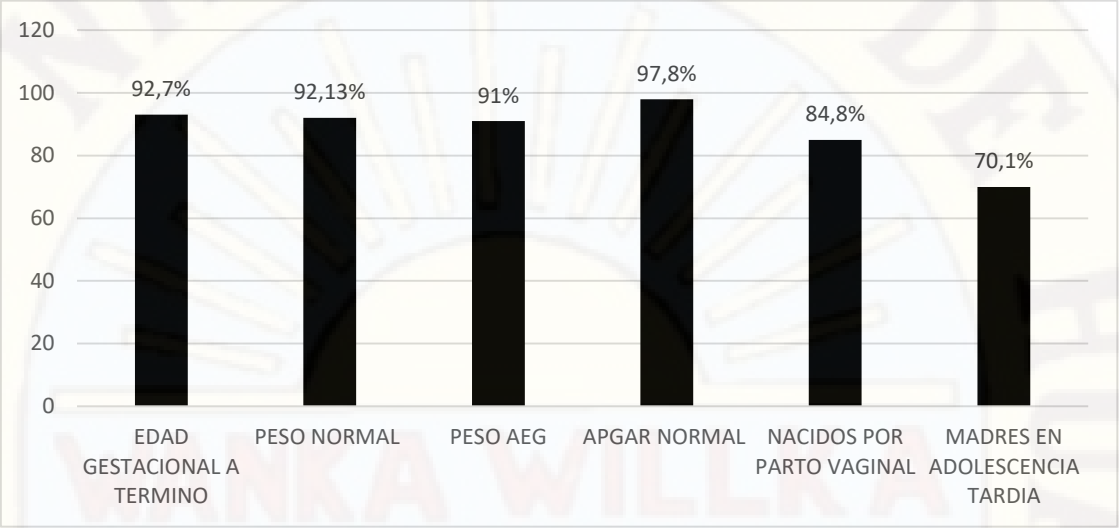
Los gráficos se elaboraron haciendo usos del programa Excel.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

La investigación tuvo como objetivo Determinar las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017. Se trabajó con una muestra de 178 recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki. Se hizo uso de la técnica de análisis documental y observación y el instrumento usado fue la ficha de recolección de datos. La presentación de los siguientes datos se hizo en concordancia a los objetivos planteados.

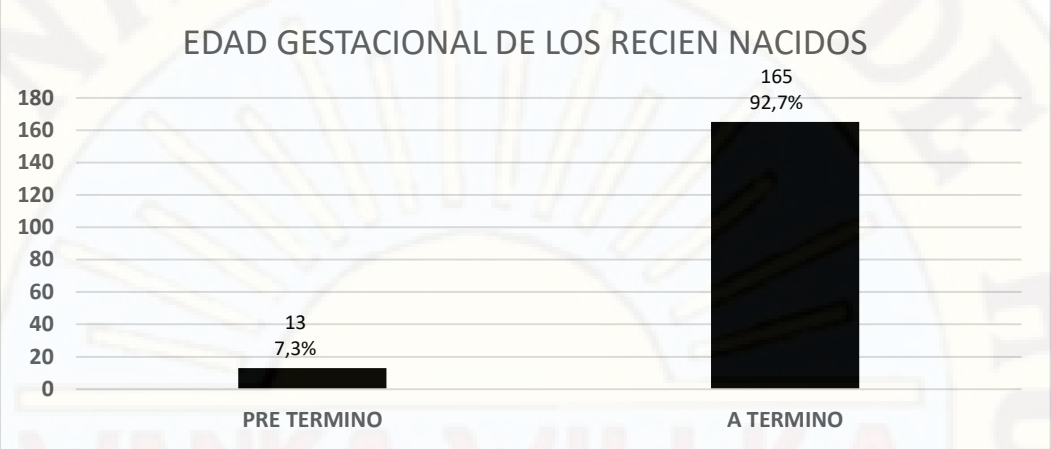
GRAFICO Nº 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos características de los recién nacidos de las madres adolescentes del hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

En la gráfica se observa características de los recién nacidos de las madres adolescentes, teniendo un 97,8% (174) nacieron con Ápgar normal, un 92,7 (165)% edad gestacional a término, un 92,13% (164) de peso normal, un 91% (162)con peso AEG, un 84,8% (151) nacidos de parto vaginal y un 70,1% (125) nacidos de madres adolescentes tardías.

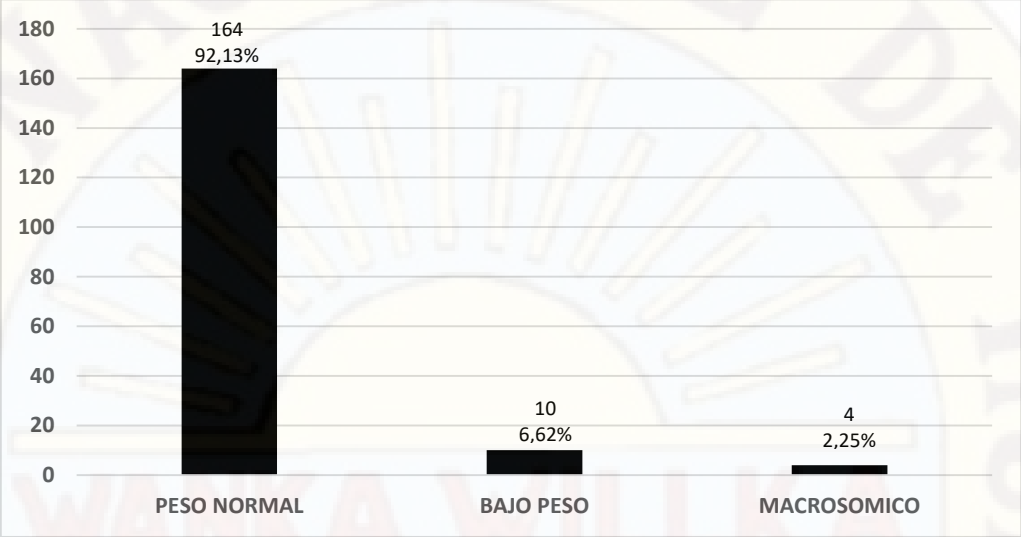
GRAFICO Nº 2: EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos características de los recién nacidos de las madres adolescentes del hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

En la gráfica se observa la edad gestacional de los recién nacidos, teniendo en un 92,7%(165) a término mientras que en un 7,3%(13) nacieron pre termino.

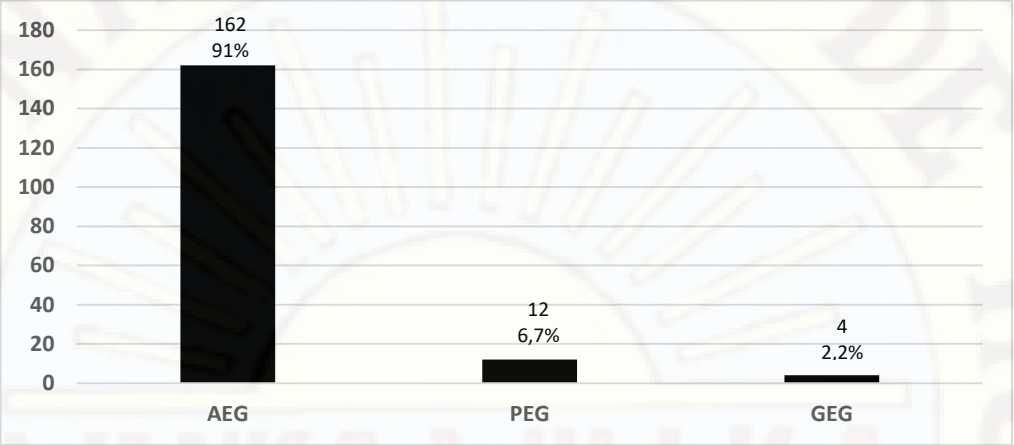
GRAFICO Nº 3: PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos características de los recién nacidos de las madres adolescentes del hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

En el grafico se observa el peso de los recién nacidos, siendo en un 92,13% (164) tuvieron un peso normal, el 5,62%(10) nacieron con bajo peso y el 2,25%(4) nacieron macrosómicos.

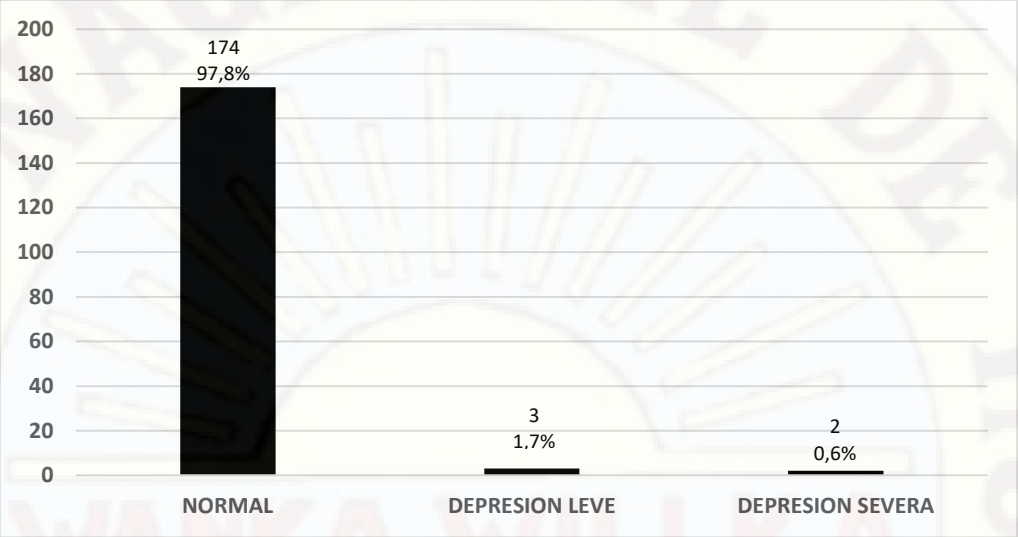
GRAFICO Nº 4: PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos características de los recién nacidos de las madres adolescentes del hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

En el gráfico se observa el peso para la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes, teniendo 91%(162) adecuada para edad gestacional; 6,7%(12) pequeños para edad gestacional y en menor porcentaje 2,2%(4) grande para edad gestacional.

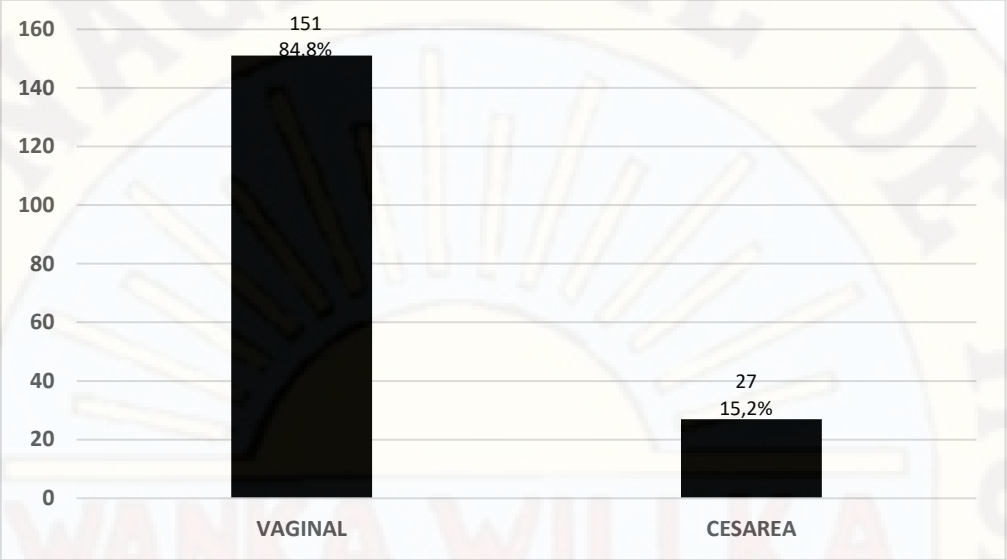
GRAFICO Nº 5: APGAR AL MINUTO Y A LOS 5 MIN DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos características de los recién nacidos de las madres adolescentes del hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

En el gráfico se observa Ápgar al minuto y a los 5 min**,** teniendo en 97,7%(154) un Ápgar normal, 1,7%(2) depresión leve y en una mínima cantidad 0,6%(1) óbito fetal.

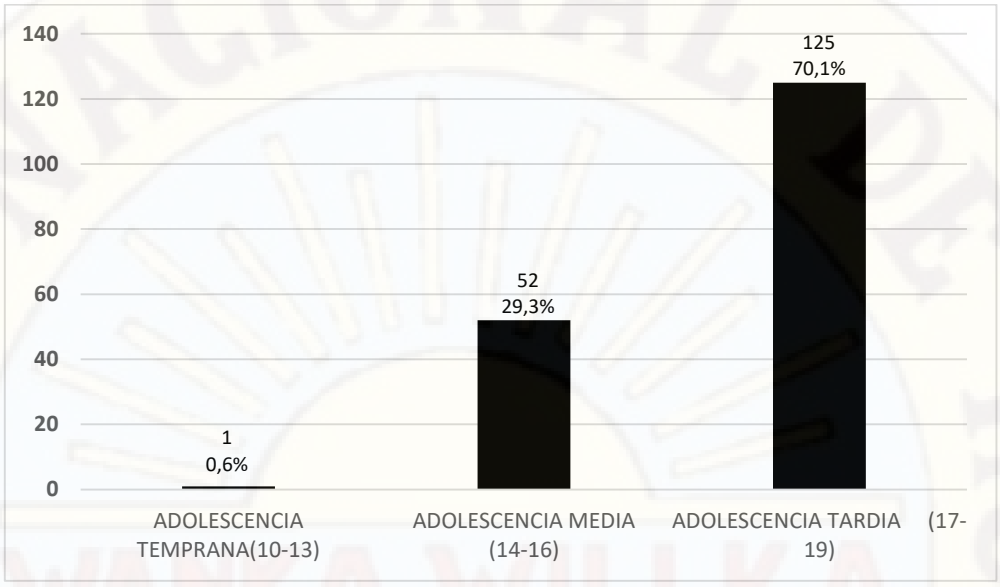
GRAFICO Nº 6: TIPO DE PARTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos características de los recién nacidos de las madres adolescentes del hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

En el gráfico se observa tipo de parto de las madres adolescentes, teniendo en un 84,8%(151) parto vaginal mientras que en un 15,2%(27) fue cesárea.

GRAFICO Nº7: EDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2016 A 2017.



Fuente: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos características de los recién nacidos de las madres adolescentes del hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.

En el gráfico se observa la edad de las madres adolescentes, se dio en 70,1%(125) en la adolescencia tardía, seguido de 29,3%(52) adolescencia media y en 0,6%(1)

4.2. Discusión de resultados

Las características predominantes de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron; 98% nacieron con Ápgar normal, un 93% edad gestacional a término, un 92% de peso normal, un 91% con peso AEG, un 85% nacidos de parto vaginal y un 70% nacidos de madres adolescentes tardías. Estos resultados coinciden con los encontrados por Francisco (8), quien reportó que el 93 % de neonatos fueron productos a término, el peso normal en el recién nacido predominó en esta población encontrándose un 88% y se observó que la mayoría de recién nacidos 80% eran AEG. La similitud puede deberse a que las poblaciones estudiadas son de contextos parecidos. Sin embargo, los resultados de la presente investigación difieren de los resultados encontrados por Sánchez (10), reportó una mayor predominancia de recién nacidos PEG y bajo peso al nacer en los neonatos de madres adolescentes.

Respecto a la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue a término en un 92,7%. Este resultado es similar a los reportes de la investigación de De La Cruz (7), quien encontró que el 88.8 % de neonatos fueron productos a término solo el 2% pre término y no se encontraron productos pos termino.

Sobre el peso de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue peso normal en un 92,1%. Este resultado concuerda con la investigación de De La Cruz (7), quien reporta El peso normal en el recién nacido predominó en esta población encontrándose 86.7 %, macrosomicos 4.7% y muy bajo peso al nacer 1.0%.

El peso para la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue adecuado para la edad gestacional en un 91%. El resultado concuerda con la investigación de De La Cruz (7), quien reporta que la mayoría de recién nacidos 79.4% era AEG, además se encontró un 8.4% de GEG y un 12.2% de PEG.

El Ápgar promedio del minuto y cinco minutos de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue normal en un 97,8%. También coincidimos con los resultados de De La Cruz (7), quien reporta APGAR en recién nacidos de madres adolescentes obteniéndose que en un 98% al minuto y a los cinco minutos respectivamente presentaron buena adaptación solo el 2% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron depresión severa al minuto y a los 5 minutos.

Los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, fueron nacidos por parto vaginal en un 84,8% y por cesárea un 15,2%. Este resultado difiere de lo encontrado por De La Cruz (7), quien reporta que el 52.24% fue parto por vía abdominal (cesárea) y 47.76% fue parto por vía vaginal y con lo reportado por Francisco (8), respecto al tipo de parto, a más de la mitad, 56%, le realizaron cesárea, teniendo como causas frecuentes, pelvis estrecha y macrosomía fetal.

Las edades de las madres adolescentes fueron; adolescencia tardía en un 70,1% y adolescencia media en un 29,3%. Entendiendo que el 99% de las adolescentes fueron mayores de 13 años. Este resultado difiero con el resultado encontrado por Mendoza y col. (6), quien encontró que los recién nacidos nacieron de madres Adolescencia temprana en 52,6%, adolescencia media 28,8% y adolescencia tardía 30,1%. La diferencia de los resultados contrastados puede deberse al tamaño de la muestra y la situación de contextos diferentes.

CONCLUSIONES

- Las características predominantes de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron; 98% nacieron con Ápgar normal, un 93% edad gestacional a término, un 92% de peso normal, un 91% con peso AEG, un 85% nacidos de parto vaginal y un 70% nacidos de madres adolescentes tardías y solo un 7,3% nacieron en edad gestacional pretérmino, 6,7% fueron pequeños para la edad gestacional en un y 5,6% tuvieron bajo peso al nacer. Por lo que se concluye que los recién nacidos de madres adolescentes tuvieron características normales al momento del nacimiento.
- La edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue a término en un 92,7%.
- El peso de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue peso normal en un 92,1%.
- El peso para la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue adexcuado para la edad gestacional en un 91%.
- El Ápgar promedio del minuto y cinco minutos de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki fue normal en un 97,8%.
- Los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, fueron nacidos por parto vaginal en un 84,8% y por cesárea un 15,2%.
- Las edades de las madres adolescentes fueron; adolescencia tardía en un 70,1% y adolescencia media en un 29,3%. Entendiendo que el 99% de las adolescentes fueron mayores de 13 años.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de salud que labora en el Hospital de Apoyo Pichanaki, implementar estrategias que permitan disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes, ya que ello constituye un riesgo para ella y su futuro niño.
- Se recomienda al personal del servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo Pichanaki, trabajar con estrategias que permitan trabajar directamente con las adolescentes y ayudarlas a prevenir un embarazo no deseado.
- Se recomienda a colegas obstetras que planean hacer investigaciones tomar como referencia o base, los datos de la presente investigación para elaborar investigaciones analíticas o experimentales.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la niñez en el mundo 2017: en deuda con la niñez. Disponible en: http://savethechildren.org.do/wpcontent/uploads/2015/08/EndofChildhood_Report_2017_SPANISH.pdf
2. Domínguez L y Col. Recién nacidos de madre adolescente. Problema actual. Rev Mex Pediatria 2010
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la Salud de la mujer, el nacido y el adolescente 2016-2030. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
4. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 Revisado [27 de Abril del 2018]. Disponible en: www.minsa.gob.pe
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú, 2016.
6. Mendoza L y col. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.5 Santiago 2012. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500008
7. De la Cruz J. características perinatales de recién nacidos de madres adolescente en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo enero – diciembre 2015. Tesis de pregrado. Lima – Perú, 2015.
8. Francisco D. Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo, octubre-diciembre 2014. Tesis de pregrado. Lima – Perú, 2014.
9. Alonso F. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. . Lima – Perú, 2012

10. Sánchez M. Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madre adolescentes y madres adultas en el hospital regional docente madre niño san Bartolomé 2002-2003, Tesis de pregrado. Lima – Perú, 2003.
11. Organización mundial de la salud. Información general y técnica: salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
12. Manrique R y COL. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez v.68 n.3 Caracas sep. 2008 [revista en la Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322008000300002&script=sci_arttext&tlng=en
13. Barrantes A y col. Embarazo y aborto en adolescentes. Med. leg. Costa Rica vol.20 no.1 Heredia mar. 2003, (revisado el 27 abril 2018). Disponible en http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009&lng=es
14. Blázquez M. Embarazo en adolescentes. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. V o l. 3 N o. 1 s e p - d i c 2 0 1 2 , [serie en internet] , (revisado el 26 abril 2018). Disponible en: http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/3_1/3_1Embarazo_Adolescente.pdf
15. Rodríguez R. Manual de neonatología 2da Edición: Editorial Mc Graw-HillInteramericana; editor. Mexico: Mexicana; 2012.
16. Valdés R. examen clínico al recién nacido, 1ra Edición: Editorial Ciencias Médicas; La Habana ,2003.
17. Caring for Your Baby and Young Child: American Academy of Pediatrics, Birth to Age 5, 6th Edition; 2015. (revista en Internet). Disponible en: https://www.healthychildren.org/spanish/agesstages/prenatal/delivery-beyond/paginas/apgar-scores.aspx
18. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: Perú, 2007.
19. Rodrigo Cifuentes: obstetricia de alto riesgo; 6ta Edición, Editorial Guadalupe; Colombia, 2007.

20. Ministerio de Salud. Normas y Protocolos para la Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo; Nicaragua, 2008.
21. Novío S., Nuñez M. y Garabal M. Investigación en Ciencias de la salud. Metodología Basica. USC, editora. Santiago de Compostela, España. 2016
22. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. Metodologia de la Investigacion. 5th ed. Mcgraw-Hll/Interamericana Editores SADCV, editor. Mexico: Mexicana; 2014.
23. Organización Mundial de la Salud, Datos y Cifras. Disponible en:,http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index2.html (fecha de consulta: 04 enero de 2018)
24. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):471-9. 36
25. Morales J, et al. Embarazo en adolescentes en la sierra rural de Ayacucho. Rev. Perú. Epidemiol. Vol 12 No 3 Diciembre 2008.

ANEXO

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE PICHANAKI 2016 A 2017.

Formulación del problema	Objetivos	Población Y Muestra	Diseño Metodológico
¿Cuáles son las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017?	**General:** Determinar las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017. **Específicos:** - Identificar la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki. - Identificar el peso de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki. - Identificar el peso para la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki. - Identificar el apgar al minuto y a los 5 min. - Identificar el tipo de parto de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki.	**Población** Estuvo constituida por todos los recién nacidos (Historias clínicas) nacidos en el Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017. **Muestra** La muestra estuvo constituida por todos los recién nacidos de madres adolescentes nacidos en el Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017.	**Tipo de investigación** Esta investigación según el alcance es descriptiva. (21) **Nivel de Investigación:** Esta investigación es de Nivel descriptivo. (22) **Métodos de investigación:** **Método descriptivo:** Es un método que se basa en la observación, el trabajo utiliza este método porque se describen las características de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2016 a 2017. **Diseño de investigación:** Diseño descriptivo simple. M O

ANEXO N° 02
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERISTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE PICHANAKI 2016 A 2017.

Fecha:……..……
Características:

1. Edad gestacional:
    - Pre termino ( )
    - A termino ( )
    - Post termino ( )
2. Peso al nacer:
    - Bajo peso ( )
    - Peso normal ( )
    - Macrosómico ( )
3. Relación peso / edad gestacional
    - PEG ( )
    - AEG ( )
    - GEG ( )
4. Apgar
    - Normal ( )
    - Depresión leve ( )
    - Depresión severa ( )
5. Edad de la madre: ……
6. Tipo de parto:
    - Vaginal ( )
    - Cesárea ( )

ANEXO N° 03
REGISTROS VISUALES