

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL PESO  
DEL RECIÉN NACIDO EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2 TARAPOTO, JULIO - DICIEMBRE  
2017”**

**Tesis para obtener el título profesional de  
OBSTETRA**

**AUTOR:**

**Bach. Magali Soledad Aranda Vilchez**  
**Bach. Renzo Reaño chumbe**

**ASESOR:**

**Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos**

**Tarapoto - Perú**  
**2018**







Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“CARACTERISTICAS MATERNAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL PESO  
DEL RECIEN NACIDO EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, JULIO - DICIEMBRE  
2017”**

**Tesis para obtener el título profesional de  
OBSTETRA**

**AUTOR:**

Bach. Magali Soledad Aranda Vilchez.

Bach. Renzo Reaño Chumbe.

**ASESOR:**

Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos

**Tarapoto - Perú**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“CARACTERISTICAS MATERNAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL PESO  
DEL RECIEN NACIDO EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, JULIO - DICIEMBRE  
2017”**

**Tesis para obtener el título profesional de  
OBSTETRA**

**AUTOR:**

Bach. Magali Soledad Aranda Vilchez.

Bach. Renzo Reaño Chumbe.

**ASESOR:**

Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos

**Tarapoto - Perú**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“CARACTERISTICAS MATERNAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL PESO  
DEL RECIEN NACIDO EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, JULIO - DICIEMBRE  
2017”**

**Tesis para obtener el título profesional de:  
OBSTETRA**


**AUTOR:**


**Bach. Magali Soledad Aranda Vilchez.**

**Bach. Renzo Reaño Chumbe.**

**Sustentado y aprobado ante el honorable jurado el día 12 de julio de 2018**

  
-----  
**Obsta. Mg Marina Victoria Huamantumba Palomino**  
Presidente

  
-----  
**Obsta. Mg Pedro Vargas Rodríguez**  
Secretario

  
-----  
**Obsta. MSc. Gloria Francisca Quijandría Oliva**  
Miembro

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

**Magali Soledad Aranda Vilchez** con DNI N° 46893837 y **Renzo Reaño Chumbe** con DNI N° 44582778, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: “**CARACTERISTICAS MATERNAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, JULIO - DICIEMBRE 2017**”.

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada o presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

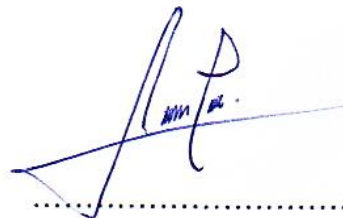
De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información de otros trabajos como propios), falsificación (al presentar la información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 12 de julio del 2018



**Magali Soledad Aranda Vilchez**

DNI N° 46893837



**Renzo Reaño Chumbe**

DNI N° 44582778



## CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

El que suscribe Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos, por el presente documento, hace **CONSTAR:**

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado “**CARACTERISTICAS MATERNAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, JULIO - DICIEMBRE 2017**”, elaborado por las Bachilleres en Obstetricia **Magali Soledad Aranda Vilchez y Renzo Reaño Chumbe**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 20 de julio del 2018



.....  
Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos  
ASESOR.

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Aranda Velchez Magali Soledad	
Código de alumno :	104103	Teléfono: 958682345
Correo electrónico :	Magliaranda_03@hotmail.com DNI: 46893837	

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la salud.
Escuela Profesional de:	Obstetricia.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	( X )	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título:	"Características Maternas y su Asociación con el peso del Recien nacido en parturientas Adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, Julio - Diciembre 2017"
Año de publicación:	2018

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	( X )	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, una licencia No Exclusiva, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento:

24 / 07 / 2018



Firma del Responsable de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

\*Acceso abierto: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* Acceso restringido: el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Reaño Cflumbe Renzo	
Código de alumno :	074117	Teléfono: 958463544
Correo electrónico :	djrenxo@hotmail.com	DNI: 4458778

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de:	Obstetricia

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título: "Características Placentarias y su Asociación con el Peso del Recién Nacido en Parturientas Adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, Julio- Diciembre 2017"
Año de publicación: 2018

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, una licencia No Exclusiva, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **“Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA”.**




Firma del Autor

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento:

24 07 / 2018



Firma del Responsable de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM - T.

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

**MAGALI**

## DEDICATORIA

A Dios por darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

**RENZO**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

A nuestro asesor el Obsta. MSc. Ángel Delgado Ríos por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal de salud, en especial a los profesionales Obstetras del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto, que contribuyeron en la obtención de los datos de la investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

**Los Autores**



## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	xx
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT .....	xii
TÍTULO: .....	1
I. INTRODUCCIÓN:.....	1
1.1. Marco Conceptual:.....	1
1.2. Antecedentes:.....	4
1.3. Bases teóricas:.....	7
1.4. Justificación: .....	12
1.5. Problema: .....	13
II. OBJETIVOS:.....	14
2.1. Objetivo general:.....	14
2.2. Objetivos específicos. ....	14
2.3. Hipótesis de investigación: .....	14
2.4. Operacionalización de variables: .....	15
III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	19
3.1. Tipo de estudio.....	19
3.2. Diseño de investigación .....	19
3.3. Universo, Población y muestra .....	19
3.4. Procedimiento .....	21
3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos: .....	21
IV. RESULTADOS:.....	22
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES .....	35
VII. RECOMENDACIONES .....	36
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
IX. ANEXOS: .....	42

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Características maternas demográficas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017	22
2	Características maternas sociales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.	23
3	Características maternas Obstétricas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017	24
4	Características maternas familiares de las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.	24
5	Complicaciones maternas presentadas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017	25
6	Complicaciones perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017	26
7	Peso del recién nacido de parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017	26
8	Característica demográficas materna de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017	27
9	Característica sociales materna de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017	28
10	Características obstétricas maternas de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017	29
11	Características familiares maternas de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.	30
12	Características de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017	30

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo “Determinar la asociación de las características maternas con el peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017”, estudio no experimental, cuantitativo, transversal, descriptivo correlacional, la población fue 416 y la muestra fue 199 casos de parturientas adolescentes. La técnica fue la revisión documentaria y como instrumento ficha de recolección de datos. Resultados: Las características maternas de las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, fueron: características sociodemográficas y económicas; edad entre 15 a 19 años (95,0%), estado civil conviviente (79,4%), procedencia urbana (49,7%), grado de instrucción secundaria (54,8%); estado nutricional, normal (80,9%); bajo nivel socioeconómico (74,4%), desempeña trabajo no calificado (88,9%), violación sexual (1,5%). Las características obstétricas: atención prenatal inadecuado porque se ubican en < 5 CPN (56,3%), paridad entre 0 – 1 parto (97,0%), embarazo a término (84,4%). El 91,0% presentaron patologías obstétricas: RPM (22,6%), EHIE (5,0%), trabajo de parto prolongado (13,1%), expulsivo prolongado 8,5%, insuficiencia placentaria (7,5%). Según las complicaciones perinatales fueron: Prematuridad (13,1%), bajo peso al nacer (11,1%), retardo de crecimiento intrauterino (7,5%). Los recién nacidos según peso fueron: bajo peso o hipotrófico el 88,4%, peso adecuado el 11,1% y el 0,5% de peso alto o hipertrófico. Las características maternas de mayor asociación al peso del recién nacido son: edad entre 15 – 19 años ( $X^2=18,995$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ) y la edad gestacional < 37 semanas) ( $X^2= 43,509$ ;  $p= 0,000$ ) ( $p<0,05$ ).

En conclusión: Existe asociación significativa entre las características maternas y el peso del recién nacido por la edad entre 15 – 19 años, considerada adolescencia tardía, ( $X^2=18,995$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ), atención prenatal inadecuada (<5) ( $X^2= 15,598$ ;  $p= 0,004$ ) y la edad gestacional < 37 semanas) ( $X^2= 43,509$ ;  $p= 0,000$ ) ( $p<0,05$ ).

**Palabras claves:** características maternas, peso del recién nacido, parturientas adolescentes.

## ABSTRACT

The objective of this study was "To determine the association of maternal characteristics with the weight of the newborn in parturient adolescent attended in Tarapoto II - 2 Hospital, July - December 2017", it is a non - experimental, quantitative, transversal, descriptive correlational study, the population was 416 and the sample was 199 cases of adolescent parturient. The technique was the documentary review and as an instrument data collection card. Results: the maternal characteristics of the parturient adolescent attended at Tarapoto II-2 Hospital were; sociodemographic and economic: age between 15 to 19 years (95.0%), civil cohabitation (79.4%), urban origin (49.7%), secondary education degree (54.8%); nutritional status, normal (80.9%); low socioeconomic level (74.4%), performs unskilled work (88.9%), rape (1.5%). Obstetric characteristics: inadequate prenatal care because they are located in <5 NPC (56.3%), parity between 0 - 1 delivery (97.0%), full term pregnancy (84.4%). 91.0% presented obstetric pathologies: such as RPM (22.6%), EHIE (5.0%), prolonged labor (13.1%), prolonged expulsive 8.5%, placental insufficiency (7.5 %). According to perinatal complications were prematurity (13.1%), low birth weight (11.1%), intrauterine growth retardation (7.5%). Newborns by weight were: low weight or hypotrophic 88.4%, appropriate weight 11.1% and 0.5% high or hypertrophic weight. The maternal characteristics of greater associated to the weight of the newborn are: age between 15 - 19 years ( $X^2 = 18,995$ ,  $p = 0,000$ ) ( $p < 0,05$ ) and gestational age <37 weeks) ( $X^2 = 43,509$ ;  $p = 0.000$ ) ( $p < 0.05$ ).

In conclusion: There is a significant association between maternal characteristics and the weight of the newborn by age between 15 - 19 years ( $X^2 = 18,995$ ,  $p = 0.000$ ) ( $p < 0.05$ ), inadequate prenatal care (<5) ( $X^2 = 15.598$ ,  $p = 0.004$ ) and gestational age <37 weeks) ( $X^2 = 43.509$ ,  $p = 0.000$ ) ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** maternal characteristics, weight of the newborn, parturient adolescent.



## **TÍTULO:**

“Características maternas y su asociación con el peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio - diciembre 2017”

## **I. INTRODUCCIÓN:**

### **1.1. Marco Conceptual:**

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, por que condicionan a situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el hijo. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años y en menores de 19 años trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo y se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida (1).

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan a esta población; la cual se puede dividir en dos etapas: Temprana de los 10 a los 14 años y tardía de los 15 a los 19 años. Por esta razón, es una etapa de la vida caracterizada por la inmadurez biológica, psíquica y emocional para asumir el rol de madre. Es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%). El primer embarazo plantea condiciones específicas que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada (2, 3, 4).

El embarazo en adolescentes es una condición que mundialmente se encuentra en aumento, principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Además resulta una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente debido a que estas no han alcanzado la mayor capacidad biológica; por ello, se convierte en una de las preocupaciones de la salud más importantes derivada de la conducta sexual de las adolescentes (5, 6,7).

Este fenómeno es un problema de salud pública, pero también un problema de desarrollo y de derechos humanos, debido a que básicamente son las condiciones psicológicas y

socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia e implicando repercusiones en la vida de la adolescente, su hijo, entorno familiar y social. Este suceso está aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Se menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazan; 30 000 son menores de 15 años y en su mayoría, los embarazos son no planeados; siendo esto una constante preocupación de los países en vías de desarrollo por la alta tasa de complicaciones obstétricas a las que conlleva este suceso. Aunque una adecuada atención durante el embarazo puede minimizar en mucho los resultados desfavorables, pero esto no es así en la mayoría de los casos (8, 9,10, 11).

En el Perú, la frecuencia de embarazos en adolescentes varía de una región a otra, siendo en la Costa 13.3%, en la Sierra 15.1% y 30.8% en la Selva. También cabe resaltar que los adolescentes representan un poco más de la quinta parte de la población total (20.72%), superando el porcentaje de la población infantil. Asimismo, el 51.93% de la población adolescente tiene edades comprendidas entre los 10 y 14 años (12, 13, 14).

La fecundidad de adolescentes en los últimos cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,9 puntos porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 14,6% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 11,7% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez; estos resultados difieren ligeramente de los obtenidos en el año 2009. Al igual que en la Encuesta del 2009, los resultados del año 2014 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,7% entre las de 15 años hasta el 31,2% en las de 19 años de edad (15,16, 17).

Otro factor de riesgo que predisponen la aparición de complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio son: la anemia, el estado nutricional inadecuado, y las infecciones del tracto urinario; si bien es cierto aún hay controversia con estos factores, ya que no hay estudios que logren demostrar a ciencia cierta qué tanto pueden influir estas condiciones maternas en las complicaciones obstétricas desencadenantes de muerte materna; sin embargo se conoce que están presentes en muchas de las complicaciones, pero no se les ha asociado de manera total a los desenlaces finales e inesperados en el parto y puerperio. (18, 19, 20, 21).

Si bien es cierto que los listados de factores de riesgo se tienen poco en cuenta, ya que en países en vías de desarrollo se considera a toda gestante de riesgo, no hay que olvidarse que hay una serie de condiciones que predisponen la aparición de determinadas patologías (causas básicas) actuando como factores de riesgo o factores asociados. Entre los principales tenemos: la atonía uterina, que es frecuente en partos prolongados, en corioamnionitis, en partos precipitados, en úteros fibromatosos, en casos de sobre distensión uterina como embarazo múltiple, hidramnios, feto grande; la pre-eclampsia – eclampsia, en edades extremas de la vida reproductiva, mujeres con antecedente personal o familiar de pre eclampsia - eclampsia, mujeres diabéticas o con enfermedad trofoblástica, enfermedad renal, hipertensión crónica; entre otras. En cuanto a la infección, es frecuente en rotura prematura de membranas ovulares, trabajo de parto o partos prolongados, en hemorragias profusas, deshidratación y en mujeres con infecciones de transmisión sexual recurrentes, entre otras (17, 19, 22).

El embarazo adolescente se vincula con graves riesgos para la salud y a mayor cercanía del embarazo al momento de la primera menstruación mayores pueden ser las complicaciones. En ese período la adolescente aún no ha cesado su crecimiento, lo que incrementa el riesgo de déficit energético y de nutrientes indispensables para un adecuado crecimiento, una óptima ganancia de peso en el embarazo, el buen desarrollo fetal y adecuado peso del neonato. Las deficiencias nutricionales y el bajo peso al nacer –BPN– se han asociado con alteraciones en la formación de las estructuras corporales y con mayor probabilidad de sufrir problemas metabólicos, como obesidad y enfermedades cardiovasculares en la edad adulta (20).

El parto es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor a 500 gr. y con una edad gestacional igual o mayor a 22 semanas (CIE 10) contadas desde el primer día de la última menstruación. Dependiendo de las semanas con las que concluya el embarazo podemos clasificarlo como: post término (mayor a 42 semanas), a término (de 37 a 41 semanas), pre término (mayor de 22 y menor de 37 semanas) (17, 18).

La gestación adolescente como causa del BPN puede explicarse por la competencia entre el feto y la madre por los nutrientes, la malnutrición materna, prematuridad, las características de salud propias de este periodo; o por la presencia de factores de riesgo característicos de

esta edad, como el consumo de licor, sustancias psicoactivas, cigarrillo e inadecuados hábitos de alimentación (20).

Se ha evidenciado mayor prevalencia de embarazo adolescente en contextos de pobreza, e inequidad social, condiciones que contribuyen con la inseguridad alimentaria en el hogar, con serias implicaciones para la madre y el feto en formación (20).

Por lo anterior mencionado y conocedores de las características maternas como obstétricas observadas en las diferentes mujeres atendidas en el servicio de ginecoobstetricia, durante el internado es que consideramos importante desarrollar el presente estudio de investigación, con el propósito de contribuir a la reducción de la morbilidad y por ende a la mortalidad materna perinatal.

## **1.2. Antecedentes:**

**Serra M, Alonso R, Sáez V. (2011)**, en su estudio “Embarazo en adolescentes del Policlínico “Rafael Valdés” en el año 2009”, Municipio Cotorro de la Habana-Cuba, estudio descriptivo y prospectivo, cuya muestra estuvo constituida por 79 adolescentes gestantes, que representó el 44.38 % de las embarazadas adolescentes del municipio y el 17.75 % del total de embarazadas. Resultados: la tasa de embarazo en adolescentes en el año 2009, fue de 226 x 1000 y muestra una tendencia al aumento. La infección vaginal (98,7 %), la anemia (58,2 %) y la bacteriuria asintomática (38 %), fueron las morbilidades más frecuentes. Conclusión: el embarazo en la adolescencia es un problema de salud que hoy está en aumento y que continúa siendo necesario investigar (23).

**Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. (2011)**, en su estudio “Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo”, Cartagena (Colombia), estudio de corte transversal, cuya muestra fueron 100 adolescentes embarazadas. Resultados: las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pretérmino [OR 5,0 (IC 95%: 1,86 -13,7)] y parto vía cesárea [OR 3,57 (IC 95%: 1,25 – 10,5)]. Conclusiones: se concluye que el embarazo a edad temprana conlleva a complicaciones durante la gestación en el grupo de adolescentes de 13 a 18 años (24).



**Macías C, Murillo E. (2010)**, en su estudio “Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera, de enero a septiembre del 2010”, Portoviejo Ecuador, estudio descriptivo transversal, cuya muestra fueron 180 adolescentes embarazadas que recibieron atención. Resultados: según el grupo atareó, las adolescentes de entre 15 a 19 años, representaron el grupo de mayor frecuencia de atención con un 88% y de 10 a 14 años con un 12%. Las gestantes adolescentes procedían de zonas urbanas en un 26%, un 35% de la zona rural y en un 39% correspondieron a la zona periurbana. El nivel de instrucción de las adolescentes estuvo distribuido en un 65% a la secundaria, en un 29% a la primaria, un 5% superior, y solo el 1% no tenía estudios. La frecuencia de las atenciones prenatales fueron > de 6 (79%) y < de 6 (21%). Antes del embarazo actual en el momento de la investigación el 21% de las adolescentes ya habían tenido gestas anteriores, distribuidas en Segundigesta con en el 15% de los casos, multigesta en el 6%, y Primigesta en el 79% de los casos. De las 180 embarazadas, se observó complicaciones obstétricas en 30 (17%) de ellas, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a ITU, un 4% a pre eclampsia, un 2% a RPM y un 1% a hemorragia post parto, sin embargo el 82% no tuvieron complicaciones. Hubo 62% partos espontáneos y por cesáreas el 31% (25).

**Gutiérrez S, Rodríguez J. (2014)**, en su estudio “Principales factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la presencia de muerte materna en el parto y puerperio en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Distrito Huamachuco - Provincia Sánchez Carrión. Durante los años 2003 – 2013”, Trujillo Perú, estudio descriptivo correlacional; con una muestra de 10 muertes maternas de 7020 partos. Para lo cual se utilizó un instrumento estructurado para el recojo de la información de las variables en estudio. El análisis de datos se efectuó con la prueba de Chi cuadrado, concluyéndose que al evaluar los factores de riesgo biológicos y patológicos, sólo el espaciamiento óptimo tuvo relación estadísticamente altamente significativa con la muerte materna en el puerperio ( $p < 0.01$ ) respecto a las complicaciones maternas asociadas a la muerte materna fueron: la pre eclampsia-eclampsia, con mayor frecuencia (50%), la retención de placenta (30%) y atonía uterina (20%) (26).

**Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Cayra O. (2011)**, en su estudio “Patologías Obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las Adolescentes atendidas en el

Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2009”. Perú, Estudio descriptivo, de diseño no experimental, se revisó 363 Historias Clínicas Perinatales. Resultados: Primigestas 68.1% (247), segundigestas 26.9% (98) y multigestas 4.9% (18). El número de las atenciones prenatales identificados correspondió a adecuado en 63.1% (229), inadecuada atención prenatal 31.4% (114) y 5.5% (20) sin atención prenatal. Las complicaciones obstétricas fueron: anemia 25.3% (92), infección del tracto urinario 14% (51), abortos 9.6% (35) y pre eclampsia 21.9% (80); en el parto: cesárea 31.1% (113), parto prematuro 13.2% (48), en el puerperio: endometritis 0.8% (3) y hemorragia post parto 0.5%. Conclusiones: Patologías durante el embarazo: anemia 25,3%(92), infección del tracto urinario 14,0%(51), abortos 9,6%(35) y pre-eclampsia leve 8,2%(30); en el parto: cesárea 31,1%(113), pre-eclampsia severa 13,7%(50), parto prematuro13,2%(48), en el puerperio: endometritis 0,8%(3) y hemorragia por atonía uterina 0,5%(2). (27).

**Paliza O. (2014)**, en su estudio “Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba julio a diciembre 2014”, San Martín Perú, estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, cuya población y muestra fueron 145 gestantes adolescentes, recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica Resultados: el 67.6% presentan entre 17 a 19 años, el 47.6% proceden de la zona urbana, el 59.3% con nivel de instrucción secundaria, el 75.9% son primigesta, el 9.7% con antecedente de aborto, el 18.6% con menos de 37 semanas de gestación, el 71.7% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34.5% terminan su embarazo en cesárea. El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarro I grado (7.6%), pre-clampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%). El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y prematuridad (2.8%). El adecuado control prenatal se relacionó significativa ( $p=0.000$ ) a la presencia de complicaciones obstétricas. La edad, ´procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones no se relacionan con la frecuencia de complicaciones obstétricas. La edad, ´procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones y control prenatal no se relacionan con las frecuencia de complicaciones perinatales. Conclusiones Las gestantes adolescentes que se atiende en el Hospital II-1 de Moyobamba presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas que perinatales (28).

### **1.3. Bases teóricas:**

#### **1.3.1. Adolescencia:**

Hoy se considera como una etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos, conductuales y adquiere la capacidad reproductiva, lo que requieren de una cuidadosa atención por las importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales que finalmente “imprimen” en la persona el sello de la madurez, con los rasgos característicos del adulto (29, 30).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia comprende el grupo etáreo de 10 a 19 años de edad, clasificándola como: Adolescente Temprana: de 10 a 14 años y Adolescente Tardía: de 15 a >19 años (4).

#### **1.3.2. Embarazo en adolescentes:**

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo (31).

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado el embarazo adolescente como de mayor riesgo para la salud de la mujer y la de su hijo/a (con grandes probabilidades de presentar complicaciones y de morir durante el embarazo y parto) (4).

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo (32).

#### **1.3.3. Situación del embarazo en adolescentes en Perú**

Si bien la tasa de fecundidad de las adolescentes ha venido descendiendo en la gran mayoría de los países, aun así su conducta reproductiva es de gran preocupación. En comparación con los cambios observados en las tasas de fecundidad de los grupos de mujeres de mayor

edad debido al uso de métodos de planificación familiar, la reducción de la fecundidad en las adolescentes es esencialmente resultado de la postergación de la primera unión. Según la ENEI 2014 Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (22,0%) y en las residentes de la Selva (24,7%); y, los menores porcentajes en el área urbana (12,2%) y en Lima Metropolitana (11,6%). La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según departamento. Mientras que el 30,4% de las adolescentes de Loreto ya tenían una hija y/o hijo o estaban embarazadas; en Moquegua y Arequipa solo el 7,0% y 8,4%, respectivamente, estaban en la misma situación. Otros departamentos que presentan altos porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas con la primera hija/o, además de Loreto, fueron Amazonas (28,1%), Madre de Dios (24,4%), San Martín (24,1%) y Tumbes (21,4%). Por el contrario los departamentos con menor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas con la primera hija/o, además de Moquegua y Arequipa, fueron Lambayeque (9,2%), Junín (10,5%) y Apurímac (10,6%) (32).

En el Perú, el comportamiento sexual y la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes, así como la incidencia del embarazo, varían según identidad étnica, región de procedencia, nivel educativo y estrato socioeconómico al que pertenecen. En todos los casos, son las adolescentes en situación de pobreza y exclusión social las más vulnerables, tanto en las áreas periurbanas como en las áreas rurales del país (33, 34, 35).

#### **1.3.4. Características maternas del embarazo en adolescentes:**

El embarazo adolescente no está condicionado o determinado por una sola característica, son varios elementos que, al combinarse, incrementan el riesgo de que una adolescente quede embarazada (36).

En el análisis de las características maternas en el problema se pueden identificar eventos tales como: La edad de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes sin información sobre su sexualidad ni acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

La edad en la que ocurre el primer embarazo. El embarazo adolescente predispone a una mayor incidencia de muertes maternas y perinatales debido a complicaciones obstétricas vinculadas con la inmadurez biológica de la adolescente (37).

Algunos autores plantean que existe un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales de los 10 años hasta los 19 años, el 25% de estas adolescentes se embaraza y el 60% de estos ocurre dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales (38).

Además, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

- **Características individuales:** Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
- **Características familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- **Características sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, violación, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (39, 40).
- **Características demográficas:**

**Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno, se menciona que a más edad temprana mayor el riesgo para producir complicaciones materno perinatales.

**Estado civil:** en la adolescencia se desarrolla un mayor número de abandono de parejas, ya sea por temor, estudio, en otros casos abusos sexuales. Lo cual por el mismo hecho de ser menores de edad solo pueden llegar a tener un estado civil (conviviente). afectando al binomio madre-niño. Por no existir una familia estable.

**Procedencia:** según estadísticas de la INEI 2014 menciona que las zonas rurales presentan un mayor porcentaje de gestantes adolescentes.

**Grado de instrucción:** una vez que se produce el embarazo muchas de las adolescentes abandonan los estudios.

**Estado nutricional:** Evaluada mediante el índice de masa corporal pre-gestacional. Encontrando un buen estado o mal estado lo cual sería una complicación que conllevaría a un RCIU, etc.

**Antecedente materno:** vamos a encontrar enfermedad hipertensiva, la diabetes mellitus, anemia, ITU, ITS, etc. (41)

- **Características obstétricas**

- **Atención prenatal:** Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer.
- **Paridad:** Número de partos que ha tenido la gestante, antes del embarazo actual.
- **Edad gestacional:** Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud.
- **Periodo intergenésico:** Es el tiempo que transcurre en meses entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.

(41).

- **Complicaciones Perinatales:**

- **Prematuridad:** al nacer un niño antes de las 37 semanas de gestación presentaría complicaciones por no estar totalmente capacitado para salir al exterior del útero. Lo que conllevaría a esta complicación sería una ITU, RPM, diabetes mellitus, desnutrición materna, etc.
- **RCIU:** esta complicación se presenta ya sea por una desnutrición, pre eclampsia, etc.
- **Sepsis perinatal:** infección del recién nacido causado por virus o bacteria.
- **Bajo Peso al Nacer:** la desnutrición materna nos conllevaría a una complicación de este aspecto.
- **Malformaciones Congénitas:** las diferentes y múltiples deformaciones que presenta un órgano determinado del cuerpo.
- **Muerte Neonatal:** Indicador que habitualmente se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de vida de los RN durante los primeros 28 días de vida en un determinado país, región o población
- **Sufrimiento fetal:** es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su

muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.  
(42)

### 1.3.5. Complicaciones maternas:

- **Sepsis Severa:** las complicaciones de infecciones ya sea por una corioamnionitis que fue producida por un RPM, restos placentarios, etc.
- **Pre-eclampsia:** Embarazada con cifras de presión arterial iguales o superiores a 140 mmHg de sistólica y 90 mm Hg o aumento de la presión arterial sistólica en  $\geq 30$  mmHg y aumento de la presión arterial diastólica en  $\geq 15$  mm Hg, con más de 300 mg de proteínas en orina de 24 horas, acompañada o no de hiperuricemia (ácido úrico mayor o igual a 6 mg% o mayor a 350mmol/L), conllevando a producirse una eclampsia
- **Síndrome de Hellp:** Se trata de una complicación multi-sistémica del embarazo. Aunque probablemente representa una forma severa de pre eclampsia, la relación entre estas dos entidades es controvertida.
- **Hemorragia Post Parto:** por presentarse las retenciones placentarias la atonía uterina y los diferentes desgarros o incluso una rotura uterina.
- **Atonía uterina:** es una de las causas que en los lugares más alejados de nuestro país son las que producen nuestras muertes maternas.
- **Patologías Obstétricas:** RPM, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.(42).

### 1.3.6. Recién Nacido

Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de nacido.

#### **Recién nacido vivo:**

Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

De acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

- **De bajo peso (hipotrófico):** Cuando éste es inferior al percentil 10 ( $< 2500$  gr.) de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
- **De peso adecuado (eutrófico):** Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 ( $2500 - 4000$ gr.) de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
- **De peso alto (hipertrofico):** Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 ( $>4000$ gr.) de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación (43).

#### **1.4. Justificación:**

El estudio aborda el embarazo en la adolescencia que constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, que se ha expandido considerablemente en nuestro país. Según la bibliografía los partos se suceden en mujeres entre 12 y 14 años de edad, con un índice de 80%, por tanto afecta a la población más joven y vulnerable, ya que la mujer principalmente asume el problema sin ayuda de la pareja o familiares (15).

El estudio es importante porque, el embarazo en adolescentes contribuye a la razón de muerte materna perinatal, uno de los indicadores más relevantes en el desarrollo de los pueblos, y todos los países en el mundo hacen esfuerzos denodados para disminuirla. El Perú ha hecho lo propio, pero a pesar de estos esfuerzos aún no es suficiente, ya que seguimos siendo uno de los países con mayor razón de mortalidad materna en Sudamérica, y la región San Martín no está aislada del problema sino muy por lo contrario contribuye al mismo (20).

También cabe resaltar que la morbilidad materna y sobre todo las madres adolescentes y sus bebés por nacer son parte de las prioridades regionales de San Martín, considerada como un aspecto importante para lograr el desarrollo humano sostenible. Actualmente se conocen algunas características maternas y las principales complicaciones que desencadenan la muerte materna, así como los factores de riesgo a nivel nacional, pero aún esta identificación no es completa, mucho menos en las poblaciones de la Selva, siendo necesario abordarlas con estrategias adecuadas a las realidades de las mujeres de la región.

Además el estudio es importante porque permite conocer la realidad de cada pueblo, de cada región, y ver si de esta manera se pueden establecer estrategias efectivas adecuadas a su



realidad local para conseguir una reducción drástica del embarazo adolescente que directamente contribuiría a reducir la morbilidad materna, en el menor tiempo posible. El estudio en la práctica contribuye con el personal de salud para que afronten con mayor preparación y capacidad las complicaciones desencadenantes materna perinatal, incluso prevenirlas anteponiéndose a los hechos.

Al lograrse establecer la debida relación entre las características maternas y el peso del recién nacido podemos evitar la complicación materna perinatal, permitiendo a la población de San Martín tener más opciones para salvaguardar la salud materna durante el parto y puerperio, ya que es uno de las localidades con mayor mortalidad en la región.

Así mismo el estudio será de mucha utilidad para mejorar la salud materna de la zona selva de nuestra región específicamente en la provincia de San Martín. Porque al mejorar la calidad de vida de nuestra región significa empezar a trabajar desde abajo con nuestros jóvenes adolescentes para inducir en promover una planificación de vida con un futuro beneficioso para cada miembro de la familia, es así que el porcentaje de gestantes adolescentes debería disminuir, ya que no han alcanzado la mayor capacidad biológica para el embarazo y pueden presentar muchas complicaciones durante parto.

También la investigación será, un gran aporte en cuanto a evidencias, para investigaciones futuras que se quieran desarrollar en el tema tanto para los profesionales en salud y estudiantes.

Por todo lo mencionado el estudio es relevante, ya que aborda una de las preocupaciones obstétricas más importantes derivadas de la conducta sexual de las adolescentes, porque ayuda a la contribución de estrategias que disminuyan el embarazo adolescente y sus complicaciones, se pretende evaluar las características maternas y obstétricas asociándolas con el peso del recién nacido en la prevención de las principales complicaciones materno-perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

### **1.5. Problema:**

¿Cuál es la asociación entre las características maternas con el peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio– diciembre 2017?

## **II. OBJETIVOS:**

### **2.1. Objetivo general:**

Determinar la asociación de las características maternas con el peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

### **2.2. Objetivos específicos.**

1. Identificar las características maternas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.
2. Identificar las complicaciones maternas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.
3. Identificar las complicaciones perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.
4. Identificar el peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.
5. Identificar la característica materna de mayor asociación con el peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

### **2.3. Hipótesis de investigación:**

Existe relación estadísticamente significativa entre las características maternas con el peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

### **2.4. Operacionalización de variables:**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  <b>Características maternas</b>	Cualquier particularidad, rasgo o exposición de la gestante adolescente que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o daños	Cualquier peculiaridad o exposición de la gestante adolescente que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o daño, agrupadas en características directas e indirectas obstétricas.	<b>Características demográficas</b>	Edad: 1. 10 - 14 2. 15 – 19	1	Ordinal
				Estado Civil: 1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada		Nominal
Procedencia: 1. Rural 2. Urbana 3. Urbano marginal						
Grado de instrucción: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior no universitario 5. Superior universitario						
Estado Nutricional: 1. Normal 2. Bajo peso 3. Sobre peso 4. Obesidad						
<b>Características sociales</b>			<b>Características sociales</b>	Bajo nivel socioeconómico: 1. Si 2. No	2	Nominal
				Hacinamiento: 1. Si 2. No		

				<p>Estrés: 1. Si 2. No</p>		
				<p>Delincuencia: 1. Si 2. No</p>		
				<p>Alcoholismo: 1. Si 2. No</p>		
				<p>Trabajo no calificado: 1. Si 2. No</p>		
				<p>Violación Sexual: 1. Si 2. No</p>		
			<b>Características familiares</b>	<p>Disfunción familiar: 1. Si 2. No</p>	3	Nominal
				<p>Antecedente Madre o hermana embarazada adolescente: 1. Si 2. No</p>		
				<p>Pérdida de figura significativas: 1. Si 2. No</p>		
				<p>Baja Escolaridad: 1. Si 2. No</p>		
			<b>Características obstétricas</b>	<p>Atención Prenatal 1. Adecuado (<math>\geq 6</math> CPN) 2. Inadecuado (<math>\leq 5</math> CPN) 3. Sin APN.</p>	4	Nominal

				Paridad: 1. 0-1 2. 2- más		Nominal
				Edad Gestacional: 1.<37 Semanas (Pre término) 2.>37 Semanas (A término)		Nominal
				Periodo Intergenésico: 1. ≤ 2 años 2. > 2 años 3. No aplica		Nominal
			<b>Complicaciones perinatal</b>	Prematuridad: 1. Si 2. No	5	Nominal
				RCIU: 1. Si 2. No		
				Sepsis perinatal: 1. Si 2. No		
				Bajo peso al nacer: 1. Si 2. No		
				Malformaciones: 1. Si 2. No		
				Sufrimiento fetal: 1. Si 2. No		
			<b>Complicaciones maternas</b>	Patología Obstétrica: 1. Si 2. No	6	Nominal
				RPM: 1. Si 2. No		

				EHIE: 1. Si 2. No Trabajo de parto Prolongado: 1. Si 2. No Expulsivo Prolongado: 1. Si 2. No Diabetes gestacional: 1. Si 2. No Insuficiencia Placentaria: 1. Si 2. No DCP: 1. Si 2. No OTROS: 1. Si 2. No		
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  <b>Peso del recién nacido</b>	Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de nacido.	Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de nacido de acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad gestacional.	<b>Peso del recién nacido</b>	Peso Alto (> 4000 gr.): 1. Si 2. No Peso Adecuado (2500 – 4000gr): 1. Si 2. No Peso Bajo (< 2500 gr.): 1. Si 2. No	7	Nominal

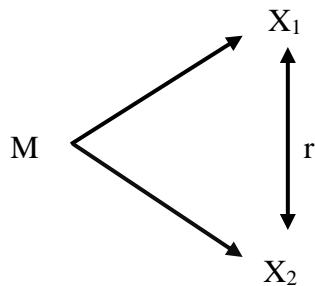
### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de estudio.

El presente estudio fue no experimental, de enfoque cuantitativo, de investigación descriptivo correlacional, de corte transversal, retrospectivo.

#### 3.2. Diseño de investigación

El presente estudio fue de diseño descriptivo correlacional cuyo gráfico es el siguiente:



#### Donde:

M: muestra, constituida por las historias clínicas de las parturientas.

X<sub>1</sub>: Variable independiente, características maternas

X<sub>2</sub>: Variable dependiente, tipos de peso del recién nacido de las parturientas adolescentes

r: relación entre variables.

#### 3.3. Universo, Población y muestra.

##### Universo:

Estuvo conformado por todas las parturientas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de julio- diciembre 2017.

##### Población:

Estuvo conformado por todas las parturientas adolescentes que culminaron su embarazo en el Hospital II-2 Tarapoto, julio - diciembre 2017, que asciende a 416 parturientas adolescentes durante este período según el Sistema Informático perinatal y el área de estadística.

##### Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra suele utilizarse la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

**Donde:**

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población.

$\sigma$  = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,05), valor que queda a criterio del encuestador.

$$n: \frac{(416) (0.5)^2 (1.96)^2}{(416-1) (0.05)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$$

$$n: \frac{(416) (0.25) (3.8416)}{(415) (0.0025) + (0.25) (3.8416)}$$

$$n: \frac{399.36}{1.0375 + 0.9604}$$

$$n: \frac{399.36}{1.9979}$$

n: 199.97 = 199
-----------------

**Unidad de análisis:**

Fue una parturienta adolescentes atendida en el Hospital II-2 Tarapoto. Julio - Diciembre 2017,

**3.3.1. Criterios de inclusión:**

- Parturienta adolescente de parto vaginal y/o cesárea atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, julio-Diciembre 2015.
- Historia clínica completa



### 3.3.2. Criterios de exclusión:

- Historia clínica incompleta.

### 3.4. Procedimiento

- Se realizó revisión bibliográfica y se elaboró el proyecto de investigación.
- Se presentó el proyecto de investigación a la facultad ciencias de la salud para su revisión y aprobación.
- Se presentó una solicitud de autorización al Director del Hospital II-2 Tarapoto para realizar la investigación.
- Se realizó la recolección de información a través de la verificación de las historias clínicas de parturientas adolescentes.
- Luego se realizó un análisis de los datos recolectados para determinar los factores de riesgo y las complicaciones.
- Seguidamente se procedió con el registro de las variables a estudiar extraídos y registrados en la ficha de recolección de datos y verificados por el asesor.
- Finalmente los datos se clasificaron y ordenaron según las variables estudiadas para su almacenamiento.
- Posteriormente se elaboró el informe de tesis y se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Por último se procedió a la sustentación de la investigación ante un jurado calificador.

### 3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

**La técnica** fue la revisión documentaria la cual permitió tomar la información de la historia clínica materno perinatal y del sistema informático perinatal, del servicio de obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto que cumplieron con los criterios de inclusión.

**El instrumento** utilizado fue la ficha de recolección de datos que permitió almacenar la información para su posterior análisis, la ficha estuvo compuesta por 2 ítems, en el primero se recoge información de los factores obstétricos y maternos, en el segundo ítem las complicaciones materno-perinatales.

#### IV. RESULTADOS:

**Tabla 1:** Características maternas demográficas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Características Demográficas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
10 – 14 años	10	5,0%
15 – 19 años	189	95,0%
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	38	19,1%
Conviviente	158	79,4%
Casada	03	1,5%
<b>Procedencia</b>		
Rural	71	35,7%
Urbana	99	49,7%
Urbano marginal	29	14,6%
<b>Grado de Instrucción</b>		
Analfabeta	01	0,5%
Primaria	85	42,7%
Secundaria	109	54,8%
Superior no universitario	04	2,0%
Superior universitario	00	0,0%
<b>Estado Nutricional</b>		
Normal	161	80,9%
Bajo peso	38	19,1%
Sobre peso	00	0,0%
Obesidad	00	0,0%

Fuente: Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Las características maternas de las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el periodo de julio a diciembre 2017, muestran un predominio de edad que flúctua entre 15 a 19 años (95,0%), estado civil conviviente (79,4%), procedencia urbana (49,7%), grado de instrucción secundaria y primaria (54,8% y 42,7% respectivamente). Respecto al estado nutricional calculado se ubica en el estado normal en un 80,9%.

**Tabla 2:** Características maternas sociales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Características Sociales	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo nivel socioeconómico</b>		
Si	148	74,4%
No	51	25,6%
<b>Hacinamiento</b>		
Si	0	0,0%
No	199	100,0%
<b>Estrés</b>		
Si	0	0,0%
No	199	100,0%
<b>Delincuencia</b>		
Si	0	0,0%
No	199	100,0%
<b>Alcoholismo</b>		
Si	0	0,0%
No	199	100,0%
<b>Trabajo no calificado</b>		
Si	177	88,9%
No	22	11,1%
<b>Violación sexual</b>		
Si	3	1,5%
No	196	98,5%

Fuente: Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Existe un predominio de bajo nivel socioeconómico en las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto (74,4%), desempeño como trabajo no calificado (88,9%) y violación sexual (1,5%). Respecto a las características sociales como hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, no se observa ningún caso (0,0%).

**Tabla 3:** Características maternas Obstétricas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Características Obstétricas	Frecuencia	Porcentaje
Atención Prenatal		
≥ 6 APN	79	39,7%
Inadecuado (≤ 5 APN)	112	56,3%
Sin APN.	8	4,0%
Paridad		
0 – 1 parto	193	97,0%
2 a más partos	6	3,0%
Edad Gestacional		
< 37 Semanas (Pre término)	31	15,6%
> 37 Semanas (A término)	168	84,4%
Periodo Intergénésico		
≤ 2 años	29	14,6%
> 2 años	6	03,0%
No aplica	164	82,4%

**Fuente:** Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Entre las características obstétricas que se presentan con mayor frecuencia, encontramos que el control prenatal fue inadecuado porque se ubican en  $\leq 5$  CPN (56,3%), solo el 39,7% tuvieron un control prenatal adecuado, es decir  $\geq 6$ ; referente a la paridad el 97,0% tuvieron entre 0 – 1 parto, el 84,4% culminaron su embarazo a término, es decir, mayor de 37 semanas de gestación; con un periodo intergenésico  $> 2$  años en 6 (3.0%) casos., 29 (14.0%) casos de  $\geq 2$  años y 164 (82.4%) casos no aplica.

**Tabla 4:** Características maternas familiares de las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Características Familiares	Frecuencia	Porcentaje
Disfunción familiar		
Si	2	1,0%
No	197	99,0%
Antecedente Madre o hermana embarazada adolescente		
Si	2	1,0%
No	197	99,0%
Pérdida de figura significativa		
Si	0	0,0%
No	199	100,0%
Baja escolaridad		
Si	2	1,0%
No	197	99,0%

**Fuente:** Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Respecto a características familiares de las parturientas adolescentes, encontramos que el 99,0% no presenta disfunción familiar, no tiene antecedente de madre o hermana embarazada adolescente, ni pérdida de figura significativa (100,0% respectivamente) y el 99,0% no tienen baja escolaridad.

**Tabla 5:** Complicaciones maternas presentadas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Complicaciones Maternas	Frecuencia	Porcentaje
Patología Obstétrica		
Si	18	9,0%
No	181	91,0%
RPM		
Si	45	22,6%
No	154	77,4%
EHIE		
Si	10	5,0%
No	189	95,0%
Trabajo de Parto Prolongado		
Si	26	13,1%
No	173	86,9%
Expulsivo Prolongado		
Si	17	8,5%
No	182	91,5%
Diabetes Gestacional		
Si	0	0,0%
No	199	100,0%
Insuficiencia Placentaria		
Si	15	7,5%
No	184	92,5%
Desproporción Céfalo Pélvica		
Si	2	1,0%
No	197	99,0%

**Fuente:** Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

El 91,0% de las parturientas adolescentes presentaron patologías obstétricas, entre ellas tenemos RPM (22,6%), EHIE (5,0%), trabajo de parto prolongado (13,1%), expulsivo prolongado 8,5%, insuficiencia placentaria (7,5%) y desproporción céfalo pélvica (1,0%), en menor porcentaje. No se reportó ningún caso de Diabetes Gestacional.

**Tabla 6:** Complicaciones perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Características Perinatales	Frecuencia	Porcentaje
<b>Prematuridad</b>		
Si	26	13,1%
No	173	86,9%
<b>Retardo Crecimiento Intrauterino</b>		
Si	15	7,5%
No	184	92,5%
<b>Sufrimiento fetal</b>		
Si	4	2,0%
No	195	98,0%
<b>Bajo peso al nacer</b>		
Si	22	11,1%
No	177	88,9%
<b>Malformaciones</b>		
Si	3	1,5%
No	196	98,5%
<b>Sepsis perinatal</b>		
Si	6	3,0%
No	193	97,0%

Fuente: Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Entre las complicaciones perinatales resaltantes encontramos a la prematuridad en un 13,1%, bajo peso al nacer (11,1%), retardo de crecimiento intrauterino (7,5%), sufrimiento fetal (3,0%), sepsis perinatal (2,0%) y malformaciones congénitas (1,5%).

**Tabla 7:** Peso del recién nacido de parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Peso del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Peso (< 2500 grs.)	176	88,4%
Peso Adecuado (2500 – 4000 grs.)	22	11,1%
Peso Alto (> 4000 grs.)	1	0,5%

Fuente: Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Del 100% de los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, el 88,4% son de bajo peso o hipotrófico, el 11,1% son de peso adecuado y el 0,5% de peso alto o hipertrófico.

**Tabla 8:** Característica demográficas materna de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Características demográficas	Peso Adecuado		RN Bajo Peso		RN Peso Alto		X <sup>2</sup> p<0,05
	fi	%	fi	%	fi	%	
<b>Edad</b>							
10 – 14 años	8	4.0%	1	0.5%	1	0.5%	X <sup>2</sup> = 18,995
15 – 19 años	168	84.4%	21	10.6%	0	0.0%	p = 0,000
<b>Estado Civil</b>							
Soltera	34	17.1%	4	2.0%	0	0.0%	
Conviviente	140	70.4%	17	8.5%	1	0.5%	X <sup>2</sup> = 0,774
Casada	2	1.0%	1	0.5%	1	0.5%	p = 0,820
<b>Procedencia</b>							
Rural	65	32.7%	6	3.0%	0	0.0%	
Urbana	86	43.2%	12	6.0%	1	0.5%	X <sup>2</sup> = 1,866
Urbano marginal	25	12.6%	4	2.0%	0	0.0%	p = 0,760
<b>Grado de Instrucción</b>							
Analfabeta	0	0.0%	1	0.5%	0	0.0%	
Primaria	77	38.7%	7	3.5%	1	0.5%	X <sup>2</sup> = 10,876
Secundaria	95	47.7%	14	7.0%	0	0.0%	p = 0,092
Superior no universitario	4	2.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Superior universitario	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
<b>Estado Nutricional</b>							
Normal	141	70.9%	19	9.5%	1	0.5%	
Bajo peso	35	17.6%	3	1.5%	0	0.0%	X <sup>2</sup> = 0,732
Sobre peso	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	p = 0,694
Obesidad	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	

**Fuente:** Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Las características maternas que se asocian al Peso Adecuado del recién nacido son: edad entre 15 – 19 años (X<sup>2</sup>=18,995; p=0,000) (p<0,05). Las demás características demográficas no se asocian al peso del recién nacido (p>0,05).

**Tabla 9:** Característica sociales materna de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Características Sociales	Peso Adecuado		RN Bajo Peso		RN Peso Alto		X <sup>2</sup> p<0,05
	fi	%	fi	%	fi	%	
<b>Bajo Nivel Socioeconómico</b>							
Si	132	66.3%	16	8.0%	0	0.0%	X <sup>2</sup> = 2,970
No	44	22.1%	6	3.0%	1	0.5%	p = 0,227
<b>Hacinamiento</b>							
Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	No se puede procesar
No	176	88.4%	22	11.1%	1	0.5%	
<b>Estrés</b>							
Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	No se puede procesar
No	176	88.4%	22	11.1%	1	0.5%	
<b>Delincuencia</b>							
Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	No se puede procesar
No	176	88.4%	22	11.1%	1	0.5%	
<b>Alcoholismo</b>							
Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	No se puede procesar
No	176	88.4%	22	11.1%	1	0.5%	
<b>Trabajo no calificado</b>							
Si	155	77.9%	21	10.6%	1	0.5%	X <sup>2</sup> = 1,210
No	21	10.6%	1	0.5%	0	0.0%	p = 0,546
<b>Violación sexual</b>							
Si	3	1.5%	0	0.0%	0	0.0%	X <sup>2</sup> = 0,398
No	173	86.9%	22	11.1%	1	0.5%	p = 0,820

**Fuente:** Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Observamos que ninguna de las características sociales se asocia al peso del recién nacido de las madres adolescentes atendidas en dicho establecimiento ( $p > 0,05$ ).



**Tabla 10:** Características obstétricas maternas de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Características Obstétricas	Peso		RN Bajo		RN Peso		X <sup>2</sup> p<0,05
	Adecuado		Peso		Alto		
	Fi	%	fi	%	fi	%	
<b>Atención Prenatal</b>							
≥ 6 CPN	73	36.7%	5	2.5%	1	0.5%	X <sup>2</sup> = 15,598
Inadecuado (≤ 5	99	49.7%	13	6.5%	0	0.0%	p = 0,004
Sin APN.	4	2.0%	4	2.0%	0	0.0%	
<b>Paridad</b>							
0 – 1 parto	171	85.9%	21	10.6%	1	0.5%	X <sup>2</sup> = 0,226
2 a más partos	5	2.5%	1	0.5%	0	0.0%	p = 0,893
<b>Edad Gestacional</b>							
<37 Sem.	17	8.5%	14	7.0%	0	0.0%	X <sup>2</sup> = 43,509
>37 Sem.	159	79.9%	8	4.0%	1	0.5%	p = 0,000
<b>Periodo Intergénésico</b>							
≤ 2 años	31	15.6%	4	2.0%	0	0.0%	X <sup>2</sup> = 0,219
> 2 años	145	72.9%	18	9.0%	1	0.5%	p = 0,896

**Fuente:** Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Entre las características obstétricas que se asocian al peso del recién nacido, encontramos al atención prenatal inadecuado (<5) (X<sup>2</sup>= 15,598; p= 0,004) y a la edad gestacional < 37 semanas) (X<sup>2</sup>= 43,509; p= 0,000) (p<0,05). Las demás características no se asocian entre sí.

**Tabla 11:** Características familiares maternas de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Características Familiares	Peso Adecuado		RN Bajo Peso		RN Peso Alto		X <sup>2</sup> p<0,05
	Fi	%	fi	%	Fi	%	
<b>Disfunción familiar</b>							
Si	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	X <sup>2</sup> = 0,264 p= 0,876
No	174	87.4%	22	11.1%	1	0.5%	
<b>Antecedente Madre o hermana embarazada adolescente</b>							
Si	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	X <sup>2</sup> = 0,264 p= 0,876
No	174	87.4%	22	11.1%	1	0.5%	
<b>Pérdida de figura significativa</b>							
Si	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	No se puede procesar
No	176	88.4%	22	11.1%	1	0.5%	
<b>Baja escolaridad</b>							
Si	2	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	X <sup>2</sup> = 0,264 p= 0,876
No	174	87.4%	22	11.1%	1	0.5%	

**Fuente:** Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2017.

Observamos que ninguna de las características familiares maternas se asocia al peso del recién nacido de las madres adolescentes atendidas en dicho establecimiento ( $p>0,05$ )

**Tabla 12:** Características de mayor asociación al peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Características	Tipo	Peso Adecuado		RN Bajo Peso		RN Peso Alto		X <sup>2</sup> p<0,05
		fi	%	fi	%	fi	%	
Demográficas maternas	Edad							X <sup>2</sup> =18,995 P=0,000
	15-19 años	168	84.4%	21	10.6%	0	0.0%	
Obstétricas	Inadecuado	99	49.7%	13	6.5%	0	0.0%	X <sup>2</sup> =15,598 P=0,004 X <sup>2</sup> =43,509 P=0,000
	Edad Gestacional	17	8.5%	14	7.0%	0	0.0%	
	<37 sem.							

**Fuente:** Encuesta realizada a parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017.

Observamos que la edad entre 15 – 19 años ( $X^2=18,995$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ), atención prenatal inadecuado (<5) ( $X^2= 15,598$ ;  $p= 0,004$ ) y la edad gestacional < 37 semanas) ( $X^2= 43,509$ ;  $p= 0,000$ ) ( $p<0,05$ ) son las características de mayor asociación relacionadas al peso del recién nacido.

## V. DISCUSIÓN

El peso del recién nacido es uno de los indicadores más importantes para determinar la condiciones de vida y desarrollo del niño, ya que un niño con bajo peso al nacimiento menor a 2500 gramos o un peso menor a 1500 gramos se considera extremadamente bajo, pueden producir alteraciones importantes en el desarrollo físico, la morbilidad, la mortalidad infantil y perinatal, la invalidez, los bebés pequeños para su edad (pequeños para su edad de gestación o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal.

Lo mencionado es debido a un crecimiento inadecuado dentro del útero materno que se traduce en bebés prematuros o también de crecimiento retrasado, los mismos corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso. La prematuridad y el bajo peso al nacimiento son indicadores que expresan el nivel de calidad de la atención durante la gestación y están íntimamente relacionados con determinadas variables o características de madre, por ello es importante determinar que características impactan más en el peso del recién nacido ya que ello permitirá reducir o evitar las complicaciones.

Con el estudio se logró determinar las características maternas en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio –diciembre 2017, entre las características demográficas resaltan un predominio de edad que fluctúa entre 15 a 19 años (95,0%), estado civil conviviente (79,4%), procedencia urbana (49,7%), grado de instrucción secundaria y primaria (54,8% y 42,7% respectivamente). Respecto al estado nutricional calculado se ubica en el estado normal en un 80,9%. También existe un predominio de bajo nivel socioeconómico (74,4%), el desempeño como trabajo no calificado (88,9%) y violación sexual (1,5%). Respecto a las características sociales como hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, no se observa ningún caso (0,0%).

Entre las características obstétricas que se presentan con mayor frecuencia, encontramos que el control prenatal fue inadecuado porque se ubican en  $< 5$  CPN (56,3%), solo el 39,7% tuvieron un control prenatal adecuado, es decir  $> 6$ ; Referente a la paridad el 97,0% tuvieron entre 0 – 1 parto, el 84,4% culminaron su embarazo a término, es decir, mayor de 37 semanas de gestación; con un periodo intergenésico  $> 2$  años en un 3,0%. Respecto a las características familiares de las parturientas adolescentes, encontramos que el 99,0% no

presenta disfunción familiar, no tiene antecedente de madre o hermana embarazada adolescente, ni pérdida de figura significativa (100,0% respectivamente) y el 99,0% no tienen baja escolaridad.

El 91,0% de las parturientas adolescentes presentaron patologías obstétricas, entre ellas tenemos RPM (22,6%), EHIE (5,0%), trabajo de parto prolongado (13,1%), expulsivo prolongado 8,5%, insuficiencia placentaria (7,5%) y desproporción céfalo pélvica (1,0%), en menor porcentaje. Entre las patologías perinatales resaltantes encontramos a la prematuridad en un 13,1%, bajo peso al nacer (11,1%), retardo de crecimiento intrauterino (7,5%), sufrimiento fetal (3,0%), sepsis perinatal (2,0%) y malformaciones congénitas (1,5%).

Según el peso del 100% de los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, el 88,4% son de bajo peso o hipotrófico, el 11,1% son de peso adecuado y el 0,5% de peso alto o hipertrófico.

Las características maternas que se asocian al Peso Adecuado del recién nacido son: edad entre 15 – 19 años ( $X^2=18,995$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ). Las demás características demográficas no se asocian al peso del recién nacido ( $p>0,05$ ). Sin embargo ninguna de las características sociales se asocia al peso del recién nacido de las madres adolescentes atendidas en dicho establecimiento ( $p>0,05$ ). Entre las características obstétricas que se asocian al peso del recién nacido, encontramos al atención prenatal inadecuado ( $<5$ ) ( $X^2= 15,598$ ;  $p= 0,004$ ) y a la edad gestacional  $< 37$  semanas) ( $X^2= 43,509$ ;  $p= 0,000$ ) ( $p<0,05$ ).

También encontramos que ninguna de las características familiares maternas se asocia al peso del recién nacido de las madres adolescentes atendidas en dicho establecimiento ( $p>0,05$ )

Entre las características maternas de mayor asociación con el peso del recién nacido resaltan la edad entre 15 – 19 años ( $X^2=18,995$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ), atención prenatal inadecuado ( $<5$ ) ( $X^2= 15,598$ ;  $p= 0,004$ ) y la edad gestacional  $< 37$  semanas) ( $X^2= 43,509$ ;  $p= 0,000$ ) ( $p<0,05$ ).

Resultados que se relacionan con lo encontrado por Serra M, Alonso R, Sáez V. (2011), quienes encontraron como principales complicaciones en las madres adolescente la anemia

y la bacteriuria asintomática. También se relaciona con Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. (2011), quienes encontraron que las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pretérmino y parto vía cesárea. Igualmente se relaciona con Macías C, Murillo E. (2010), quienes encontraron que las adolescentes entre 15 a 19 años, representaron el grupo de mayor frecuencia de atención con un 88%, procedían 39% de zona periurbana, un 65% con grado de instrucción secundaria, la frecuencia de las atenciones prenatales fueron < de 6 (21%), el 21% habían tenido gestas anteriores, distribuidas en segundigesta con en el 15% de los casos, multigesta en el 6%, y fueron primigesta el 79% de los casos. De 180 embarazadas, se observó complicaciones obstétricas en 30 (17%) de ellas, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a ITU, un 4% a pre eclampsia, un 2% a RPM y un 1% a hemorragia post parto, sin embargo el 82% no tuvieron complicaciones. Hubo 62% partos espontáneos y por cesáreas el 31%.

A su vez los resultados se relacionan con Gutiérrez S, Rodríguez J. (2014), quienes al evaluar los factores de riesgo biológicos y patológicos, sólo el espaciamiento óptimo tuvo relación estadísticamente altamente significativa con la muerte materna en el puerperio ( $p < 0.01$ ) respecto a las complicaciones maternas asociadas a la muerte materna fueron: la pre eclampsia-eclampsia, con mayor frecuencia (50%), la retención de placenta (30%) y atonía uterina (20%). Así mismo se relaciona con Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Cayra O. (2011), quienes encontraron patologías durante el embarazo: anemia 25,3%(92), infección del tracto urinario 14,0%(51), abortos 9,6%(35) y pre-eclampsia leve 8,2%(30); en el parto: cesárea 31,1%(113), pre-eclampsia severa 13,7%(50), parto prematuro 13,2%(48), en el puerperio: endometritis 0,8%(3) y hemorragia por atonía uterina 0,5%(2).

Igualmente se relaciona con Paliza O. (2014), que encontró que el 67.6% presentan edad 17 a 19 años, el 47.6% proceden de la zona urbana, el 59.3% con nivel de instrucción secundaria, el 75.9% son primigesta, el 9.7% con antecedente de aborto, el 18.6% con menos de 37 semanas de gestación, el 71.7% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34.5% terminan su embarazo en cesárea. El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarro I grado (7.6%), pre-clampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%). El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y

prematuridad (2.8%). El adecuado control prenatal se relacionó significativa ( $p=0.000$ ) a la presencia de complicaciones obstétricas. La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones no se relacionan con la frecuencia de complicaciones obstétricas. La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones y control prenatal no se relacionan con las frecuencia de complicaciones perinatales.

Por lo analizado podemos deducir que las características maternas están relacionadas con las condiciones de vida de las mujeres adolescentes y a su vez se relaciona con el peso del recién nacido, considerando que una falta de empleo condiciona a bajo recursos económicos, lo cual genera obtención de menos alimentos nutritivos, sin embargo no es sólo es el hecho de los recursos si no el aspecto biológico, como la edad materna que por sus condiciones de vida realiza otras actividades o cambia de decisión permanente por que aún no tiene un pensamiento estable o sufre frustración por el hecho del embarazo y no puede enfrentar esta situación con sus padres y con las personas que la rodean sobre todo en la escuela.

También se entiende que hay influencia por parte de la prestación de los servicios de salud, pues por su condición biológica las adolescentes no acuden a un establecimiento de salud y si acuden por el embarazo es cuando el embarazo está avanzado y no alcanzan a completar sus atenciones mínimas lo cual coloca en riesgo a la madre y al niño porque el personal de salud ya puede evaluar integralmente y por ende puede presentarse factores de riesgo o declararse complicaciones que no puedan atenuarse o detenerse como es el caso de la edad gestacional menor de 37 semanas de gestación que es considerado parto pretermino y es posible que influya más en el peso del recién nacido porque aún no completa el desarrollo y la madurez biológica que le corresponde y en consecuencia puede presentar complicaciones.

En el marco de la salud sexual y reproductiva del MINSA la evaluación integral de la mujer adolescente y la historia clínica se convierten en herramienta e instrumento fundamental para detectar estas características maternas, establecer las condiciones que determinan sobre todo el bajo peso en el recién nacido y actuar oportunamente para vencer las complicaciones en la madre y el perinato.

## VI. CONCLUSIONES

1. Las características maternas de las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, julio a diciembre 2017 fueron: sociodemográficas y económicas, edad de 15 a 19 años (95,0%), conviviente (79,4%), procedencia urbana (49,7%), educación secundaria (54,8%); estado nutricional, normal (80,9%); bajo nivel socioeconómico (74,4%), desempeña trabajo no calificado (88,9%). Las características obstétricas, atención prenatal inadecuado < 5 APN (56,3%), paridad 0 – 1 parto (97,0%), embarazo a término 84,4%. Según características familiares, el 99,0% sin disfunción familiar, no tienen antecedente de madre o hermana embarazada adolescente.
2. El 91,0% de las parturientas adolescentes presentaron patologías obstétricas, entre ellas tenemos RPM (22,6%), EHIE (5,0%), trabajo de parto prolongado (13,1%), expulsivo prolongado 8,5% y insuficiencia placentaria (7,5%).
3. Entre las complicaciones perinatales resaltantes encontramos a la prematuridad en un 13,1%, bajo peso al nacer (11,1%), retardo de crecimiento intrauterino (7,5%), sufrimiento fetal (3,0%), sepsis perinatal (2,0%).
4. Los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, según peso fueron: bajo peso o hipotrófico el 88,4%, peso adecuado el 11,1% y el 0,5% de peso alto.
5. La característica materna de mayor asociación al peso del recién nacido son: edad entre 15 – 19 años ( $X^2=18,995$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ) y la edad gestacional < 37 semanas) ( $X^2=43,509$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ). Las demás características no se asocian entre sí.
6. Existe asociación significativa entre las características maternas y el peso del recién nacido, edad entre 15 – 19 años ( $X^2=18,995$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ), atención prenatal inadecuado (<5) ( $X^2=15,598$ ;  $p=0,004$ ) y la edad gestacional < 37 semanas) ( $X^2=43,509$ ;  $p=0,000$ ) ( $p<0,05$ ).

## VII. RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud, durante la atención prenatal identificar las características sociodemográficas, económicas, nutricionales, obstétricas y familiares de las parturientas adolescentes para identificar aquellas relacionados con el peso del recién nacido y evitar complicaciones.
2. Al personal de salud, tener presente las patologías obstétricas en parturientas adolescentes como RPM, EHIE, trabajo de parto prolongado, expulsivo prolongado, insuficiencia placentaria y desproporción céfalo pélvica, para tomar medidas oportunas y evitar complicaciones en la madre y recién nacido.
3. Al personal de salud, promover la atención preconcepcional y tener presente durante la gestación las complicaciones perinatales en madres adolescentes como la prematuridad, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, sepsis perinatal, para tomar medidas oportunas y evitar complicaciones en el recién nacido.
4. Al personal de salud y directivos del Hospital II-2 Tarapoto, implementar los servicios de salud para brindar atención adecuada y oportuna a los recién nacidos de madres adolescentes considerando que en su mayoría tuvieron bajo peso.
5. Al personal de salud, considerar la edad entre 15 – 19 años, la edad gestacional < 37 semanas y atención prenatal inadecuado (<5) como las características maternas de mayor asociación con el peso del recién nacido en madres adolescentes.
6. A los investigadores, tomar al estudio como base para desarrollar otros estudios cualitativo o aplicativo para revertir la problemática de la morbimortalidad materna perinatal en madres adolescentes.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera J. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev. Cub. Obstet y Gine, 2003; (29): 28-9
2. OPS/OMS – FNUAP – UNICEF (2001). “Manual de monitoreo y evaluación de programas de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes”.
3. Fernández L, Carro E, Oses D, Pérez J. “Caracterización de la gestante adolescente”. RCOG 2004 [25 de noviembre de 2005]
4. OMS OPS. El embarazo en la adolescencia y sus riesgos: lineamientos para el diseño de HARRINSON, Emily. Los factores que contribuyen a la alta incidencia del embarazo en Tena, Ecuador. Fundación CIMAS, 2007. pp. 1-16
5. Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington D.C. OPS, 2005. Disponible en: [www.ops.org.bo](http://www.ops.org.bo).
6. Molina R., Sandoval J., Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
7. Sáez V. “Morbilidad de la madre adolescente”. Hospital Gineco-obstétrico "Clodomira Acosta Ferrales". Rev Cubana ObstetGinecol v.31 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2005.
8. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. “Reglamento Técnico Administrativo para la promoción y desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes”. Caracas: 2003. Tomo I: 3-4.
9. Suazo M. Población, pobreza y desigualdades en América Latina. Tomado de: Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes Ecuador 2009.

10. Ministerio de Salud. “Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud 2005 – 2008. La calidad de la atención es un derecho del ciudadano”. 1° Edición. Lima 2010
11. García M, Hernández M, Manjon A. Embarazo y adolescencia - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
12. Mejía E. “Características del embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente en la altura”. Ginecol. Obstet Perú. 2000; 46(2):135-40.
13. INEI ENDES. Elaboración de la etapa de vida del adolescente – MINSA. Lima Perú. 2007.
14. INEI. Perú: “Situación social de las madres adolescentes 2007”. Lima Perú.
15. ENDES Continua, 2000-2011. “Embarazo Adolescente”
16. ENDES continua, 2014. “Embarazo Adolescente”
17. Duverges C, Fesina R, Schwarcz R, Modificaciones de la anatomía y fisiología maternas producida por el embarazo, Obstetricia; 6° Edic, Bs Aires, El Ateneo; 2005; Cap. 4; Pág. 51
18. Physicians For Human Rights; Demoras fatales, Mortalidad Materna en el Perú; EE.UU. 2007. Pág. 55-58/314.
19. Bloom S, Cunningham G, Leveno K, et al. Williams Obstetricia. 22° Edic. McGraw Hill Interamericana; 2006; Secc. 4 y 6; Pág. 407-619, 693- 751. México 2006.
20. Moreno F, Vela J. Anemia en el embarazo y su relación con algunas complicaciones maternas en el Hospital Regional docente de Trujillo. Enero – Diciembre 2009; tesis

para optar el título de Obstetra, Universidad Privada Antenor Orrego; Trujillo-Perú, 2010

21. MINSA - Dirección General de Epidemiología - Red General de Epidemiología. La Mortalidad Materna en el Perú. Bol Epidemiol (Lima). 2012; 21 (52): 892 – 896
22. MINSA, Oficina General de Epidemiología; La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011; Lima - Perú; Año 2013.
23. Serra M, Alonso R, Sáez V. Embarazo en adolescentes del Policlínico “Rafael Valdés” en el año 2009. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2011; 9(5) Especial. Cuba. 2009. Consulta 14.10.16 5:56 am. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1761>
24. Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2 • Abril-Junio 2011 • (141-147). ISSN: 0034-7434 Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Bogotá, Colombia. 2011. Consulta 15.10.16 4:57 am. <file:///C:/Users/admin/Downloads/Edad%20de%20la%20gestante%20adolescente%20como%20factor%20de%20riesgo%20para%20complicaciones%20en%20el%20embarazo.%20Cartagena.pdf>
25. Macías C, Murillo E. “Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera, de enero a septiembre del 2010”. En Tesis para optar grado de médico cirujano. Universidad Técnica de Manabi. Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Portoviejo-Ecuador 2011. Consulta 14.10.16 6:38 am. [http://biblioteca.utm.edu.ec/opac\\_css/index.php?lvl=more\\_results&mode=keyword&user\\_query=EMBARAZO+EN+ADOLESCENTES%2C+EMBARAZO-ADOLESCENTES-ASPECTO+SOCIAL%2C+ENFERMERIA+OBSTETRICA%2C+EMBARAZO+EN+ADOLESCENTES%3A+INSTRUCCIONES+PARA+ENFERMERAS](http://biblioteca.utm.edu.ec/opac_css/index.php?lvl=more_results&mode=keyword&user_query=EMBARAZO+EN+ADOLESCENTES%2C+EMBARAZO-ADOLESCENTES-ASPECTO+SOCIAL%2C+ENFERMERIA+OBSTETRICA%2C+EMBARAZO+EN+ADOLESCENTES%3A+INSTRUCCIONES+PARA+ENFERMERAS)

26. Gutiérrez S, Rodríguez J. Principales factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la presencia de muerte materna en el parto y puerperio en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Distrito Huamachuco - Provincia Sánchez Carrión. Durante los años 2003 – 2013. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia. Tesis para optar el Título Profesional de Obstetrix y Obstetra. Trujillo Perú 2014. Consulta 15.10.16 5:08 am. [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/321/1/GUTIERREZ\\_SUSAN\\_FACTORES\\_RIESGO\\_COMPLICACIONES\\_CARATULA.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/321/1/GUTIERREZ_SUSAN_FACTORES_RIESGO_COMPLICACIONES_CARATULA.pdf)
27. Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Cayra O. “Patologías Obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las Adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2009”. Rev. Aporte Santiaguino 2011; 4(2): 177-184. ISSN 2070-836X. Consulta 14.10.16 5:42 am. <http://catalog.ihsn.org/index.php/citations/22752>
28. Paliza O. Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba julio a diciembre 2014. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas”. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. San Martín Perú. 2014. Consulta 15.10.16 4:55 am. <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/550/1/Tesis%20completa.pdf>
29. Castro M, Cano A, Rebollar M. Programa Crecer en la Adolescencia. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 2005.
30. UNICEF. La adolescencia. Una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia. Págs. 4 y 7. 2011.
31. Cruz M, Romero M, Pastrana M. Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes del B° Teodoro López”. (IV trimestre del 2004).
32. INEI. Embarazo y maternidad de adolescentes según ámbito geográfico adolescentes 2014. Embarazo y maternidad de adolescentes según ámbito geográfico. Perú. 2014.
33. MINSA-DGE. Sida, distribución por edad y sexo. Perú: 2011.

34. Hurtado R. Diagnóstico de la Situación de la Mortalidad Materna en Adolescentes”. INPPARES, Proyecto Voces y Rendición de Cuentas, abril 2010.
35. Decidiendo con Libertad: “Ejercicio pleno, seguro y responsable de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes, jóvenes y mujeres en Bolivia, Perú y Ecuador -Sección Perú”. INPPARES–Louvain Development 2011.
36. Gutiérrez E. Mensaje a los padres. La Habana: Editorial Científico Técnica, 2003.
37. Peláez J. Consideraciones para el desarrollo de programas sobre salud sexual, reproductiva y planificación familiar. Métodos anticonceptivos. Actualidades y perspectivas para el nuevo milenio La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2001
38. Lugones M y Quintana T. “Algunas afecciones y problemas de interés de la Ginecología Infanto-Juvenil en la atención primaria”. RevCub MGI, 2003; 14 (1). Cuba 2003.
39. Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas”. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 2002; 44-62.
40. Ahued J, Lira J y Assad L. “La adolescente embarazada. Un problema de SaludPública”. CirCiruj 2001; 69:300-3.
41. Mirabal G, Modesta M, Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Policlínico Docente "Manuel González Díaz". Rev. Cubana Enfermer. v.18 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002.
42. Sandoval J. Morbilidad obstétrica en adolescentes. En: Sandoval J, González E, editores. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. 3a edición. Caracas: Mediterráneo; 2003.p.451. Venezuela 2003.
43. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, Aceves-Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. Ensayo. Revista mexicana de Pediatría. Vol. 79, Núm. 1. Enero-Febrero 2012. Pp 32-39. Consulta 13.09.17 3:42 pm. <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>

## IX. ANEXOS:

### Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos

Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**Estudio:** “Características maternas y su asociación con el peso del recién nacido en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio - diciembre 2017”.

#### Ficha de recolección de datos

#### Instrucciones:

Por favor antes de recolectar la información confirmar que la historia clínica corresponda al caso seleccionado y asegúrese de tomar toda información necesaria y completa según indica el instrumento.

#### 1. Características demográficas:

- 1.1. Edad:** a).10-14 b). 15- <19
- 1.2. Estado civil:** a). Soltera b). Conviviente c). Casada
- 1.3. Procedencia:** a). Rural b). Urbana c). Urbano marginal
- 1.4. Grado de instrucción:** a). Analfabeta b). Primaria  
c). Secundaria d). superior no universitario d). Superior universitario
- 1.5. Estado Nutricional:** a). Normal b). Bajo peso c). Sobre peso d). Obesidad

#### 2. Características sociales:

- 2.1. Bajo nivel socioeconómico:** a) Si b) No
- 2.2. Hacinamiento:** a) Si b) No
- 2.3. Estrés:** a) Si b) No
- 2.4. Delincuencia:** a) Si b) No
- 2.5. Alcoholismo:** a) Si b) No
- 2.6. Trabajo no calificado:** a) Si b) No
- 2.7. Violación sexual:** a) Si b) No

#### 3. Características familiares

- 3.1. Disfunción familiar:** a) Si b) No
- 3.2. Antecedente madre o hermana embarazada adolescente:** a) Si b) No

**3.3. Perdida de figura significativa:** a) Si b) No

**3.4. Baja escolaridad:** a) Si b) No

**4. Características obstétricas:**

**4.1. Atención prenatal:** a) Adecuado (= o >6 ) b) Inadecuado (< 5)  
c) Sin APN

**4.2. Paridad:** a) 0 – 1 b) 2 – a más c) No Aplica

**4.3. Edad Gestacional:** a) < 37 Sem (pre término) b) > 37 Sem.(a término)

**4.4. Periodo intergenésico:** a) ≤ 2 años b) > 2 años c) No aplica

**5. Complicaciones perinatales:**

**5.1. Prematuridad:** a) Si b) No

**5.2. RCIU:** a) Si b) No

**5.3. Sepsis perinatal:** a) Si b) No

**5.4. Bajo peso al nacer:** a) Si b) No

**5.5. Malformaciones:** a) Si b) No

**5.6. Sufrimiento fetal:** a) Si b) No

**6. Complicaciones maternas;**

**6.1. Patología obstétricas:** a) Si b) No

**6.2. RPM:** a) Si b) No

**6.3. EHIE:** a) Si b) No

**6.4. Trabajo de parto prolongado:** a) Si b) No

**6.5. Expulsivo prolongado:** a) Si b) No

**6.6. Diabetes gestacional:** a) Si b) No

**6.7. Insuficiencia placentaria:** a) Si b) No

**6.8. DCP:** a) Si b) No

**6.9. Otros:** a) Si b) No Especifique: .....

**7. Peso del recién nacido:**

**7.1. De bajo peso (hipotrófico):** a) Si b) No

**7.2. De peso adecuado (eutrófico):** a) Si b) No

**7.3. De peso alto (hipertrofico):** a) Si b) No

¡Gracias por su colaboración!