

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL RECIÉN NACIDO  
DE MADRE ADOLESCENTE EN HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2021.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**LUNA RODRÍGUEZ LUIS RUBÉN**

**ASESOR:**

**M.C. SUQUILANDA FLORES, CARLOS OVERTI**

**HUACHO- PERÚ**

**2022**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL RECIÉN NACIDO  
DE MADRE ADOLESCENTE EN HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2021**

LUNA RODRÍGUEZ, LUIS RUBÉN

**Tesis de Pregrado**

**ASESOR: M. C. SUQUILANDA FLORES, CARLOS OVERTI**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**2022**

**ASESOR:**

M. C. SUQUILANDA FLORES, CARLOS OVERTI

Médico asistente del Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

**JURADO EVALUADOR:**

**Presidente**

M.C. EFRAIN ADEMAR ESTRADA CHOQUE

Médico asistente del Servicio de Neumología de la Clínica San Pedro - Huacho.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

Director del Departamento Académico de Medicina Humana.

**Secretario**

M. C. SANDOVAL PINEDO HENRY

Médico asistente del Servicio de Pediatría del Hospital ESSALUD Gustavo Lanatta Luján.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

**Vocal**

M(o). CUEVAS HUARI EDGARDO WASHINGTON

Médico asistencial del Centro de Salud de Huaura.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a mis seres amados porque sin ellos no hubiera llegado hasta aquí.

A mi madre Lidia, mi protectora, mi guía y mi fortaleza, porque gracias a ella me sostengo y sigo adelante. A mi padre, que me cuida desde el cielo, en honor a su esfuerzo y por querer siempre lo mejor para mí.

A mis hermanas Lidia y Helen por siempre confiar en mí y por su apoyo incondicional. A mi hermano Alex por su esfuerzo y afecto.

A mi querida abuelita Domitila por siempre estar allí con su cariño y amor maternal. A mi abuelito Balvino; allá en el cielo, por su compañía, sus enseñanzas y valores.

A mi pareja Rommy por ser mi inspiración y mi motivación de cada día, gracias por ayudarme en este trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Para mi asesor el M.C. SUQUILANDA FLORES CARLOS OVERTI, por brindarme su tiempo y sus consejos para la realización de este trabajo.

Al señor MARIO CEFERINO, encargado del área de estadística del Hospital Regional de Huacho, por brindarme cordialmente su apoyo para la revisión de historias clínicas.

A mis JURADOS DE TESIS por darme su tiempo y corregir los errores de este trabajo.

A los MÉDICOS PEDIATRAS Henry Lescano, Wilfredo Sifuentes y Carlos Vega por su cordialidad para validar mi instrumento.

## Tabla de contenido

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	6
1.2 Formulación del problema .....	8
1.2.1 Problema general. ....	8
1.2.2 Problemas específicos.....	8
1.3 Objetivos de la investigación.....	9
1.3.1 Objetivo general.....	9
1.3.2 Objetivos específicos. ....	9
1.4 Justificación de la investigación .....	10
1.5 Delimitación del estudio .....	12
1.6 Viabilidad del estudio .....	13
CAPÍTULO II: Marco Teórico .....	14
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	14
2.1.1 Internacionales.....	14
2.1.2 Nacionales.....	20
2.2 Bases teóricas.....	25
2.3 Bases filosóficas.....	36
2.4 Definiciones conceptuales (definición de términos básicos).....	37
2.5 Hipótesis de la investigación.....	43

2.6 Operacionalización de variables e indicadores .....	44
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	47
3.1 Diseño metodológico .....	47
3.2 Población y muestra.....	48
3.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos .....	49
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información.....	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	51
4.1 Análisis de resultados.....	51
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	64
5.1 Discusión de resultados.....	64
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
6.1 Conclusiones.....	66
6.2 Recomendaciones.....	67
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS .....	68
7.1 Fuentes bibliográficas .....	68
7.2 Fuentes hemerográficas .....	68
7.3 Fuentes documentales .....	78
7.4 Fuentes electrónicas.....	81
ANEXOS .....	83

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de la edad gestacional de los recién nacidos</i> .....	51
Tabla 2. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del peso al nacer de los recién nacidos</i> ...	52
Tabla 3. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de la morbilidad de los recién nacidos</i> ...	53
Tabla 4. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de parto en los recién nacidos</i> ....	55
Tabla 5. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del Apgar de los recién nacidos</i> .....	56
Tabla 6. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de la edad materna en la adolescente madre del recién nacido</i> .....	57
Tabla 7. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del sexo del recién nacido</i> .....	58
Tabla 8. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de la procedencia de la madre adolescente del recién nacido por ámbito geográfico</i> .....	59
Tabla 9. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de la procedencia de la madre adolescente del recién nacido por distrito</i> .....	60
Tabla 10. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del estado civil de la madre adolescente del recién nacido</i> .....	61
Tabla 11. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de instrucción de la madre adolescente del recién nacido</i> .....	62
Tabla 12. <i>Distribución de frecuencia y porcentaje de la paridad de la madre adolescente del recién nacido</i> .....	63



## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Gráfico de porcentajes de la edad gestacional de los recién nacidos.....	52
<i>Figura 2.</i> Gráfico de barras horizontal para el peso al nacer de los recién nacidos.....	53
<i>Figura 3.</i> Gráfico de barras para la morbilidad de los recién nacidos.....	54
<i>Figura 4.</i> Gráfico de porcentaje del tipo de parto de los recién nacidos.....	55
<i>Figura 5.</i> Gráfico de embudo de los motivos de parto distócico en madres adolescentes.....	56
<i>Figura 6.</i> Gráfico de porcentaje para el Apgar de los recién nacidos.....	57
<i>Figura 7.</i> Gráfico de porcentaje de la edad materna en la adolescente.....	58
<i>Figura 8.</i> Gráfico de porcentaje del sexo del recién nacido.....	59
<i>Figura 9.</i> Gráfico de porcentaje de la procedencia de la madre adolescente del recién nacido..	60
<i>Figura 10.</i> Gráfico de porcentaje para estado civil de la madre adolescente del recién nacido..	61
<i>Figura 11.</i> Gráfico de porcentaje de nivel de instrucción de la madre adolescente.....	62
<i>Figura 12.</i> Gráfico por porcentaje de la paridad de la madre adolescente del recién nacido....	63

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar y describir las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.

**Materiales y métodos:** fue un estudio descriptivo y transversal, por medio de revisión de historias clínicas correspondientes al Hospital Regional de Huacho del periodo que comprendió todo el año 2021, encontrándose 347 casos de recién nacidos de madre adolescente de los 393 casos registrados en la base de datos del hospital en mención, recolectados mediante un instrumento previamente validado por juicio de expertos.

**Resultados:** de los 2898 nacimientos en el 2021 el 13,6% (393) provenían de madres adolescentes. De los 347 casos estudiados, el 91,6% fue a término, 8,4% fueron pretérmino y ningún postérmino. El 87,9% de los neonatos presentaron un adecuado peso al nacer, 6,1% bajo peso, un 4,3% elevado peso al nacer y 1,4% muy bajo peso al nacer. Se encontró 135 casos de morbilidad, de los cuales 20,7% presentaron ictericia neonatal y 6,7% incompatibilidad ABO, 20% fueron grandes para edad gestacional y 14,07% pequeños para edad gestacional. El tipo de parto más frecuente fue el eutócico con un 63%. El Apgar fue normal en un 94,2%. La edad materna predominante correspondió a la adolescencia tardía (17-19 años) en un 74,9%. El sexo que predominó fue el masculino en un 54,2%. El 66,6% de madres adolescentes provenía de zonas urbanas. El estado civil conviviente representó un 77,2%. El nivel de instrucción más frecuente fue la secundaria completa en un 46,3%. Las primíparas representaron un 79%.

**Conclusiones:** Se evidenció con más frecuencia en los recién nacidos de madre adolescente: la edad gestacional a término, un adecuado peso al nacer, la ictericia neonatal, el parto eutócico, el Apgar normal, la edad materna adolescente tardía, el sexo masculino, la procedencia urbana, el estado civil conviviente, nivel de instrucción secundario y la primiparidad.

**Palabras clave:** recién nacido, madre adolescente, característica clínica, característica epidemiológica.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine and describe the clinical and epidemiological characteristics of the newborn son of an adolescent mother in Regional Hospital in Huacho 2021.

**Materials and methods:** It was a descriptive and cross-sectional study, through the review of medical records corresponding to the Regional Hospital in Huacho for the period that includes the entire year 2021, finding 347 cases of newborns in adolescent mothers of the 393 cases registered in the database. of data from the hospital in question, collected through an instrument previously validated by expert judgment.

**Results:** From the 2,898 births in 2021, 13.6% (393) came from adolescent mothers. From the 347 cases studied, 91.6% were at term, 8.4% were preterm, and none were postterm. 87.9% of the newborns had an adequate birth weight, 6.1% low birth weight, 4.3% high birth weight and 1.4% very low birth weight. 135 cases of morbidity were found, of which 20.7% presented neonatal jaundice and 6.7% ABO incompatibility, 20% were large for gestational age and 14.07% small for gestational age. The most frequent type of delivery was eutocic with 63%. The Apgar was normal in 94.2%. The predominant maternal age corresponded to late adolescence (17-19 years) in 74.9%. The predominant sex was male in 54.2%. 66.6% of adolescent mothers came from urban areas. Cohabiting marital status represented 77.2%. The most frequent level of instruction was complete secondary school in 46.3%. Primiparous women accounted for 79%.

**Conclusions:** It was evidenced more frequently in newborns of adolescent mothers: full-term gestational age, adequate birth weight, neonatal jaundice, eutocic delivery, normal Apgar, late adolescent maternal age, male sex, urban origin, cohabiting marital status, secondary education level and primiparity.

**Key words:** newborn, adolescent mother, clinical characteristic, epidemiological characteristic.

## INTRODUCCIÓN

Es la adolescencia, aquella etapa donde se da el proceso de madurez en todos los ámbitos, en lo biológico, psicológico, afectivo, intelectual y social. Una etapa fundamental para el desarrollo personal, pero cuando llega un acontecimiento como el embarazo, se inicia una etapa de forma precoz: la maternidad. Tan propio de un país en vías de desarrollo, que se traduce en insalubridad, pobreza e instrucción precaria. (Saeteros, 2018)

La maternidad adolescente tiene influencia categórica en el futuro del recién nacido, Leiva et al. (2018) estimó que las muertes perinatales son más altas en aquellas mujeres menores de 20 años, y los neonatos con riesgo de bajo peso al nacer. Alonso et al. (2018) señala que existe una alteración circulatoria en el embarazo correspondiente a un fallo en los mecanismos fisiológicos de adaptación en madres adolescentes, que a su vez desencadena bajo peso al nacer y prematuridad.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2019), la salud del recién nacido está cobrando importancia en la última década, por consiguiente, planteó los desafíos importantes a enfrentar: la mortalidad neonatal de causa prevenible, las condiciones de salud que afectan el capital humano a lo largo del curso de vida y el capital social, y finalmente las importantes desigualdades.

El Hospital Regional de Huacho es el nosocomio de referencia en la localidad, del cual se rige los más altos protocolos y manejos en nuestra región, es por ello que se necesitó estudiar esta importante problemática como la maternidad adolescente y la situación clínica epidemiológica del recién nacido y reportar los datos obtenidos en el periodo 2021.

## 1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de la vida en la cual se adquiere la función reproductiva, se produce la transición de la niñez a la adultez y se consolida la autonomía. Inicia a partir de los 10 años y culmina a los 19 años, aproximadamente (Bendezú et al., 2015). La adolescencia puede dividirse en tres etapas diferentes: adolescencia temprana o precoz (abarca desde los 10 hasta los 13 años), adolescencia intermedia de los 14 a 16 años y adolescencia tardía de los 17 a 19 años (Alonso et al, 2018).

A nivel mundial, se calcula que 16 millones de adolescentes procrean un hijo al año. En los países en vías de desarrollo, el 15 a 20% son embarazos adolescentes (Carrera et al., 2015). Después de África Subsahariana, la región de América Latina tiene la tasa más alta de embarazo adolescente. La mayor incidencia de embarazos adolescentes en América Latina está en Centroamérica, liderando Guatemala, Nicaragua y Panamá. En el Caribe, República Dominicana y Guyana y en América del Sur, Bolivia y Venezuela. Existiendo un peligroso ascenso en los embarazos de adolescentes menores de 14 años (Naciones Unidas, 2018). En Perú, el 14,6% del total de adolescentes de 15 a 19 años, ya estuvo alguna vez embarazada (Bendezú et al., 2015).

Según los reportes internacionales, los problemas que presenta el recién nacido en gestantes adolescentes comienzan *in útero*, como el peso bajo y restricción del crecimiento intrauterino, que, junto con la prematuridad, son los principales determinantes de la morbimortalidad de estos pacientes respecto al resto de la población (Carrera et al., 2015).

En la salud del recién nacido se pueden presentar secuelas que ocasionalmente son permanentes, por ejemplo, retraso mental, defectos del cierre del tubo neural y déficit en el

desarrollo biológico (Saeteros, 2018). Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de bajo peso al nacer con riesgos perdurables. (Leiva et al., 2018)

Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años (Saeteros, 2018). Diversos estudios comparativos demuestran que la mortalidad infantil entre los hijos de madres menores de 14 años se incrementa a más del doble, mientras que en madres de 15 a 19 años se incrementa a una tasa de 2.5 por 1,000 nacidos vivos en comparación con la población en general (García, 2019).

A nivel nacional la gestación en adolescentes puede asociarse a condiciones estructurales, como son la pobreza, el bajo nivel educativo, el área de residencia y/o la lengua materna, configurando el entorno en el que viven y se desarrollan las adolescentes (MINSA citado por INEI, 2014). Algunos estudios demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas con bajo nivel socioeconómico (La Rosa, 2015).

El porcentaje de casos de adolescentes madres y/o embarazadas no es homogéneo en todas las regiones del país. Existe una gran diferencia entre las adolescentes que residen en entornos urbanos y rurales y la incidencia de embarazo adolescente. Según la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) para el 2014, las adolescentes en entornos rurales tenían 2,3 veces mayor riesgo de embarazo que las residentes en zonas urbanas. (INEI, 2014)

A nivel local, según Aguedo y Cuizano (2016) la incidencia de madres adolescentes en Huaral se manifestó mayoritariamente en la adolescencia tardía, predominio de nulíparas y con controles prenatales adecuados, con estado civil conviviente en un 60% y la mayoría con

grado de instrucción secundario. Respecto a los recién nacidos generalmente son a término y de sexo masculino, un 22% con peso insuficiente y 5% con bajo peso al nacer.

De acuerdo a esta problemática y sus implicancias en la salud, economía y sociedad, se abordó la descripción de las características clínicas y epidemiológicas que presentaron los recién nacidos hijos de madres adolescentes y la contrastación de la realidad de la localidad con otras regiones o áreas geográficas.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general.**

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?

### **1.2.2 Problemas específicos.**

¿Cuál es la edad gestacional del recién nacidos de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es el peso al nacer del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es la morbilidad del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es el tipo de parto del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es el Apgar del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es la edad materna de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es el sexo del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es la procedencia de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es el estado civil de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021?

¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional 2021?

¿Cuál es la paridad de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general.**

Determinar y describir las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.

#### **1.3.2 Objetivos específicos.**

Determinar la edad gestacional del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar el peso al nacer del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar la morbilidad del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.



Determinar el tipo de parto del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar el Apgar del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar la edad materna de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar el sexo del recién nacido de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar la procedencia de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar el estado civil de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar el nivel de instrucción de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021.

Determinar la paridad de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021.

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **1.4.1 Conveniencia.**

El siguiente trabajo tuvo como línea de investigación las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente. El tema de elección fue considerado como una prioridad de investigación de salud (INS,2019), por ello se buscó obtener mayor información acerca de la realidad de esta problemática en la localidad de Huacho.

#### **1.4.2 Relevancia social.**

Esta investigación buscó beneficiar a los pobladores de Huacho y al personal de salud del Hospital Regional Huacho, brindando información relevante para una buena toma de decisiones, conocer la realidad actual, crear nuevos protocolos y prevenir posibles complicaciones en los recién nacidos hijos de gestantes adolescentes, reduciendo de esta forma la mortalidad.

#### **1.4.3 Implicancias prácticas.**

Este trabajo buscó aportar a la solución de un problema de salud pública como es la condición clínica y epidemiológica del recién nacido hijo de madre adolescente, la información que se obtuvo buscó beneficiar tanto al manejo del problema en nuestra localidad, como a nivel nacional.

Cabe destacar que no se tuvo información ni datos actualizados analizados sobre la realidad que afrontó el Hospital Regional de Huacho con respecto a este tema, por consiguiente los resultados que se obtuvieron, podrían sentar una base de datos y de esta manera, generar un precedente para futuras investigaciones en la localidad y región.

#### **1.4.4 Valor teórico.**

Este proyecto de investigación se propuso en ayudar a tener, en nuestra localidad, una base de información estadística acerca de un problema que se presenta a nivel mundial, como la condición clínica y epidemiológica del recién nacido hijo de madre adolescente.

#### **1.4.5 Utilidad metodológica.**

Los datos recolectados y los resultados que se obtuvieron luego de su análisis podrían servir como base para un mejor conocimiento de las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente en el Hospital Regional Huacho 2021.

### **1.5 Delimitación del estudio**

#### **1.5.1 Delimitación temática.**

- Área general: Ciencias médicas y de la salud
- Sub área: Ciencias de la salud
- Disciplina: Salud pública

#### **1.5.2 Delimitación espacial.**

La investigación se realizó en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Huacho, ubicado en el departamento de Lima, provincia de Huaura, distrito de Huacho, con dirección: José Arámbulo La Rosa N° 251.

#### **1.5.3 Delimitación poblacional.**

La población estudiada estuvo conformada por los pacientes recién nacidos hijos de madres adolescentes, según criterios de inclusión y exclusión.

#### **1.5.4 Delimitación temporal.**

Los datos fueron obtenidos del año 2021.

## **1.6 Viabilidad de estudio**

### **1.6.1 Viabilidad temática**

La temática de la investigación contó con información suficiente en libros, artículos, revistas científicas y existieron investigaciones nacionales que permitieron tener una realidad actualizada de las variables a indagar.

### **1.6.2 Viabilidad económica.**

La investigación fue viable, ya que los costos derivados de la misma se encontraron dentro de las posibilidades presupuestales del investigador, por lo cual no se requirió financiamiento de alguna entidad.

### **1.6.3 Viabilidad administrativa.**

Para la ejecución de la presente investigación se solicitó la autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Huacho, Unidad de Estadística e Informática y Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, Jefatura del Departamento de Pediatría para tener el permiso correspondiente para la revisión y obtención de datos de las historias clínicas mediante un instrumento de recolección.

## CAPÍTULO II: Marco Teórico

### 2.1 Antecedentes de la Investigación

#### 2.1.1 Internacionales.

Alonso, Rodríguez, Yanes & Castillo (2018) en su trabajo de investigación titulado: “Caracterización del neonato de bajo peso hijo de madre adolescente”, tuvo como objetivo Caracterizar al neonato de bajo peso hijo de madre adolescente en un Hospital Docente Ginecoobstétrico en Cuba. Realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, las variables estudiadas fueron: etapa de la adolescencia, edad gestacional, peso del neonato, tipo de parto, ocurrencia y tipo de complicaciones. Obtuvieron los siguientes resultados: hubo 718 madres adolescentes (11 % del total de gestantes), los neonatos de bajo peso fueron 4,7 %. Predominó la etapa adolescencia tardía con 65,8 % y edad gestacional de menor de 37 semanas (61 %). Del total de recién nacidos, 73,5 % nació con peso entre 2000-2499 g. Como complicaciones, el crecimiento intrauterino retardado y la bronconeumonía fueron las más prevalentes y hubo 3 defunciones (7,3 %). Concluyeron que: *“La presencia de embarazos en la adolescencia tardía presupone el aumento en el índice de bajo peso a expensas de los neonatos pretérminos, con las consecuentes complicaciones, incluyendo la muerte.”*

Saeteros (2018) en su trabajo de investigación: “Recién nacido hijo de madre adolescente: Riesgos maternos y morbilidad neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora” en Ecuador, tuvo como objetivo establecer la asociación entre la incidencia de morbimortalidad neonatal con el embarazo en adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de obstetricia, en comparación con un grupo control de madres no adolescentes de 20 a 34 años. Realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal. La recolección de los datos se realizó a través de un formulario de recolección de datos y analizado en el programa SPSS con intervalos de confianza del 95%. Obtuvo los

siguientes resultados: se encontró mayor morbilidad neonatal en el grupo de madres adolescentes, a mayor edad gestacional mayores son los porcentajes de morbilidad neonatal; las dos enfermedades neonatales con mayor frecuencia en el grupo de estudio fue insuficiencia respiratoria y sepsis, encontraron que las dos patologías están mayormente en madres adolescentes que residen en el área rural y que tuvieron menos de cinco controles prenatales. Concluyó que: *“Las madres adolescentes presentan mayor porcentaje de morbilidad neonatal en partos con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas de gestación, además, en este grupo de edad se presenta mayor porcentaje de casos de Insuficiencia Respiratoria y Sepsis en adolescentes que se hicieron menos de 5 controles prenatales”*.

Nsapu, Kazad & Kasong o (2018) en su trabajo de investigación: “Early Motherhood at the Hospital of Gecamines Kipushi: Prognosis and Profile of the Newborn” (“Maternidad Temprana en el Hospital de Gecamines Kipushi: Pronóstico y Perfil del Recién Nacido”) en la República Democrática del Congo, tuvo como objetivo determinar el pronóstico, la frecuencia y busca describir el perfil de los recién nacidos por maternidad temprana. Realizaron un estudio descriptivo transversal y la población de investigación estuvo conformada por 66 recién nacidos de 60 madres menores de 18 años. Obtuvieron los siguientes resultados: la proporción de casos de maternidad temprana fue del 42,9%. El 85% de personas investigadas tenían entre 16 y 18 años, la edad promedio de la madre fue de  $14,7 \pm 2$  años. El 65% de las madres de los recién nacidos encuestados eran solteras y el 35% de las madres estaban casadas. Las condiciones socioeconómicas de la mayoría de las madres fueron precarias, con un 68,3%. De los recién nacidos investigados, el 18,2%, nació a término mientras que el 81,8% nació prematuramente. Concluyeron que: *“En el área urbana y rural, la maternidad temprana fue del 42,9%. Las jóvenes que experimentaron maternidad temprana eran en su mayoría solteras (65%), con malas condiciones sociales y económicas;*

*la mortalidad neonatal se estimó en 7,6%. “*

Fry (2018) en su trabajo titulado: “The Perinatal outcomes of high risk teenage pregnancies at Tygerberg Hospital” (“Los resultados perinatales de los embarazos adolescentes de alto riesgo en el Tygerberg Hospital”) en Sudáfrica, tuvo como objetivo describir los resultados perinatales de los recién nacidos, nacidos de mujeres adolescentes, que requirieron ingreso en un hospital central. Realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, realizado durante un período de 6 meses. Obtuvo los siguientes resultados: el embarazo adolescente representó el 8 % del total de partos en el Tygerberg Hospital durante un período de estudio de 6 meses y el 34 % de estos recién nacidos fueron admitidos para atención médica hospitalaria. El bajo peso al nacer y la prematuridad se encontraron comúnmente en el grupo de madres adolescentes con una incidencia del 83% y 82% respectivamente. Las dos principales razones de ingreso de recién nacidos a la sala de cuidados agudos fueron las afecciones respiratorias y neurológicas, respectivamente, 44 % y 14 %, mientras que 5 recién nacidos ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Un tercio de los recién nacidos ingresados fueron dados de alta a sus madres adolescentes durante o al final del período perinatal. La muerte neonatal temprana ocurrió en el 2% de los recién nacidos de madres adolescentes. Concluyó que: *Llamó la atención la alta incidencia de prematuridad en los hijos de madres adolescentes, con más de un tercio ingresado por afecciones respiratorias. Este estudio indicó la necesidad de una mayor investigación sobre una asociación entre los embarazos adolescentes y el aumento de la morbilidad neonatal.*

Domingo et al. (2020) en su trabajo de investigación: “Impacto de la maternidad adolescente en los resultados perinatales” en España, tuvo como objetivo evaluar la repercusión de la maternidad adolescente en el peso de los recién nacidos, y secundariamente respecto a otros resultados perinatales. Realizaron un estudio descriptivo retrospectivo que compara los resultados perinatales de dos poblaciones de mujeres

gestantes (adolescentes y no adolescentes), los datos del embarazo y del periodo neonatal inmediato se recogieron a partir de las historias clínicas informatizadas de madres/hijos. Obtuvieron los siguientes resultados: se recogieron todos los partos de gestaciones adolescentes (n= 377, 1,3% del total de gestaciones del hospital de estudio en un determinado periodo) y se compararon con un grupo control de madres no adolescentes (n= 143). De forma significativa, las gestantes adolescentes tuvieron una menor proporción de partos instrumentalizados y cesáreas. No se encontró diferenciación significativa entre los dos grupos en cuanto a edad gestacional, peso al nacimiento, prematuridad, consumo de tóxicos durante la gestación, pH del cordón, tipo de lactancia, ingreso en la unidad neonatal, días de hospitalización ni morbilidad del recién nacido. Concluyeron que: *“No se apreció en el estudio un aumento del riesgo de resultados perinatales adversos en relación con el embarazo adolescente.”*

Jaén et al. (2020) en su trabajo de investigación titulado: Adolescent motherhood in Mozambique. Consequences for pregnant women and newborns (“Maternidad adolescente en Mozambique. Consecuencias para las mujeres embarazadas y los recién nacidos”) tuvieron como objetivo identificar los factores asociados a la maternidad adolescente en Tete (Mozambique). Realizaron un estudio transversal que contó con 821 gestantes (255 adolescentes) ingresadas en la maternidad general del Hospital de estudio. La encuesta incluyó datos clínicos de la madre y del recién nacido. Obtuvieron los siguientes resultados: el análisis multivariado mostró que los factores independientes asociados con la maternidad adolescente fueron: número de embarazos (OR 0,066; IC 95% 0,040–0,110), seguimiento del embarazo (OR 0,29; IC 0,173–0,488) y abortos previos (OR 4,419; IC 95% 1.931–10.112). Al analizar la edad de la madre como variable continua, los factores asociados positivamente fueron el índice de masa corporal, la hipertensión arterial, la infección por VIH, los abortos previos, el seguimiento del embarazo y el peso del recién nacido. Los factores asociados negativamente fueron la episiotomía y la dificultad respiratoria en el recién nacido.



Concluyeron que: *“La maternidad adolescente es un grave problema de salud pública en Mozambique. Se necesita una planificación intensiva de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.”*

Kiray, E., et al. (2020) en su trabajo de investigación titulada “Características maternas y resultados obstétricos y neonatales de embarazos únicos en adolescentes”, Anatolia, Turquía. Tuvieron como objetivo investigar las características maternas y los resultados obstétricos y neonatales de los embarazos únicos entre adolescentes. Realizaron un estudio descriptivo y transversal. Obteniendo como resultados que se presentaron complicaciones del embarazo en el 19,5% (preeclampsia en el 5,8%) y se realizó cesárea en el 44,8% de los embarazos adolescentes, también problemas como atención prenatal inadecuada y anemia materna. La tasa de parto prematuro fue del 27,0 % (20,3 % en >34 semanas). En general, el 13,3 % de los recién nacidos fueron admitidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) en el período posparto, mientras que el 25,3 % fueron admitidos nuevamente en la UCIN en el mes posterior al alta (hiperbilirrubinemia en el 55,7 % ). Los embarazos adolescentes se asociaron con tasas muy altas de sufrimiento fetal al nacer (28,7 %), parto prematuro (26,9 %) y reingreso a la UCIN después del alta hospitalaria (25,3 %). Concluyeron que: *“Las elevadas tasas de atención prenatal deficiente, anemia materna y parto por cesárea halladas en los embarazos adolescentes también se asociaron con altas tasas de sufrimiento fetal al nacer, parto prematuro y reingreso en la UCIN después del alta 1 mes”*

Rexhepi et al. (2019) en su investigación titulada: Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy (“Estudio hospitalario de los resultados maternos, perinatales y neonatales en el embarazo de adolescentes en comparación con el embarazo de mujeres adultas”) en Macedonia, tuvieron como objetivo comparar los resultados maternos, perinatales y

neonatales en mujeres adolescentes y adultas de 20 a 24 años. Realizaron un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los embarazos únicos durante un período de tres años de 2016 a 2018, que dieron a luz en un hospital clínico. Al aplicar criterios de exclusión, se revisaron un total de 932 casos y se dividieron en dos grupos: uno de madres adolescentes (< 19 años) (115 mujeres) y otro de madres adultas (20-24 años) (817 mujeres). Obtuvieron como resultados: del total de 5643 nacimientos, 128 (2,27%) fueron de embarazos adolescentes. De ellas, las adolescentes nulíparas fueron 115 (2,04%). Las adolescentes en comparación con las madres adultas tuvieron una tasa más alta de parto prematuro, recién nacidos pequeños para la edad gestacional (25,2 % frente a 17,1 %), y menor asistencia a la escuela secundaria (0 vs. 21,9%). El trabajo de parto espontáneo fue más frecuente en adolescentes (73 % frente a 63,5 %), mientras que las cesáreas fueron más frecuentes en mujeres de 20 a 24 años (25,2 % frente a 33,5 %). Llegaron a la siguiente conclusión: *“los resultados del estudio mostraron que las frecuencias de algunas complicaciones maternas, perinatales y neonatales fueron considerablemente mayores en las madres adolescentes.”*

De Marco, N., et al (2021) en su trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte fetal entre adolescentes embarazadas en Canadá: una revisión sistemática y metanálisis” tuvieron como objetivo investigar la prevalencia de bajo peso al nacer (BPN), parto prematuro (PTB) y muerte fetal en mujeres adolescentes canadienses en comparación con mujeres adultas. Realizaron una revisión sistemática y metaanálisis donde obtuvieron los siguientes resultados: 4 de 9 estudios tuvieron resultados positivos entre embarazo adolescente y parto pretérmino ( $P = 0,74$ ), y 3 de 7 estudios describieron resultados positivos para bajo peso al nacer ( $P = 0,70$ ). No se documentaron relaciones positivas con respecto a la muerte fetal para el procedimiento de conteo de votos. Concluyeron que: *“las madres adolescentes en Canadá tienen más probabilidades de dar a*

*luz recién nacidos prematuros, de bajo peso al nacer o nacidos muertos que las madres adultas. En investigaciones futuras, se deben considerar varios factores asociados con los resultados adversos del nacimiento, incluidas las disparidades socioeconómicas, así como las diferencias en el uso de sustancias y la salud mental durante el embarazo”*

### **2.1.2 Nacionales.**

Leiva Parra E., Leiva Herrada & Leiva Parra D. (2018) en su trabajo de investigación titulado: “El recién nacido de madre adolescente”, tuvieron como objetivo determinar las características de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital II – 2 de Sullana de enero a diciembre del 2014. Realizaron un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en el cual se revisaron las historias clínicas de los recién nacidos de las madres adolescentes. Obtuvieron como resultados: hubo un total de 644 recién nacidos. El 61.44% de los recién nacidos de madres adolescentes tardías nació por cesárea. Con respecto al líquido amniótico, fue normal en el 85.55% y en el 14.44% el líquido amniótico fue meconial. En su mayoría fueron de sexo masculino (51.70%). El 6.83% de los recién nacidos fueron de pretérminos; el 92,54% fueron a término y en el 0,31% fueron postérmino. Según diagnóstico pediátrico el 86.56% de los recién nacidos de madres adolescentes tardía fueron adecuados para la edad gestacional (AEG) y el 10.52% de los recién nacidos de madres adolescentes temprana fueron pequeños para la edad gestacional (PEG). El 96.89% presentaron un APGAR al minuto entre 7-10 y el 99.22% un APGAR entre 7-10 a los 5 minutos. Concluyeron que: *“La mayoría de neonatos fueron a término, y nacieron por cesárea. No hubo fallecidos.”*

Pérez (2018) en su trabajo de investigación titulado: “Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes nacidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca” tuvo como objetivo determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de Neonatología. Se realizó un estudio retrospectivo,

observacional de corte transversal, en el cual se revisó la historia clínica del recién nacido recolectando datos de la madre y del recién nacido. Obtuvo como resultados: en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo enero 2015 hasta diciembre del 2016 hubo un total de 6973 recién nacidos, de los cuales 1172 fueron de madre adolescente, por lo que la incidencia de madres adolescentes en el estudio fue de 16,8%. La edad promedio de las madres adolescentes fue de 17,44 años, de ellas el 1,2% pertenecía a la etapa de adolescencia temprana; el 25,4% a la etapa de adolescencia media y el 73,4% a la etapa de adolescencia tardía; además las edades fluctuaron de 11 a 19 años de edad. Se encontró que el 15,5% de recién nacidos fueron pre términos, 83,9% a término y el 0,6% postérmino. El 2,5% de recién nacidos presentaron muy bajo peso; 16,5% bajo peso; 80,2% peso normal y el 0,8% fue macrosómico. El 17% de recién nacidos fueron pequeños para edad gestacional; 80% adecuados para edad gestacional y 3% grandes para edad gestacional. Con respecto al APGAR predominó la buena adaptación con 94,1% al minuto de vida y el 98,7% a los cinco minutos de vida, mientras los que presentaron depresión severa o moderada fueron 5,9% y 1,3% al minuto y los cinco minutos de vida respectivamente. Concluyó que: *“Al evaluar las características perinatales de prematuridad, bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional y APGAR (depresión severa o moderada), se concluyó que no son características perinatales frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero 2015 hasta diciembre 2016.”*

Yerba (2019) en su trabajo de investigación titulado “Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno” tuvo como objetivo identificar las características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes. Realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, en el cual se verificó el registro de nacimientos del servicio de neonatología, obteniendo datos sobre el recién nacido y madre adolescente, los cuales fueron

exportados a una base de datos de Excel 2013, el análisis estadístico se desarrolló empleando el SPSS 25, posteriormente comparación de los grupos empleando el chi cuadrado. Se obtuvo los siguientes resultados: la prevalencia de madres gestantes adolescentes sobre la población total en este estudio fue de 10.70%. Se halló 86.44% de recién nacidos a término, 13.14% pre término y 0.42% post término. Un 86.86% de los recién nacidos tuvieron un peso adecuado, 11.86% bajo peso, 0.85% muy bajo peso y macrosómico 0.42%. El 83.05% de recién nacidos fueron adecuados para la edad gestacional, 9.32% pequeños para la edad gestacional y 7.63% grandes para la edad gestacional. La edad media de las madres adolescentes fue 17.89 años. El 82.20% tuvo una pareja conviviente, y el 69.49% de partos fueron eutócicos. Concluyó que: *“Se encontró que las características perinatales de los recién nacidos fueron: a término y peso adecuado para edad gestacional. En las gestantes adolescentes se obtuvo la edad promedio que fue de 17.89 años, con un predominio de embarazos del 10.70%, con controles prenatales adecuados, con superioridad de partos eutócicos.”*

Salazar (2018) en su trabajo de tesis titulado “Características de los recién nacidos de madres adolescentes del Hospital de Pichanaki” tuvo como objetivo determinar las características de los recién nacidos de madres adolescentes. Realizó un estudio descriptivo, de nivel descriptivo, método descriptivo y diseño descriptivo. Obtuvo como resultados: respecto a la edad gestacional de los recién nacidos de las madres adolescente fue a término en un 92,7%, el peso de los recién nacidos fue peso normal en un 92,1%, el peso para la edad gestacional de los recién nacidos fue adecuado en un 91%, el Apgar promedio del minuto y cinco minutos de los recién nacidos fue normal en un 97,8%, nacidos por parto vaginal en un 84,8% y por cesárea un 15,2%. Las edades de las madres adolescentes fueron; dentro de la adolescencia tardía un 70,1% y adolescencia media en un 29,3%. Entendiendo que el 99% de las adolescentes fueron mayores de 13 años. Concluyó que: *Las características predominantes de los recién nacidos de las madres adolescentes del Hospital*

*de apoyo de Pichanaki fueron: Apgar normal, edad gestacional a término, peso normal, peso adecuado para edad gestacional, nacidos de parto vaginal y un 70% nacidos de madres adolescentes tardías.*

Montalván (2017) en su trabajo de investigación: “Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del Hospital Sergio Bernal” tuvo como objetivo identificar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, en el cual se verificó el Registro de Nacimientos del Servicio de Asistencia Neonatal, recabando datos sobre la madre adolescente y recién nacido. El análisis descriptivo se realizó utilizando el SPSS y luego una comparación de los grupos utilizando el chi cuadrado. Los resultados fueron los siguientes: la proporción de madres gestantes adolescentes sobre la población total en nuestro estudio fue de 15.21%. Se encontró 91.8% neonatos a término, 8.1% pre término y 0.1% post término. 85.9 % de los neonatos tuvieron un peso adecuado, 6.0% peso bajo, 2% peso muy bajo y macrosómico 6.2%. 91.4% de estos nacidos lograron ser apropiado para la edad de nacido, 2.4% nacimientos fueron pequeños para la edad y 6.2% nacimientos fueron grandes para la edad. La edad media de las *madres* adolescentes fue 17.69 años. El 43.65% finalizó el embarazo por cesárea. Concluyó que: “*Se halló que las cualidades clínicas perinatales de estos nacimientos fueron: edad promedio y peso adecuados para el nacimiento. En gestantes adolescentes se descubrió la edad de la madre adolescente promedio fue de 17.69 años, con un predominio de embarazos del 15.21% y partos por cesáreas del 43.65%*”.

Navarro (2016) en su trabajo de investigación: “Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo” tuvo como objetivo determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal,

en el cual se revisó el Libro de Registro de Ingresos del Servicio de Neonatología recolectando datos de la madre y del neonato. Obtuvo los siguientes resultados: la prevalencia de madres adolescentes fue de 16.96%. La edad promedio fue 17.71 años y el 52.24% culminó la gestación por cesárea. Se encontró 88.8% neonatos a término, y 11.2% pre término. 86.7 % de los neonatos presentaron peso normal, 6.7% bajo peso y 1% muy bajo peso, extremo bajo peso 0.8% y macrosómico 4.7%. El 79.4% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional, 12.4% pequeños para la edad gestacional y 8.4% grandes para la edad gestacional. Concluyó que: *las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pre término, neonatos con bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes.*

Flores (2021) en su trabajo de investigación titulado: “Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del Hospital Antonio Lorena del Cusco” tuvo como objetivo determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes. Realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. del nivel al que pertenece el estudio es el nivel relacional. Donde se recolectó información de las fichas clínicas de los recién nacidos de las madres adolescentes. Obtuvo los siguientes resultados: la frecuencia de madres adolescentes fue de 11.8%. El grupo etario mayoritario fue la adolescencia tardía 73.7%, el peso promedio fue 3030.33 gramos, 85.6% tuvo un peso adecuado. 83.3% fueron recién nacidos a término. 89.2% fueron recién nacidos adecuado para edad gestacional (AEG). Otras medidas antropométricas fueron normales. El APGAR al 1’ y 5’ fue normal. El 81% fueron primigestas. La vía de parto fue la vaginal con 73.1%. Concluyó que: *la mayoría de neonatos fueron a término, AEG y con peso adecuado nacieron por vía vaginal.*

Rojas (2019) en su trabajo de investigación: “Características antropométricas y Apgar del neonato y su relación con la madre adolescente en el Hospital Regional Manuel Núñez

Butrón enero - diciembre 2018”, tuvo como objetivo determinar la relación de las características antropométricas y el Apgar del neonato con la madre adolescente. Realizó un estudio de carácter correlacional, retrospectivo, de corte transversal, con diseño descriptivo. Obtuvo como resultados: la prevalencia de neonatos de madres adolescentes fue de 10,7% que equivale a 236 neonatos de madre adolescente de un total de 2205 recién nacidos. El peso normal representó un 87,29%, bajo peso el 11,44% y muy bajo peso el 0,85%. El 78,4%, 82,6% y 81,4% del total fueron neonatos con talla, PC (perímetro cefálico) y PT (perímetro torácico) normal respectivamente. El 96,6% tuvieron un Apgar bueno al nacer y solo el 3,4% nació deprimido. El 83,1% de los recién nacidos de madre adolescente eran AEG (adecuados para edad gestacional). En cuanto a las características maternas se tiene que el 87,7% del total de recién nacidos pertenecían al grupo etario de madres adolescentes tardías y el 90,3% eran madres por primera vez. El 73,73% culminó la gestación por vía vaginal y solo el 16,27% fue por cesárea. Se encontró 86,4% neonatos a término, 13,4% pre término. Concluyó que: *no se encontró una relación directa entre las características antropométricas y Apgar del recién nacido con la madre adolescente, ya que el bajo peso al nacer, talla, PC, PT, APGAR bajo, no fueron características perinatales frecuentes en los recién nacidos de madre adolescente.*

## **2.2 Bases teóricas**

El embarazo a cualquier edad es un acontecimiento biopsicosocial fundamental de gran impacto. Cuando se trata de un embarazo adolescente, se convierte en un problema de salud pública por la intervención de múltiples factores involucrados: biológico, social, cultural o económico, y puede comprometer el bienestar del binomio formado por madre e hijo.

(Carrera et al., 2015)



## **2.2.1 Características clínicas del recién nacido hijo de madre adolescente**

### ***2.2.1.1 Edad gestacional y recién nacido de madre adolescente***

En el año 2000, alrededor del 56% de los embarazos de adolescentes culminó en nacimientos vivos, aproximadamente un 28% terminó en aborto inducido y un 15% acabó en aborto espontáneo o nacidos muertos (Kliegman, 2008, p. 851).

Según Fernández et al. (2004), el 83 % de los recién nacidos de madre adolescente alcanzan de 37 a 41 semanas de vida intrauterina, el 12 %, menos de 37 semanas y el 5 %, 42 semanas o más. De acuerdo con Alonso et al. (2005) la prematuridad está presente con valores estadísticos muy significativos. Dreyfus e Ifi (citados por Alonso, 2005) señalan que, debido a la inmadurez de la adolescente embarazada, el riesgo de prematuridad es superior.

En un estudio comparativo de Barrera et al. (2014) respecto a la edad gestacional, entre los recién nacidos de madre adolescente y de madres no adolescentes, se obtuvo como promedio una diferencia de edad de 1 semanas 3 días. Manotas et al. (1997) identificó en su trabajo de casos y controles, que el porcentaje de prematurez entre las adolescentes y entre las controles, es estadísticamente similar. Por otro lado se presentó un 2.3% de posmadurez en las adolescentes limítrofes (18-19 años), un 1.3% en las intermedias y 2% en las controles.

Una vez establecida la clasificación del recién nacido según la edad gestacional, se pueden identificar las situaciones asociadas con cada uno de los tipos de neonatos conociendo las diferencias en la frecuencia y severidad de entidades patológicas. De esa manera se puede prever que un recién nacido pretérmino va a estar más expuesto a alteraciones producto de inmadurez generalizada de sus órganos; mientras que los postérminos pueden presentar con mayor frecuencia asfixia neonatal, síndrome aspirativo meconial, entre otros. (Nazer y Ramírez, 2001, p. 16)

Sandal et al. (2011) afirma que las tasas de prematuridad y de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales son más altas en las madres adolescentes. Restrepo Méndez et al. (2014) sugieren que la edad materna muy joven se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro, y que el aparente aumento del riesgo para las madres de 16 a 19 años es influenciado por las condiciones socioeconómicas por sobre las biológicas.

### ***2.2.1.2 Peso al nacer y recién nacido de madre adolescente***

Restrepo Mesa et al. (2014) buscó en su estudio la asociación del peso al nacer del neonato con variables explicativas. El bajo peso en madres adolescentes menores de 15 años se presentó en mayor proporción en aquellas cuyas familias percibieron un monto menor de un Salario Mínimo Mensual.

En un estudio de casos y controles, se observó que el grupo de casos presentó cifras de un 12,5 por ciento en los neonatos con peso al nacer inferior a los 2 500 gramos, mientras que en las madres no adolescentes este fue solo de un 3,12 por ciento (Mena et al., 2005). Muchas adolescentes, sobre todo las más jóvenes, ganan menos de 7 kilos por embarazo, esto se correlaciona con una disminución del peso al nacer respecto a sus hijos (Kliegman et al., 2008, p. 851)

Según Prendes Labrada (citado por Fernández et al., 2004) el estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido, en general el peso al nacer guarda paralelismo con la ganancia de peso materno. Asimismo, en la gestante desnutrida, y en la adolescente que no ha completado su desarrollo hay un inadecuado intercambio feto materno, así como un metabolismo anormal de proteínas, lípidos, carbohidratos y minerales en la madre, que propician la utilización insuficiente de los nutrientes por el feto y afectan su desarrollo. (Fernández et al., 2004) Se observa que las

madres adolescentes menores de 15 años tienen un riesgo más alto de dar a luz a un recién nacido con restricción del crecimiento (Gleason y Juul, 2019, p. 64).

Según Pardo et al. (2003) existe una mayor proporción de recién nacidos con menor peso al nacer en las madres adolescentes, presenten o no malformaciones, frente a los neonatos de las madres mayores, ( $p= 0,03$ ). El menor peso de nacimiento, guarda relación con el tabaquismo y el consumo de drogas alucinógenas durante la gestación, que podría ser una de las etiologías en madres adolescentes. La prevalencia de bajo peso al nacer (BPN) es alta entre las madres adolescentes, además el parto prematuro y los embarazos múltiples se asocian con el BPN (Bayo et al., 2016)

### ***2.2.1.3 Morbilidades y recién nacido de madre adolescente***

Los hijos de madres adolescentes presentan más patología cardíaca, infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido, y mayor mortalidad, cuando se compararon con hijos de madres adultas (Mendoza et al., 2012). Según Espinoza (1990), a menor edad materna se incrementa la morbilidad del recién nacido. La prematuridad y el bajo peso al nacer aumentan la morbimortalidad perinatal de los recién nacidos de madres adolescentes. Estos niños presentan una incidencia mayor de síndrome de muerte súbita, debido, en parte, a un menor uso de la posición supina para dormir y tienen un mayor riesgo tanto de lesiones intencionadas como no intencionadas. (Kliegman, 2008, p. 651)

Karai et al. (2018) señala que a menor edad materna se asoció significativamente con un mayor riesgo de malformaciones congénitas y una mayor tasa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Las principales causas de ingreso de los recién nacidos de madre adolescente a la UCIN son prematuridad, septicemia y problemas respiratorios (Islas et al., 2010). Según García et al. (2008), respecto a la morbilidad del recién nacido, indica que

la asfixia perinatal y el traumatismo al nacimiento, son más frecuentes en la maternidad adolescente, en concordancia con otros autores.

De acuerdo con Hernández et al. (2015) la mayor morbilidad neonatal que se presenta en la gestante adolescente puede deberse a múltiples factores. Primero, es un acontecimiento que se presenta como no deseado o no planificado que lleva a una actitud de rechazo y ocultamiento por temor a la reacción de la familia, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente. Segundo, existe una inmadurez del aparato genital propia de la edad. Tercero, en muchos casos se desarrolla en el seno de una familia disfuncional con falta de apoyo.

Se encuentra frecuentemente hipoglicemia y sepsis neonatal en los neonatos de madres adolescentes. La adolescencia por sí misma constituye en un factor de riesgo para el futuro a medida que afecta su crecimiento intrauterino adecuado y por lo tanto conlleva a mayor riesgo de morbilidad en el periodo neonatal.

(Sánchez, 2004)

#### ***2.2.1.4 Tipo de parto y recién nacido de madre adolescente***

Según Urbina y Pacheco (2006) la mayoría de los partos en madres adolescentes (97,6%) son de embarazos simples y el resto, 2,4%, de partos múltiples. El parto vaginal ocurre con más frecuencia en la adolescente. En las adolescentes de 17 años o menos hay relativamente más partos por cesárea (22,3%) que en las adolescentes de 18 y 19 años (12,1%); y el parto por cesárea es mayor que el vaginal en las adolescentes de 15 años o menos (3,6% vs. 0,8%). Dentro de las indicaciones de la cesárea en la adolescente destacan el sufrimiento fetal agudo, la distocia de presentación, preeclampsia, cesárea anterior e incompetencia cefalopélvica.

La hemorragia fisiológica durante el trabajo de parto predispone a la parturienta a cierto grado de anemia, lo cual se ve agravado en adolescentes por mayor riesgo de

laceraciones o desgarros y por otras situaciones del organismo en desarrollo. En adolescentes embarazadas la anemia deriva en mayor morbilidad y mortalidad posparto. (Torres et al., 2015)

Las complicaciones durante el embarazo y el parto se pueden presentar en cualquier mujer, de manera inesperada incluso en mujeres sin factores de riesgo aparentes, sin embargo, a nivel mundial y, con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, el embarazo y parto representa la principal causa de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años. (Munguía et al., 2018)

#### ***2.2.1.5 Apgar y recién nacido de madre adolescente***

Se evidencia que no ser adolescente durante la gestación constituye un factor protector contra el Apgar bajo, al observarse un Apgar entre 7 y 9 al minuto de vida en la mayoría de las embarazadas no expuestas (Guerra, 2015).

Sin embargo, el empleo del Apgar del primer minuto y del quinto minuto como parámetros de evaluación constata, según Magalhaes et al. (2009) que las condiciones de nacimiento son similares comparando a los neonatos de adolescentes precoces y los del grupo de adolescentes de edad más avanzada.

Existe determinadas condiciones maternas como el embarazo durante la adolescencia, ciertas condiciones sociales o ambientales que podrían provocar que la puntuación Apgar sea baja al minuto. Estas condiciones usualmente corresponden a factores transitorios, no severos como circulares de cordón o distocias no complicadas que, si bien pueden provocar hipoxia, esta no será grave o sostenida. (Vasco et al., 2018)

Según Volkan et al. (2019) la puntuación de Apgar a los 5 min es significativamente menor para los recién nacidos de adolescentes, y la necesidad de cuidados intensivos neonatales fue significativamente mayor para los neonatos de los menores de 15 años. De

acuerdo con Vieira et al. (citado por Volkan et al., 2019) estudios previos indican que las puntuaciones de Apgar a los 5 min varían según la edad materna.

## **2.2.2 Características epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente**

### ***2.2.2.1 Edad materna y recién nacido de madre adolescente***

Es importante señalar que las gestantes en edad extrema de la vida reproductiva (menores de 20 años o mayores de 35 años) presentan un mayor riesgo para complicaciones como el parto prematuro. La edad materna es una variable preponderante en el análisis epidemiológico del parto prematuro, generando una alta tasa de morbilidad y mortalidad neonatal (Cortés et al., 2013). En Estados Unidos, entre 2000 y 2002, las tasas de partos pretérmino, bajo peso al nacer y muy bajo peso al nacer fueron dos veces mayores en las madres de 10-14 años que en el resto de madres y la tasa de recién nacidos muy pretérmino (inferior a 32 semanas de gestación) fue tres veces superior para las madres más jóvenes. (Kliegman et al., 2008, p. 851)

Según González et al. (2000), la embarazada adolescente no es sólo un problema cuantitativo, también tiene una dimensión cualitativa. Las afecciones maternas, perinatales, y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años. De acuerdo con Moreno (2012), existe una asociación significativa entre menor edad materna y recién nacido prematuro.

Nazer et al. (2007) indica que las malformaciones del sistema gastrointestinal, malformados múltiples y síndrome de Down son más frecuentes entre las mujeres de edad mayor y que las malformaciones craneofaciales y gastrosquisis son más frecuentes entre las madres adolescentes.

Donoso et al. (2014) señala que el grupo de adolescentes de 10-14 años es uno de los rangos de mayor mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Por otro lado, las adolescentes

de 15-19 años son el grupo de menor mortalidad materna. Estudios poblacionales efectuados en Estados Unidos de Norteamérica notifican un mayor riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal, lo que explicaría la mayor mortalidad neonatal, infantil y fetal. Una revisión sistemática publicada en 2001, sugirió que el mayor riesgo perinatal de las adolescentes de 16-19 años estaba marcado por factores sociales, económicos y ambientales, mientras que en las menores de 16 años hubo un mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal, independiente de los factores socioeconómicos y ambientales.

#### ***2.2.2.2 Sexo y recién nacido de madre adolescente***

Según García (2019) al comparar el género de los recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes; no se evidencia diferencia significativa en la proporción masculina y femenina. Sin embargo, el sexo indiferenciado se presenta en un mayor porcentaje en recién nacidos de madres adolescentes.

En el estudio de Bezerra et al. (citado por Barrera et al., 2014), realizado en un hospital público de Brasil, entre las características que presentaron los recién nacidos hijos de madres adolescentes fueron el predominio en el sexo masculino. Sin embargo, Carrera et al. (2015) señala que entre las características demográficas de los pacientes no se observan diferencias significativas de género. Por otro lado, Flores (2021) manifiesta el predominio del sexo femenino sobre el masculino en estos recién nacidos. La proporción del sexo masculino y femenino varía en los diferentes estudios.

#### ***2.2.2.3 Procedencia y recién nacido de madre adolescente***

El porcentaje de morbilidad neonatal a causa de insuficiencia respiratoria es mayor en madres adolescentes que residen en el área rural y que tuvieron menos de cinco controles prenatales (Saeteros, 2018). Los hijos de madres adolescentes que residen en zonas rurales

están en desventaja en comparación con su contraparte urbanas, a pesar de ello, la tasa de morbilidad neonatal en ambos grupos es similar, algunos factores descritos para la zona rural es el aislamiento geográfico, las desventajas socioeconómicas y la escasez de profesionales en salud. (Cluet et al., 2013)

El estado nutricional de la gestante tiene efecto importante sobre el crecimiento intrauterino y el peso del feto. De otro lado, debe señalarse que las gestantes de zonas urbano-marginales presentan alta prevalencia de malnutrición proteínico-energética. Estos hallazgos muestran fuerte presencia de malnutrición gestacional, la cual está presente aún antes de la concepción. (Falen et al., 1997)

Las adolescentes embarazadas rurales de bajo nivel socioeconómico tienen las mayores probabilidades de resultados adversos del embarazo. Los determinantes sociales de la salud que afectan los embarazos adolescentes necesitan un examen más profundo para identificar subgrupos de alto riesgo y comprender las vías hacia las disparidades de salud en esta población vulnerable. (Amjad et al., 2019)

Los primeros embarazos adolescentes de mujeres rurales tenían más probabilidades de ser no deseados y terminar en un nacido vivo en comparación con sus contrapartes urbanas. Las disparidades fueron más llamativas entre las adolescentes negras, con alrededor del 60% de los primeros embarazos adolescentes entre mujeres negras rurales que no fueron planeados y terminaron en un nacido vivo, siendo en zona urbana: 51%. (Sutton et al., 2019)

#### ***2.2.2.4 Estado civil y recién nacido de madre adolescente***

Se encuentra relación significativa entre la condición del estado civil y el grado de depresión en las gestantes adolescentes (Heredia, 2018). Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de divorcio y de padecer problemas emocionales, un embarazo puede empujar a una adolescente de 15 a 19 años a “un futuro ominoso de paro, pobreza, fracaso escolar,



ruptura familiar, angustia emocional, que puede afectar su salud y la de su hijo”. (Taeusch y Ballard, 2000, p. 8)

Respecto del estado civil soltera, se asocia a una mayor probabilidad de maternidad adolescente, estudios señalan que el estado civil influye en el embarazo adolescente. En Perú, una de cada cinco adolescentes estaría casada, siendo solteras la mayor parte de las madres adolescentes (Hernández et al., 2021). La variable del estado civil de la adolescente se vuelve importante en cuanto a la restitución de derechos y al apoyo social y económico. Estos factores inciden en los niveles de autoestima porque llevan implícitos los papeles que tienen que aplicar en su nuevo estado de gestación: las actividades domésticas, el cuidado del nuevo miembro de la familia y los cambios que obstaculizan el disfrute de actividades de ocio y diversión. (Aguilar y Quintanilla, 2022)

Según Siddharth y Hephzibah (2019) en la realidad hindú, la mayor proporción de la población está de acuerdo que la adolescente pueda casarse y tener su familia. Muchas mujeres quieren completar sus responsabilidades y, por lo tanto, quieren que sus hijas o las adolescentes de su familia puedan llegar a casarse a una edad temprana. Al 97% de las mujeres no le importaría que la adolescente, se case y se embarace; no alentaría la interrupción del embarazo y permitiría que la adolescente continúe con su embarazo.

Wright et al. (2022) señala que convertirse en padre en la adolescencia es igualmente perjudicial tanto para las mujeres como para los hombres en términos de finalización de la escuela secundaria, asistencia postsecundaria, personal. ingresos, salud autoinformada y satisfacción con la vida, incluso de 10 a 35 años después de convertirse en padre adolescente. En la mayoría de los países de bajos ingresos, el matrimonio es la razón principal de la primera iniciación sexual (Kassa et al., 2019).

### ***2.2.2.5 Nivel de instrucción y recién nacido de madre adolescente***

La baja escolaridad de los padres es visto como un factor de riesgo familiar para que las adolescentes presenten un embarazo precoz, en el estudio de Castillo (2021) se consignaron padres con baja escolaridad en 25.5% de los casos (madres adolescentes menores de 15 años) y en 0.09% de los controles (adolescentes no madres menores de 15 años).

El no estar escolarizada, la falta de educación y el desconocimiento del período fértil durante los ciclos menstruales son factores asociados al embarazo adolescente. De acuerdo a Radu et al. (2021) un embarazo a una edad de entre 13 y 15 años puede tener implicaciones médicas, tanto físicas como mentales, por lo que es importante la supervisión médica. La educación sexual y anticonceptiva en la escuela y en la familia puede ayudar a las adolescentes a controlar la posibilidad de quedar embarazadas a tan temprana edad. Por lo tanto, este tipo de programas educativos deben existir en las escuelas y comunidades rurales y urbanas.

Varahala et al. (2018) nota que a medida que el nivel educativo de la madre va aumentando la incidencia de bajo peso al nacer disminuye. Un estudio realizado en Bangladesh (citado por Varahala, 2018) con enfoque multivariante mostró que la educación de la madre tiene una gran influencia en el peso al nacer del bebé.

La desventaja social afecta los resultados de salud en toda la vida; la salud de la madre y el recién nacido es particularmente susceptible y los efectos pueden mantenerse de generación en generación. La salud se ve afectada por factores que van más allá del individuo, genética y biología. sociales, económicos, ambientales y los factores estructurales afectan tanto al individuo como a la salud de la población. Estos factores incluyen niveles

educativos más bajos, pobreza, oportunidades de empleo reducidas y experiencias de discriminación. (Barfield, 2021, cap. 6)

### ***2.2.2.6 Paridad y recién nacido de madre adolescente***

Según la paridad, Mendoza (2021) identifica relación entre la paridad y el parto prolongado. Rojas (2019) manifiesta una mayor proporción de primíparas respecto a múltiparas en madres adolescentes, siendo la edad de 17 a 19 años (adolescencia tardía) la de mayor porcentaje. Ferrales (2019) destaca que una parte significativa de las madres adolescentes tienen antecedentes de uno o más partos. Las primíparas representan un 81.17% en las adolescentes y 18.82 % las pauciparas con 1.19 de paridad (Eouani, 2018). Según Ali et al. (2020) a medida que la paridad aumenta el peso al nacer del bebé aumenta.

Alrededor de un 30% de las madres adolescentes vuelve a quedarse embarazada después de 2 años de dar a luz a su primer hijo y un 50% de estos segundos embarazos acaban en el nacimiento de otro niño (Kliegman, 2008, p. 852).

## **2.3 Bases filosóficas**

Desde el punto de vista epistemológico, el conocimiento científico crítico metódico, sistemático ordenado, controlado, verificable, preciso, especializado permitió que la atención al recién nacido tuviera un progreso vertiginoso en los últimos cuarenta años. Por otro lado se encuentra el conocimiento religioso que se manifiesta en la fe que el médico profesa en sus conocimientos y experiencia así como el paciente lo tiene en él y Dios; esto puede influir en la toma de decisiones como una transfusión sanguínea o la alteración de la relación médico-niño-padres ocasionando que se oculte alguna información. (Barráez, 2006)

Frente a situaciones complejas como defectos congénitos severos se plantean dos posiciones filosóficas: una la vitalista, basada en que todo feto o neonato es humano y que no existe razón para abortar o dejarlo morir. La segunda posición extrema, llamada eugenésica,

exige mantener la vida del recién nacido mientras se mantenga en los estándares de calidad de vida. (Oliveros y Chirinos, 2001)

La toma de decisiones críticas en neonatología y otras áreas de la pediatría a menudo conlleva un componente ético complejo y difícil. Para cualquier tratamiento bajo consideración, el espectro inadmisible-permisible-obligatorio (I-P-O) proporciona un marco útil para determinar cómo proceder. Cualquier tratamiento propuesto puede ubicarse a lo largo de este espectro e identificarse como éticamente inadmisible, permisible u obligatorio. (Mercurio y Cummings, 2021)

En la mejor tradición pediátrica, existe la necesidad de un mayor enfoque en las estrategias de atención de salud preventivas en lugar de las curativas porque una gran cantidad de muertes neonatales ocurren debido a trastornos potencialmente prevenibles como asfixia al nacer, hipotermia, hipoglucemia e infecciones. El arte y la ciencia de la neonatología deben integrarse y debemos seguir un “camino intermedio” y lograr un equilibrio entre el arte y la tecnología en el cuidado de los recién nacidos. (Singh, 2014)

La Neonatología surge y progresa partiendo de la observación minuciosa y la duda metódica como fundamento de una investigación sistemática que permitió y permite descubrir las diferencias básicas estructurales y funcionales entre los seres humanos adultos y los recién nacidos que obligan a realizar enfoques diferentes en la selección de sus cuidados y terapéutica. (Barráez, 2006)

#### **2.4 Definiciones conceptuales (definición de términos básicos)**

**Recién nacido:** al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. (Norma Oficial Mexicana, 2016)

**Adolescencia:** la adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. (OMS, 2020)

**Adolescencia temprana:** entre los 10 y 13 años. Las hormonas sexuales comienzan a estar presentes y por esto se dan cambios físicos: “pegan el estirón”, cambian la voz, aparece vello púbico y en axilas, olor corporal, aumento de sudoración y con esto surge el enemigo de los adolescentes: el acné. Comienzan a buscar cada vez más a los amigos. (UNICEF, 2020)

**Adolescencia media o intermedia:** entre los 14 y 16 años. Comienzan a evidenciarse cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad, cómo se ven y cómo quieren que los vean. La independencia de sus padres es casi obligatoria y es la etapa en la que pueden caer fácilmente en situaciones de riesgo. (UNICEF, 2020)

**Adolescencia tardía:** desde los 17 a 19 años y puede extenderse hasta los 21 años. Comienzan a sentirse más cómodos con su cuerpo, buscando la aceptación para definir así su identidad. Se preocupan cada vez más por su futuro y sus decisiones están en concordancia con ello. Los grupos ya no son lo más importante y comienzan a elegir relaciones individuales o grupos más pequeños. (UNICEF, 2020)

**Edad materna:** edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto. (Cybertesis, 2003)

**Embarazo adolescente:** el embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. (Menéndez et al., 2012)

**Edad gestacional:** al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos

hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos. (Norma Oficial Mexicana, 2016)

**Recién nacido pretérmino:** a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado. (Norma Oficial Mexicana, 2016)

**Recién nacido a término:** a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará así a un producto que pese más de 2,500 g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado. (Norma Oficial Mexicana, 2016)

**Recién nacido postérmino:** al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más (294 días o más). (Norma Oficial Mexicana, 2016)

**Test de Ballard:** permite valorar la edad gestacional ampliándola a recién nacidos de menos de 28 semanas. La nueva valoración de Ballard es particularmente útil en los recién nacidos inmaduros y monitorizados, dado que no se necesita levantar al neonato, los pasos para evaluar la edad gestacional pueden hacerse como parte del examen físico general y pueden proporcionar información para la evaluación neurológica. (Gómez et al., 2012)

Madurez neuromuscular							
	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	> 90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Regreso del brazo		180°	140-180°	110-140°	90-110°	90°	
Ángulo popliteo	180°	160°	140°	120°	100°	90°	< 90°
Signo de la bufanda							
Maniobra talón oreja							

## Madurez física

	-1	0	1	2	3	4	5
Piel	Delgada fiable transparente	Gelatinosa roja translúcida	Lisa, rosada Venas visibles	Descamación superficial y rash pocas venas	Descamación áreas pálidas Venas escasas	Pliegues profundos Descamación sin venas	Gruesa rugosa
Lánugo	No	Escaso	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lánugo	Muy escaso	Grado de madurez
Superficie plantar	Longitud del pie 40-50 mm = -1 < 40 mm = -2	> 50 mm No pliegue	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transverso único	Pliegues dos tercios anteriores	Pliegues toda la planta	Calif. Semanas
Mamas	Imperceptibles	Apenas visibles	Areola plana sin pezón	Areola levantada 1-2 mm de pezón	Areola levantada 3-4 mm pezón	Areola completa 5-10 mm pezón	-10 20
Ojo/oido	Fusión palpebral Firmemente = -2 Levemente = -1	Párpados abiertos Oído plano permanente doblado	Oído con borde ligeramente curvo suave Recuperación lenta	Oído con borde curvo, suave, de fácil recuperación	Oído formado firme Recuperación instantánea	Oído con cartilago grueso y firme	-5 22
Genitales masculinos	Escroto plano liso	Escroto vacío sin arrugas	Testiculos en canal inguinal superior Pocas arrugas	Testiculos descendidos pocas rugosidades	Testiculos descendidos Muchas rugosidades	Testiculos en péndulo Rugosidades completas	0 24
Genitales femeninos	Clitoris prominente Labios planos	Clitoris prominente pequeño Labios menores visibles	Clitoris prominente Labios menores más aparentes	Labios mayores y menores iguales	Labios mayores grandes Labios menores pequeños	Labios mayores cubren a los menores	5 26
							10 28
							15 30
							20 32
							25 34
							30 36
							35 38
							40 40
							45 42
							50 44

Obtenido de Gómez et al. (2012). Clasificación de los niños recién nacidos. Revista Mexicana de Pediatría 78(1), 36.

**Test de Capurro:** basado en el examen físico para determinar la edad gestacional

aproximada del recién nacido a partir de las 29 semanas. Mide los siguientes parámetros:

forma de la oreja, tamaño de la glándula mamaria, formación del pezón, textura de piel y

pliegues plantares. Al valor obtenido se le suma 204, se le divide entre 7 para hallar la edad gestacional; tiene un error de +9 días. (MINSA, 2013)

**Apgar:** a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de:

frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

SIGNOS	0	1	2
Color de la piel	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado
Frecuencia cardíaca	Ausente	FC menor de 100 latidos por minuto	FC mayor de 100 latidos por minuto
Respuesta ante (irritabilidad refleja)	Sin respuesta a la estimulación	Mueca	Estornudos llanto Vigoroso
Tono muscular (actividad)	Flácido	Alguna flexión	Movimiento activo
Respiración o llanto	Ausente	Llanto débil, respiración irregular	Llanto fuerte, respiración normal

MINSA (2013). Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279677-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-neonatal-nts-n-106-minsa-dgsp-v-01-r-m-n-828-2013-minsa>



**Peso al nacer:** el peso de un recién nacido que se determina inmediatamente después del parto o tan pronto como sea posible. Debe ser expresado exacto en gramos. (Cunningham, 2019, p. 3).

1. Bajo peso al nacer: un recién nacido cuyo peso es  $<2\ 500$  g.
2. Muy bajo peso al nacer: un recién nacido cuyo peso es  $<1\ 500$  g.
3. Peso extremadamente bajo al nacer: un recién nacido cuyo peso es  $<1\ 000$  g.

**Morbilidad:** se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento. (Instituto Nacional del Cáncer, 2022)

**Tipo de parto:** variante del proceso que conduce al nacimiento de un niño. Comienza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el alumbramiento del recién nacido y la expulsión de la placenta. La gravidez y el nacimiento son procesos fisiológicos y, por tanto, el parto y la llegada del bebé deben considerarse normales para la mayoría de las embarazadas. (Cunningham et al., 2019, p. 421)

**Parto eutócico:** proceso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores de trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vértex, con sus anexos completos. (MINSA, 2014)

**Parto distócico:** El parto distócico es el parto con progreso anormal debido a la alteración de la frecuencia o intensidad de las contracciones uterinas, posición anormal del feto, desproporción céfalo pélvica o por anomalías del canal del parto y que culmina por vía vaginal o cesárea. Además de las complicaciones en donde la madre o el recién nacido

requieran la atención en cuidados intermedios para neonatos o cuidados intensivos generales. (INEI, 2015)

**Sexo:** características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres. (Barba,2019)

**Procedencia:** origen, principio de donde nace o se deriva algo. Lugar donde alguien, en circunstancias normales, habría debido nacer. (RAE, 2021)

**Estado civil:** condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (RAE, 2021)

**Nivel de instrucción:** es un indicador del conocimiento y aprendizaje logrado por la población de 15 y más años de edad, en las etapas educativas del sistema, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos. Los niveles educativos son: inicial, primaria, secundaria y superior (universitaria y no universitaria). (INEI, 2014)

**Paridad:** es el número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación, e incluye cuatro componentes: nacimientos a término, nacimientos prematuros, abortos, hijos vivos. (Bernstein & VanBuren, 2014)

## **2.5 Hipótesis de investigación**

### ***2.5.1 Hipótesis general***

No formulada

### ***2.5.2 Hipótesis específicas***

No formulada

## 2.6 Operacionalización de variables e indicadores

Variables	Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza	Escala de medición	Indicadores
Características clínicas	Edad gestacional	El periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento.	Edad obtenida mediante el test de Ballard (en $\leq 28$ ss) y Capurro (en $>28$ ss) que sean consignados en la historia clínica. Se expresa en semanas y días.	Cuantitativa	Discreta	Pretérmino ( $< 37$ semanas) A término (37-42 semanas) Postérmino ( $>42$ semanas)
	Peso al nacer	El peso de un recién nacido que se determina inmediatamente después del parto o tan pronto como sea posible.	Peso del recién nacido obtenido de una balanza calibrada y expresada en gramos.	Cuantitativa	Continua	Extremadamente bajo peso al nacer ( $<1000$ g) Muy bajo peso al nacer ( $<1500$ g) Bajo peso al nacer ( $<2500$ g) Adecuado peso al nacer (2500 – 4000 g) Elevado peso al nacer ( $>4000$ g)
	Morbilidad	Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población.	Enfermedades registradas en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Asfisia neonatal Sepsis neonatal Ictericia neonatal Hipoglucemia neonatal Cardiopatía congénita Sd. Dificultad respiratoria Fallecido

	Tipo de parto	Variante del proceso que conduce al nacimiento de un niño. Comienza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el alumbramiento del recién nacido y la expulsión de la placenta.	Tipo de parto consignado en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Eutócico Distócico
	Apgar	La valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.	El valor consignado en la historia clínica.	Cualitativa	Ordinal	Normal (7-10) Depresión moderada (4-6) Depresión severa (0-3)
Características epidemiológicas	Edad materna	Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto.	Edad correspondiente a la etapa de vida adolescente, que según la OMS va de los 10 años hasta los 19 años.	Cuantitativa	Discreta	Adolescente temprana (10-13 años) Adolescente intermedia (14-16 años) Adolescente tardía (17-19 años)
	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres.	Sexo consignado en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
	Procedencia	Lugar donde alguien, en circunstancias normales, habría debido nacer.	Lugar de acuerdo a las características de vivienda y ambiente geográfico.	Cualitativa	Nominal	Urbano Rural
	Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio.	Condición de vínculo respecto al padre del recién nacido.	Cualitativa	Nominal	Soltera Conviviente Divorciada Casada

	Nivel de instrucción	Es un indicador del conocimiento y aprendizaje logrado, en las etapas educativas del sistema, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de educandos.	Nivel de instrucción que se encuentre consignado en la historia clínica.	Cualitativa	Ordinal	Inicial Primaria Secundaria Superior
	Paridad	Es el número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación.	Es el número de partos de las madres adolescentes consignados en la historia clínica	Cuantitativa	Discreta	Primíparas (1 parto) Multíparas (2 o más partos)

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Diseño metodológico**

#### **3.1.1 Tipo de Investigación.**

La investigación fue, por su finalidad, básica, ya que se orientó a la búsqueda de nuevos conocimientos sobre las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido de madre adolescente sin una finalidad práctica específica (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018); fue de tipo observacional, debido a que no hubo intervención por parte del investigador en el curso natural de variables: características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente. (Manterola y Otzen, 2014); según el tiempo de ocurrencia, fue retrospectivo, porque se utilizaron los datos previamente registrados en las historias clínicas y no hubo contacto directo con la unidad de estudio; fue transversal, ya que la medición de todas las variables se realizó en un solo período de tiempo 2021 (Hernández, Fernández y Baptista., 2014).

#### **3.1.2 Nivel de Investigación.**

Tuvo un nivel descriptivo, ya que relató las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente en un intervalo de tiempo y espacio geográfico determinado Hospital Regional Huacho 2021 (Manterola & Otzen, 2014).

#### **3.1.3. Diseño.**

El diseño fue no experimental, porque la investigación se realizó sin manipular las variables y sólo se observó las características clínicas (edad gestacional, peso, Apgar, morbilidades y tipo de parto) y características epidemiológicas (edad materna, sexo del recién nacido, procedencia, estado civil, nivel de instrucción y paridad) para su posterior análisis. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

### **3.1.4 Enfoque.**

Tuvo un enfoque cuantitativo debido a que se siguió una secuencia, ya que los datos se analizaron en base a la medición numérica y análisis estadístico para determinar las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente del Hospital Regional Huacho 2021. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014)

## **3.2 Población y muestra**

### **3.2.1. Población.**

La población estuvo conformada por todos los pacientes recién nacidos hijos de madres adolescentes cuyas edades se encontraron desde los 10 y hasta los 19 años que fueron atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Huacho desde el 01 de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2021.

### **3.2.2 Muestra.**

La muestra al igual que la población estuvo constituida por todos los pacientes recién nacidos hijos de madres adolescentes cuyas edades se encontraron desde los 10 y hasta los 19 años y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión según las historias clínicas tomadas del archivo del Hospital Regional de Huacho durante el año 2021.

#### ***3.2.2.1. Criterios de Inclusión.***

1. Pacientes recién nacidos hijos de madres adolescentes cuya edad iban desde 10 hasta 19 años.
2. Pacientes recién nacidos con edad gestacional mayor de 22 semanas.

3. Pacientes en cuyas historias clínicas se encontraron los datos de las variables en estudio.

#### **3.2.2.2. Criterios de Exclusión.**

1. Pacientes recién nacidos cuyas madres tuvieron una edad menor de 10 años y mayor de 19 años.
2. Pacientes recién nacidos que fallecieron antes de llegar al hospital.
3. Pacientes recién nacidos con edad gestacional menor de 22 semanas.
4. Pacientes en cuyas historias clínicas no se encontraron los datos de las variables en estudio.

### **3.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

#### **3.3.1 Técnicas a emplear.**

Gestionada la autorización para la revisión de historias clínicas a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Docencia e Investigación, jefatura de archivos del Hospital Regional de Huacho se procedió a la búsqueda del número de historia de aquellos pacientes recién nacidos hijos de madre adolescente durante el año 2021 al Servicio de Neonatología que se encontraron registrados en el libro de ingresos del servicio y se seleccionó los pacientes según los criterios de inclusión. La técnica que se utilizó fue la observación documental y la recopilación de datos de las historias clínicas que se identificaron previamente en el archivo del hospital.

#### **3.3.2. Descripción del instrumento.**

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos (Anexo 02), diseñada para registrar la información necesaria y precisa de las historias clínicas revisadas como: edad gestacional, peso, Apgar, morbilidades, tipo de parto, edad materna, sexo, procedencia,



estado civil, nivel de instrucción, paridad.

### **3.4 Técnicas para el procesamiento de la información.**

Se realizaron análisis descriptivos en frecuencia, porcentajes y promedios. La información fue incorporada en una base de datos, procesada y presentada en tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos de la presente investigación, se utilizó el programa informático Office Excel versión 2021 para Microsoft.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1 Análisis de resultados

En el año 2021 hubo 2898 nacimientos en total en el Hospital Regional de Huacho, de los cuales 393 (13,6%) provenían de madres adolescentes. Se revisaron 347 historias clínicas recolectando la información consignada de los recién nacidos de madres adolescentes de dicho nosocomio. No se tuvo acceso a las 46 historias clínicas restantes.

#### 4.1.1 Características clínicas

##### a) Edad gestacional

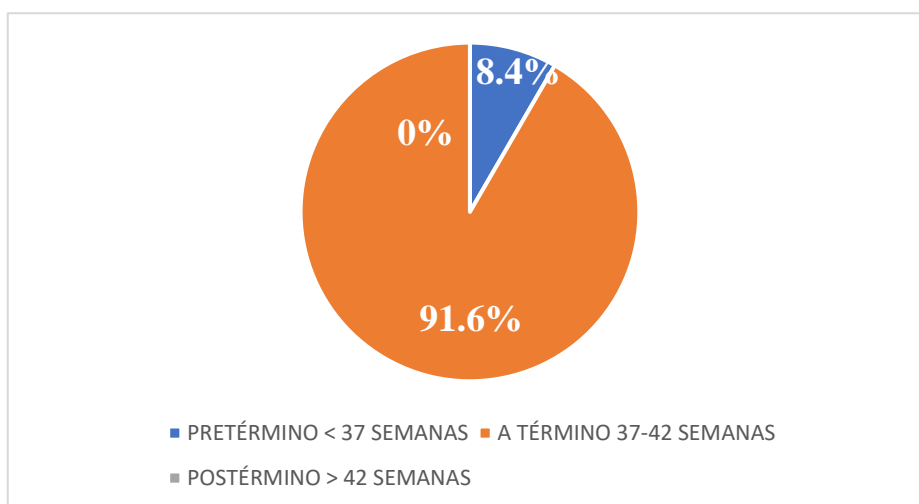
En la siguiente distribución se apreció un predominio del grupo de recién nacidos a término con un 91,6%, y en un segundo lugar se encontró a los pretérminos. En este estudio no se registró ningún recién nacido postérmino. La edad gestacional promedio fue de 38,6 semanas.

**TABLA 1**

*Distribución de frecuencia y porcentaje de la edad gestacional de los recién nacidos.*

Clasificación	Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Pretérmino	< 37 semanas	29	8.4%
A término	37-42 semanas	318	91.6%
Postérmino	> 42 semanas	0	0.0%
Total		347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 1.** Gráfico de porcentajes de la edad gestacional de los recién nacidos.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

### b) Peso al nacer

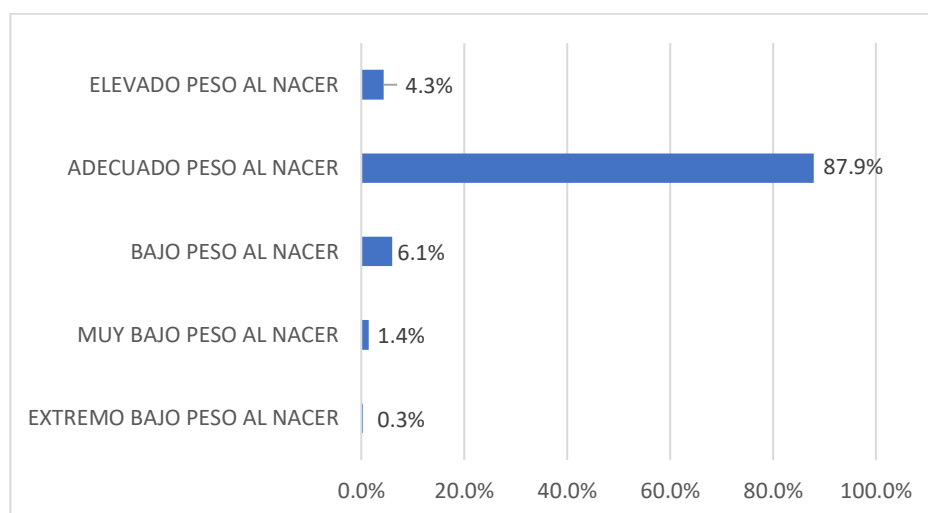
De acuerdo a la clasificación por su peso al nacer se obtuvo que casi el 88% presentó pesos de 2500 a 4000 g que se catalogan como adecuados o normales, seguidos por un amplio margen de diferencia por el grupo de bajo peso al nacer con 6,1% y de elevado peso al nacer con un 4,3%. Se encontraron casos de muy bajo peso y uno de extremo bajo peso al nacer. El peso al nacer promedio fue de 3252,8 g.

**TABLA 2**

*Distribución de frecuencia y porcentaje del peso al nacer de los recién nacidos.*

Clasificación	Peso al nacer	Frecuencia	Porcentaje
Extremo bajo peso al nacer	Menor de 1000 g	1	0.3%
Muy bajo peso al nacer	1000 - 1499 g	5	1.4%
Bajo peso al nacer	1500 -2499 g	21	6.1%
Adecuado peso al nacer	2500 - 4000 g	305	87.9%
Elevado peso al nacer	Mayor de 4000 g	15	4.3%
Total		347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 2.** Gráfico de barras horizontal para el peso al nacer de los recién nacidos.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

### c) Morbilidad

En la tabla 3 se colocaron los números de casos de recién nacidos respecto a alguna morbilidad, se encontraron patologías comunes y hallazgos considerados de normalidad en el neonato considerando su duración. En la figura 3 se observa que la morbilidad más frecuente fue la ictericia neonatal con 20,74% del total de casos, seguido de alteraciones como grande para edad gestacional en un 20% y pequeño para edad gestacional en un 14%. Se sumaron patologías como incompatibilidad ABO en un 6,7% y hallazgos como cefalohematoma en un 5%.

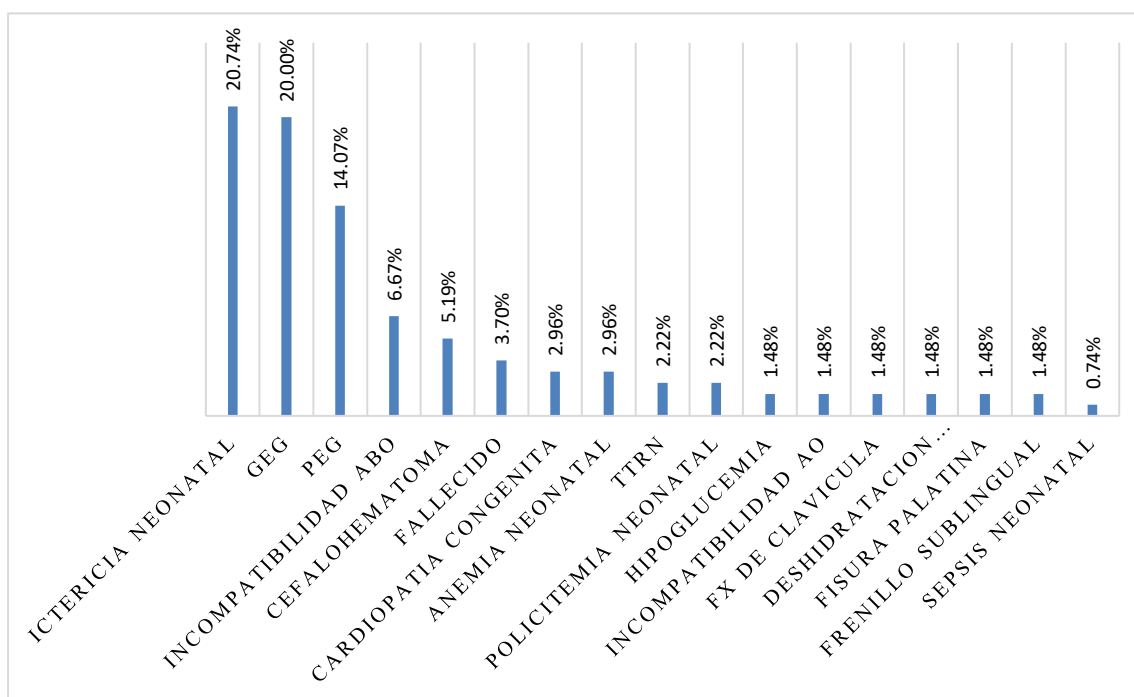
**TABLA 3**

*Distribución de frecuencia y porcentaje de la morbilidad de los recién nacidos.*

Morbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Ictericia neonatal	28	20.74%
Grande para edad gestacional	27	20.00%
Pequeño para edad gestacional	19	14.07%
Incompatibilidad ABO	9	6.67%
Cefalohematoma	7	5.19%
Fallecido	5	3.70%
Cardiopatía congénita	4	2.96%
Anemia neonatal	4	2.96%
Taquipnea transitoria del RN	3	2.22%
Policitemia neonatal	3	2.22%
Hipoglucemia	2	1.48%
Incompatibilidad AO	2	1.48%

Fractura de clavícula	2	1.48%
Deshidratación hipernatrémica	2	1.48%
Fisura palatina	2	1.48%
Frenillo sublingual	2	1.48%
Sepsis neonatal	1	0.74%
Enfermedad de membrana hialina	1	0.74%
Retina inmadura	1	0.74%
Dacriocistitis	1	0.74%
Eritema toxico	1	0.74%
Paladar hendido	1	0.74%
Meningocele	1	0.74%
Hidrocele	1	0.74%
Sífilis congénita	1	0.74%
Labio leporino	1	0.74%
Encefalocele	1	0.74%
Holo mesencéfalo	1	0.74%
Espina bífida	1	0.74%
Polidactilia	1	0.74%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 3.** Gráfico de barras para la morbilidad de los recién nacidos.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

#### d) Tipo de parto

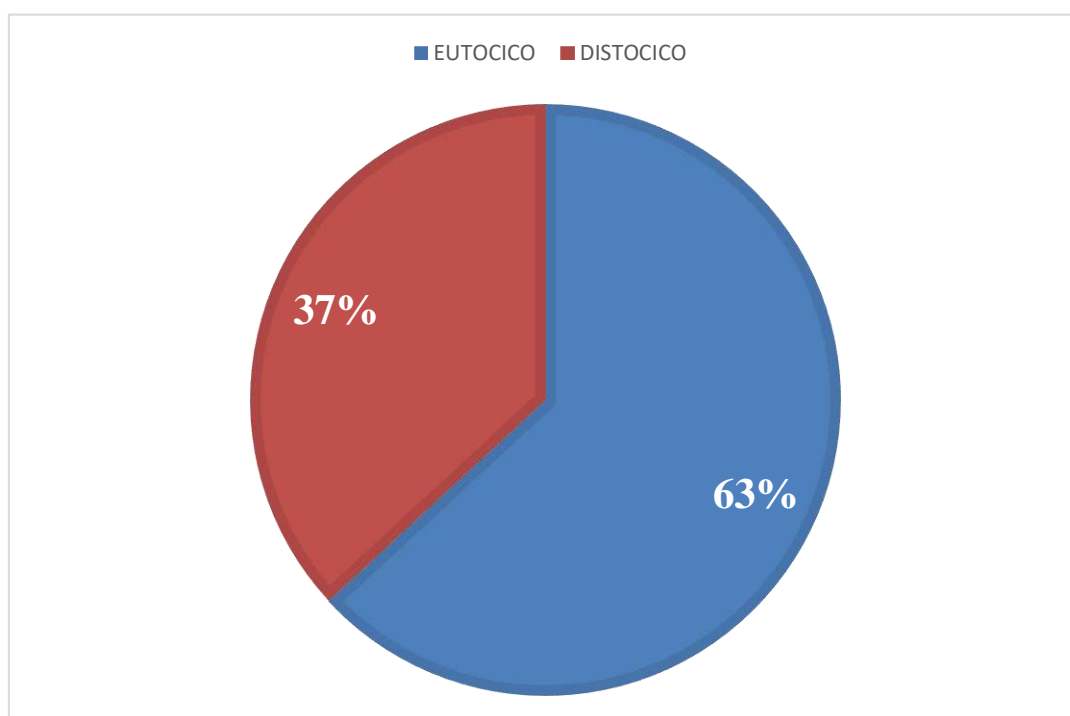
El tipo de parto más frecuente que se encontró fue el parto eutócico en un 63% respecto al distócico con un 37% como se muestra en la tabla 4, correspondiente al eutócico se identificó uno como parto domiciliario. Según muestra la figura 5, los motivos para parto distócico más frecuente fueron el feto grande, cesárea anterior y pelvis estrecha.

**TABLA 4**

*Distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de parto en los recién nacidos.*

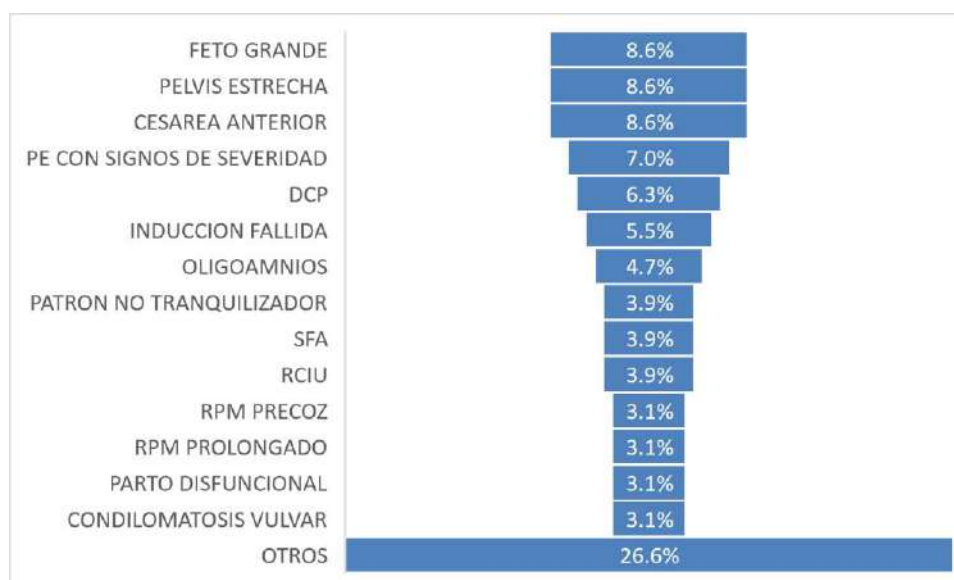
Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	219	63.1%
Distócico	128	36.9%
Total	347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 4.** Gráfico de porcentaje del tipo de parto de los recién nacidos.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 5.** Gráfico de embudo de los motivos de parto distócico en madres adolescentes.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

#### e) Apgar

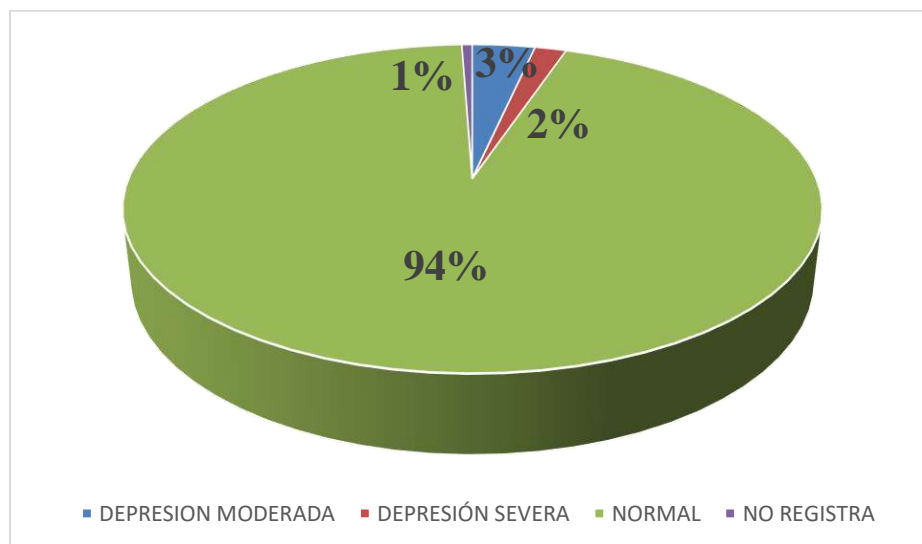
Según la tabla 5, la gran mayoría de recién nacidos registró un valor de Apgar normal, es decir, mayor o igual de 7 tanto al minuto como a los 5 minutos. En la figura 6, un 94% del total fue normal, y en menor proporción se evidenció valores de Apgar debajo de 6, con depresión moderada en 3,5% y severa en un 1,7%.

**TABLA 5**

*Distribución de frecuencia y porcentaje del Apgar de los recién nacidos.*

Clasificación	Apgar	Frecuencia	Porcentaje
Depresión moderada	(4 - 6)	12	3.5%
Depresión severa	≤ 3	6	1.7%
Normal	Mayor o igual de 7	327	94.2%
No registra		2	0.6%
Total		347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 6.** Gráfico de porcentaje para el Apgar de los recién nacidos.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

#### 4.1.2 Características epidemiológicas

##### a) Edad materna

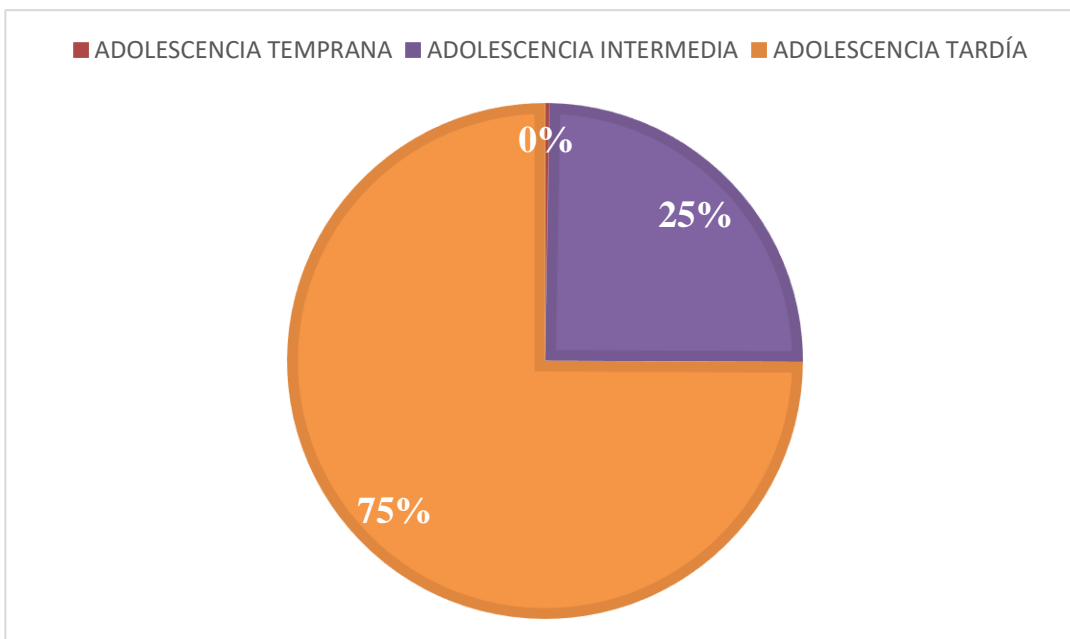
De acuerdo a la tabla 6, se encontró un solo caso de madre en la etapa de adolescencia temprana. Esta contaba con 13 años que desarrolló un feto normal pero complicado con oligoamnios severo culminando la gestación por cesárea, el recién nacido tuvo 38 semanas de edad gestacional y un peso de 3550 g. El mayor grupo lo conformó las adolescentes tardías con un 75% seguido por las intermedias con 24,8%. La edad materna promedio fue de 17,5 años.

**TABLA 6**

*Distribución de frecuencia y porcentaje de la edad materna en la adolescente.*

Clasificación	Edad materna	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia temprana	10-13 años	1	0.3%
Adolescencia intermedia	14-16 años	86	24.8%
Adolescencia tardía	17-19 años	260	74.9%
Total		347	100.0%





**FIGURA 7.** Gráfico de porcentaje de la edad materna en la adolescente.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

#### **b) Sexo**

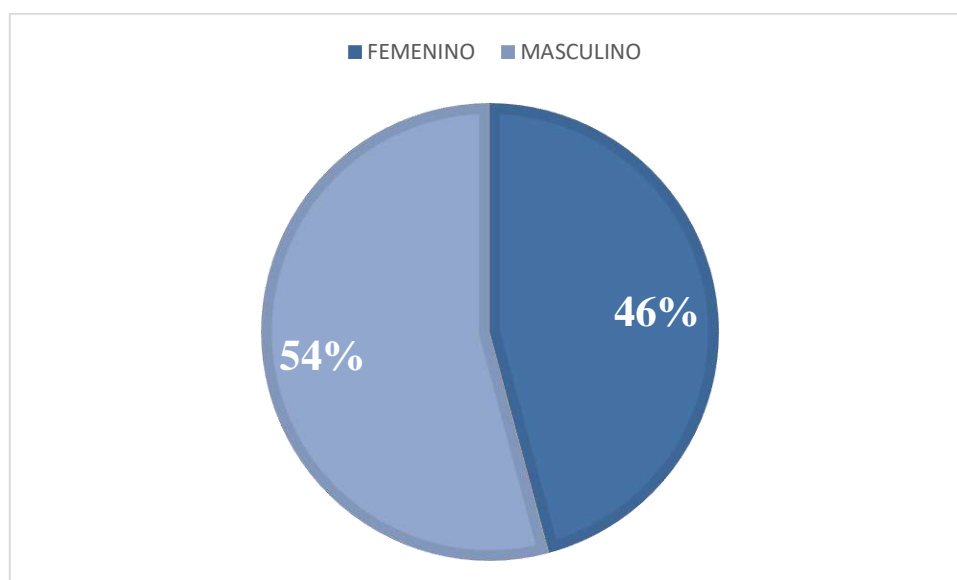
Como muestra la tabla 7, el sexo predominante en los recién nacidos fue el masculino con un 54,2% y con una ligera diferencia el sexo femenino con un 45,8%. No se identificó sexo ambiguo.

**TABLA 7**

*Distribución de frecuencia y porcentaje del sexo del recién nacido.*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	159	45.8%
Masculino	188	54.2%
Total	347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 8.** Gráfico de porcentaje del sexo del recién nacido.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

### c) Procedencia

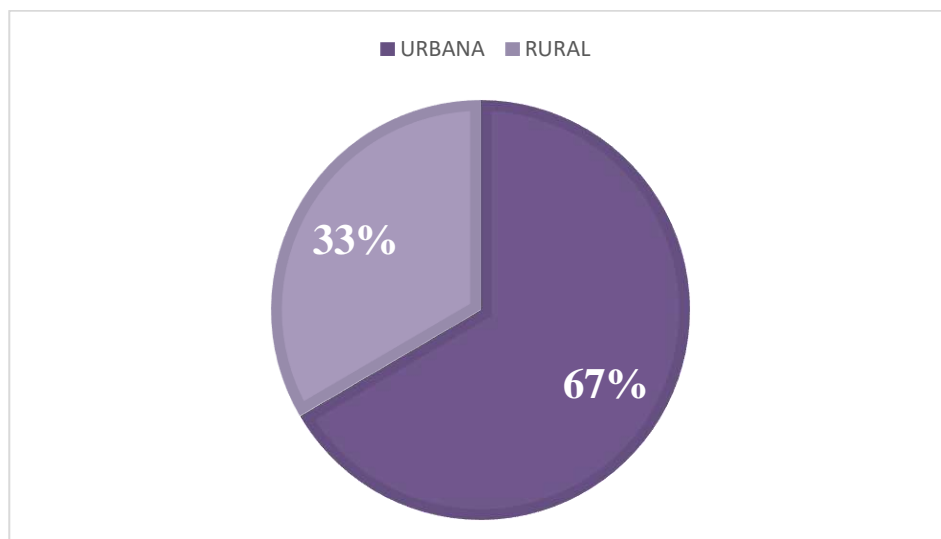
En la tabla 8, por el ámbito geográfico y de acuerdo a la actividad económica predominante, se clasificó el domicilio de la madre adolescente en zona urbana y rural. Existiendo una proporción de 2:1 entre ambas respectivamente. En la tabla 9, los distritos con mayor presencia de recién nacidos de madres adolescentes fueron: Sayán, Végueta, Santa María, Huaura y Huacho; tuvo Sayán predominio rural.

**TABLA 8**

*Distribución de frecuencia y porcentaje de la procedencia de la madre adolescente del recién nacido por ámbito geográfico.*

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	231	66.6%
Rural	116	33.4%
Total	347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 9.** Gráfico de porcentaje de la procedencia de la madre adolescente del recién nacido.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

**TABLA 9**

*Distribución de frecuencia y porcentaje de la procedencia de la madre adolescente del recién nacido por distrito.*

Distritos	Frecuencia	Porcentaje
Sayán	67	19.3%
Végueta	56	16.1%
Santa María	56	16.1%
Huaura	53	15.3%
Huacho	51	14.7%
Hualmay	19	5.5%
Oyón	10	2.9%
Carquín	9	2.6%
Ámbar	8	2.3%
Cochamarca	6	1.7%
Ihuari	3	0.9%
Chancay	2	0.6%
Churín	2	0.6%
Huaral	1	0.3%
Checras	1	0.3%
Paccho	1	0.3%
Santa Leonor	1	0.3%
Leoncio prado	1	0.3%
Total	347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

#### d) Estado civil

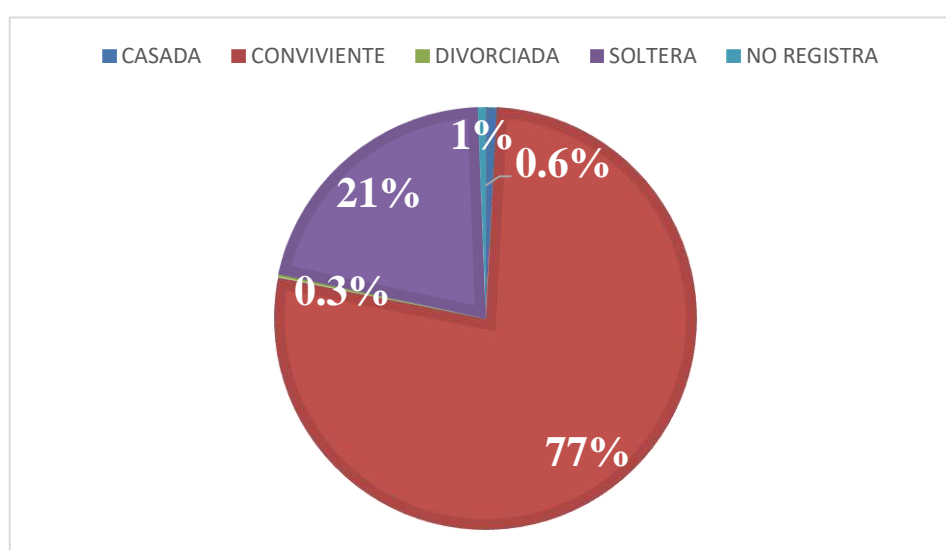
Dentro del total de madres adolescentes, se encontró que un 77,2% tenía como estado civil conviviente y en segundo lugar soltera con un 21%. Dentro de las solteras 25 tenían menos de 17 años y dentro las convivientes 208 tenían 17 años a más.

**TABLA 10**

*Distribución de frecuencia y porcentaje del estado civil de la madre adolescente del recién nacido.*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	3	0.9%
Conviviente	268	77.2%
Divorciada	1	0.3%
Soltera	73	21.0%
No registra	2	0.6%
Total	347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 10.** Gráfico de porcentaje para estado civil de la madre adolescente del recién nacido.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

### e) Nivel de instrucción

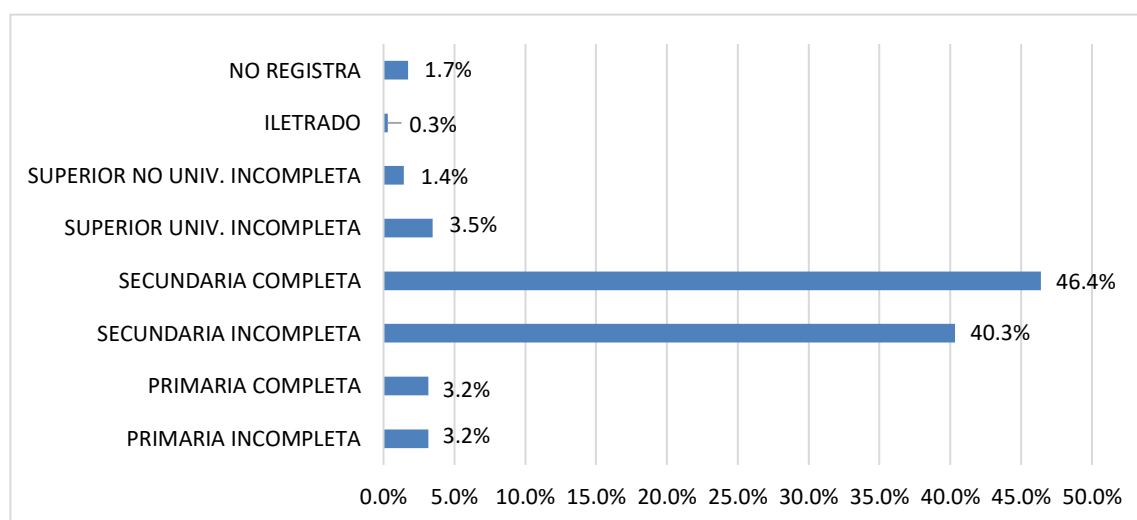
Como indica la tabla 11, respecto al nivel de instrucción de las madres adolescentes, el 46,4% presentó secundaria completa y un 40% secundaria incompleta, un 6,4% en nivel primario y alrededor de 5% se encontraban cursando estudios superiores. De las madres con primaria completa e incompleta, 5 y 6 provenían de zona rural respectivamente. De las adolescentes con secundaria incompleta 74 fueron mayores de 16 años, es decir más del 50% de este grupo.

**TABLA 11**

*Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de instrucción de la madre adolescente del recién nacido.*

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	11	3.2%
Primaria completa	11	3.2%
Secundaria incompleta	140	40.3%
Secundaria completa	161	46.4%
Superior universitario incompleta	12	3.5%
Superior no universitario incompleta	5	1.4%
Iletrado	1	0.3%
No registra	6	1.7%
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 11.** Gráfico de porcentaje de nivel de instrucción de la madre adolescente.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

## f) Paridad

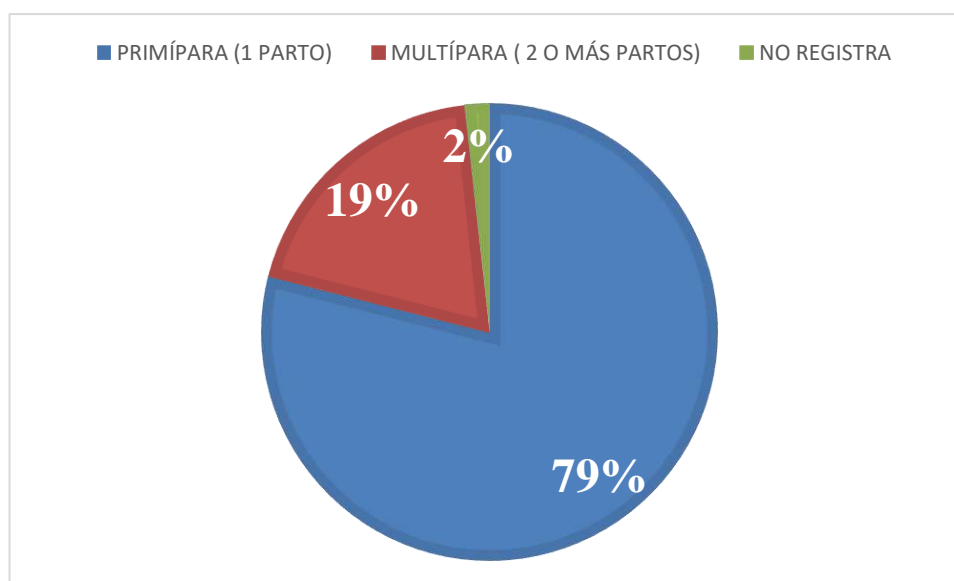
Según la tabla 12, se clasificó la paridad de la madre adolescente de acuerdo a número de partos que presentó. El 79% de las madres solo tuvo un parto (primíparas), es decir el actual. Un 19,3% representó a las multíparas. De este último grupo, 39 tuvieron un hijo vivo anterior, 2 madres tuvieron 2 hijos vivos anteriores, una madre tuvo un hijo fallecido por malformación congénita y otra tuvo 2 hijos fallecidos, 20 madres presentaron un aborto previo, 2 tuvieron 1 hijo vivo y 1 aborto, finalmente 2 madres tuvieron 2 abortos previos.

**TABLA 12**

*Distribución de frecuencia y porcentaje de la paridad de la madre adolescente del recién nacido.*

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara (1 parto)	274	79.0%
Multípara (2 o más partos)	67	19.3%
No registra	6	1.7%
Total	347	100.0%

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.



**FIGURA 12.** Gráfico por porcentaje de la paridad de la madre adolescente del recién nacido.

Fuente: registros Hospital Regional de Huacho periodo 2021.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

### 5.1 Discusión de resultados

Este estudio transversal descriptivo tuvo como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido de madre adolescente, con una población final de estudio de 347 pacientes, representando el 88% del total de pacientes recién nacidos con criterios de inclusión para el presente trabajo.

Al igual que Leiva et al. (2018) el sexo masculino predominó en los recién nacidos de madre adolescente, obtuvo un 51,7% cercano al resultado obtenido de 54%. Además, existe concordancia con la preponderancia de los recién nacidos a término en un 92,5% y el porcentaje que se obtuvo de un 91,6% de neonatos entre 37 a 42 semanas.

Comparando los resultados con Yerba (2019) existe una semejanza en el porcentaje de recién nacidos con adecuado peso al nacer con un 86,9% respecto al encontrado 87,9%, evidenciándose mayor diferencia en los neonatos con bajo peso con un 11,86% frente al 6,1% obtenido.

El Apgar que se registró fue de un 94,2% normal, que prácticamente se asemejó con el 97,8% obtenido por Salazar (2018), el 96,6% de Rojas (2019) y con los resultados de Flores (2021). Dentro de los 135 casos de morbilidad registrados, el pequeño para edad gestacional (PEG) representó un 14,1% que comparado al 10,5% de Leiva et al. (2018) y al 17% de Pérez (2018) muestra una prevalencia importante y significativa. Kiray et al. (2020) manifestó en su trabajo una asociación entre la gestación adolescente y el sufrimiento fetal (SFA) y la prematuridad, en lo concerniente se encontró un 3,9% de SFA y 8,4% de prematuridad. Fry (2018) enuncia un 2% de muerte neonatal en su estudio, con un contraste mínimo frente a los 5 fallecidos (1,4%) contabilizados.

En el presente estudio se reportó un 13,6% de nacimientos de madre adolescente en el 2021, un valor próximo conforme a lo hallado por Alonso et al. (2018) con un 11% de madres adolescentes y un 16,8% de Pérez (2018). La etapa de adolescencia tardía representó la mayor parte de los grupos etarios como obtuvo Alonso et al. (2018) en su estudio.

En concordancia con Domingo et al. (2020) las madres adolescentes presentaron menor proporción de parto distócicos, con un predominio de los eutócicos en un 63%. De acuerdo con Rexhepi las adolescentes nulíparas representan un grupo mayoritario, que en este caso representó un 79%.

Respecto al estado civil, Nsapu et al. (2018) afirmó mayor proporción de solteras en madres adolescentes en contraste al resultado obtenido de un 21% de solteras frente al 77.2% de convivientes, orientado a la divergencia de realidades y contextos sociales.

Kliegman (2008) calculó que las adolescentes vuelven a quedar embarazadas en dos años en un 30%, esto es relativamente concordante con el 19,3 % de multíparas registradas en el presente estudio. Según Rodríguez (2021) existe una baja escolaridad en un 25% en las madres adolescentes, esto fue comparable con el 6,4% de nivel primario y más del 50% de secundaria incompleta en mayores de 16 años obtenidos en las contabilizaciones.



## CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 Conclusiones

1. La mayor parte de los recién nacidos de madre adolescente son a término, con una edad promedio de 38,6 semanas.
2. El mayor porcentaje de recién nacidos de madre adolescente presenta un adecuado peso al nacer, con un peso promedio de 3252,8 g.
3. Las morbilidades más frecuentes en el recién nacido de madre adolescente son la ictericia neonatal, grande para edad gestacional, pequeño para edad gestacional e incompatibilidad ABO.
4. Los partos eutócicos son los predominantes en el recién nacido de madre adolescente. Los motivos de parto distócico más frecuentes son el feto grande, la cesárea anterior y la estrechez pélvica.
5. El Apgar al minuto y cinco minutos en el recién nacido de madre adolescente es predominantemente normal.
6. La edad de la madre adolescente corresponde mayoritariamente al grupo de adolescencia tardía, con una edad promedio de 17,5 años.
7. El sexo que predomina en los recién nacidos de madre adolescente es el masculino.
8. Las madres adolescentes provienen mayormente de zonas urbanas, siendo los distritos con la mayor población contabilizada: Sayán, Végueta, Santa María y Huaura.
9. El estado civil más frecuente en madres adolescentes es el de conviviente.
10. La secundaria completa es el nivel de instrucción más frecuente en madres adolescentes.
11. Las madres adolescentes son principalmente primíparas.

## 6.2 Recomendaciones

1. Promover más estudios correlacionales sobre las variables abordadas y así comprender la magnitud y el impacto de la problemática de la maternidad adolescente, así como el crecimiento y desarrollo del recién nacido.
2. Hacer más rigurosa la consignación de datos en el libro de nacimientos del servicio de Neonatología, para evitar sesgos, inexactitudes y pérdida de información clínica.
3. Realizar un monitoreo permanente de la población gestante adolescente y localizar los sectores y distritos con mayor presencia de estos casos. Esto con el propósito de evitar un mal desarrollo prenatal y complicaciones asociadas a la gestación.
4. Reforzar el componente educativo, cerrando brechas en el nivel de instrucción de las adolescentes, para promover la planificación familiar, así como el cuidado posnatal del recién nacido.

## REFERENCIAS

### 7.1 Fuentes bibliográficas

Bernstein H. & Van Buren G. (2014). Embarazo normal y cuidados prenatales. En De Cherney A., Nathan L., Laufer N. y Roman S. (Ed.), *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos* (capítulo 6). California, Estados Unidos: Mc Graw Hill.

Recuperado de  
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494&sectionid=98123785>

Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Dashe J., Hoffman B., Casey B. y Spong C. (2019). *Williams Obstetricia*. Ciudad de México, México: Mc Graw Hill.

Gleason C. & Juul S. (2019). *Avery. Enfermedades del recién nacido*. Barcelona, España: Elsevier.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. Ciudad México, México: McGraw- Hill Education Interamericana.

Kliegman R., Behrman R., Jenson H. y Stanton B. (2008). *Nelson Tratado de Pediatría*. Wisconsin, Estados Unidos: Elsevier.

Nazer H. J. & Ramírez F. R. (2001). *Neonatología*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

Taeusch H. & Ballard R. (2000). *Tratado de Neonatología de Avery*. España: Elsevier.

### 7.2 Fuentes hemerográficas

Aguilar D. A. y Quintanilla C. M. (2022). El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente. *Revista Entorno*, 72, 3-4. Recuperado de <http://biblioteca.utec.edu.sv:8080/jspui/handle/11298/1239>

Alonso U. R., Campo G. A., González H. A., Rodríguez A. B. y Medina V. L. (2005).

- Seguimiento al hijo de madre adolescente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21 (5-6), 1-7. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000500011&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252005000500011&script=sci_arttext&tlng=en)
- Alonso U. R., Rodríguez A. B., Yanes M. C. y Castillo I. E. (2018). Caracterización del neonato bajo peso hijo de madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44 (1), 1-10. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100006)
- Amjad S., Chandra S., Osornio V. A., Voaklander D. y Ospina M. (2019). Maternal Area of Residence, Socioeconomic Status, and Risk of Adverse Maternal and Birth Outcomes in Adolescent Mothers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41 (12), 1752-1757. doi: 10.1016/j.jogc.2019.02.126
- Barfield W. (2021). Social disadvantage and its effect on maternal and newborn health. *Seminars in Perinatology*, 45 (4), 1-2. doi: 10.1016/j.semperi.2021.151407
- Barráez R. C. (2006). Enfoque epistemológico de la neonatología. *Salus*, 10 (3), 25-28. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375938981007.pdf>
- Barrera D. J., Higareda A. M., Barajas S. T., Villalvazo A. M. y González B. C. (2014). Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes. *Gaceta Médica de México*, 150 (supl 1), 67-72. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gms141i.pdf>
- Bayo L., Buyungo S., Nakiwala M., Namimba R., Luyinda E., Nsubuga T., Imelda N., Arabat K. y Banura C. (2016). Prevalence and Factors Associated with Low Birth Weight among Teenage Mothers in New Mulago Hospital: A Cross Sectional Study. *J Health Sci (El Monte)*, 4 (3), 192-199. doi: 10.17265/2328-7136/2016.04.003

- Bendezú G., Espinoza D., Bendezú Q. G., Torres R. J. y Huamán G. R. (2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62 (1), 13-17. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v62n1/a02v62n1.pdf>
- Carrera M. S., Yllescas M. E., Cordero G. G., Romero M. S. y Chowath D. L. (2015). Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 29 (2), 49-53. doi10.1016/j.rprh.2015.01.001
- Castillo R. J. (2021). Factores asociados al embarazo adolescente en menores de 15 años, San Miguelito, Panamá, 2014-2018. *Ciencia latina: Revista multidisciplinar*, 5 (3), 2847-2849. Recuperado de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/493/617>
- Cluet D. I., Rossell P. M., Álvarez E. T. y Rojas Q. L. (2013). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela*, 73 (3), 157-165. Recuperado de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000300003](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300003)
- Cortés C. E., Rizo B. M., Aguilar C. M., Rizo B. J. y Gil G. V. (2013). Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (5), 1536-1540. doi: 10.3305/nh.2013.28.5.6500
- De Marco, N., et al (2021). Prevalence of Low Birth Weight, Premature Birth, and Stillbirth Among Pregnant Adolescents in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. *ELSEVIER*, 34 (4), 530-534. doi: 10.1016/j.jpag.2021.03.003
- Domingo C. L., De las Heras I. S., García P. B., Cuadrado M. M., Moltó M. L. y Rivera M. M. (2020). Impacto de la maternidad adolescente en los resultados perinatales. *Acta Pediátrica Española*, 78 (3-4), 91-95. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7526002>

- Donoso E., Carvajal A., Vera C. y Poblete J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 142 (2), 168-172. doi: 10.4067/S0034-98872014000200004
- Eouani M. L., Mokoko J., Itoua C. y Iloki L. (2018). Childbirth in the Adolescent Female at the General Hospital of Loandjili (Congo). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 8 (12), 1140-1144. doi: 10.4236/ojog.2018.812115.
- Falen J., Quiroz J. y Figueroa E. (1997). Estado nutricional de la gestante adolescente y del recién nacido y consumo de alimentos y nutrientes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 43 (1), 9-14. Recuperado de <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/999/959>
- Fernández L., Carro P. E., Osés F. D. y Pérez P. J. (2004). Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 30 (2), 1-2. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2004000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200003)
- Ferrales A. (2019). Embarazo en la adolescencia. Factores epidemiológicos relacionados con el parto. Hospital Distrital de Poptún. *Revista Médica. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala*, 158 (2), 71-75. doi: 10.36109/rmg.v158i2.154
- García H., Avendaño D. M. e Islas R. M. (2008). Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas. Estudio comparativo. *Revista de Investigación clínica*, 60 (2), 94-98. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Heladia-Garcia/publication/51411821\\_Neonatal\\_and\\_maternal\\_morbidity\\_among\\_adolescent\\_and\\_adult\\_women\\_A\\_comparative\\_study/links/560e815a08ae6b29b498790e/Neonatal-and-maternal-morbidity-among-adolescent-and-adult-women-A-comparative-study.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Heladia-Garcia/publication/51411821_Neonatal_and_maternal_morbidity_among_adolescent_and_adult_women_A_comparative_study/links/560e815a08ae6b29b498790e/Neonatal-and-maternal-morbidity-among-adolescent-and-adult-women-A-comparative-study.pdf)

- Gómez G. M., Danglot B. C. y Aceves G. M. (2012). Clasificación de los niños recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 79 (1), 35-36. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
- González H. A., Alonso U. R., Gutiérrez R. A. y Campo G. A. (2000). Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. *Revista Cubana de Pediatría*, 72 (1), 54-59. Recuperado de [https://web.archive.org/web/20200712120428id\\_/http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v72n1/ped09100.pdf](https://web.archive.org/web/20200712120428id_/http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v72n1/ped09100.pdf)
- Guerra M. D., González G. E., Hernández N. J. y Naranjo R. J. (2015). Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio Jaruco. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 21 (2), 384-392. Recuperado de [http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/782/pdf\\_55](http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/782/pdf_55)
- Hernández N. J., Valdéz Y. M., Suñol V. Y. y López Q. M. (2015). Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal: revisión narrativa de la literatura. *Medwave*, 15 (6), 1-5. Recuperado de <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Julio2015/PDF/medwave.2015.06.6182.pdf>
- Hernández V.A., Bohorquez C. A., Ynocente C. L., Vargas F. R. y Bendezú Q. G. (2021). Maternidad adolescente en distritos peruanos: un análisis espacial de datos censales. *Ciencia y enfermería*, 27, 1-5. doi: 10.29393/ce27-31maag50031
- Islas D. L., Cardiel M. L. y Figueroa R. J. (2010). Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual. *Revista Mexicana de Pediatría*, 77 (4), 152-155. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sp104d.pdf>
- Jaén S. N., González A. G., Saavedra S. P., Saavedra S. E, Manguiza A. A, Manwere N., et al. (2020) Adolescent motherhood in Mozambique. Consequences for pregnant women and newborns. *PLOS ONE* 15 (6), e0233985. doi: 10.1371/journal.pone.0233985

- Karai A., Gyukorvits Z., András N. T., Sári T., Németh G. y Orvos H. (2018). Adverse perinatal outcome in teenage pregnancies: an analysis of a 5-year period in Southeastern Hungary. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32 (14), 2376-2379. doi: 10.1080/14767058.2018.1438393
- Kassa G., Arowojolu A., Odukogbe A. y Yalew A. W. (2019) Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PLOS ONE*, 14(6), 11-15. doi: 10.1371/journal.pone.0218259
- Ali, M. K., Quarashi, M. S. A., Sultana, S., & Rahman, M. Z. (2020). Observation of Birth Weight of Babies in relation on maternal age, parity and gestational age in Tertiary Level Hospital. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 19 (2), 291–295. doi: 10.3329/bjms.v19i2.45010
- Kiray B. E., Bulbul A., Uslu S., Bas V., Kara E. G. y Zubarioglu U. (2020). Maternal Characteristics and Obstetric and Neonatal Outcomes of Singleton Pregnancies Among Adolescents. *Medical Science Monitor*; 26, e919922. doi: 10.12659/MSM.919922
- La Rosa A. (2015). Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. *Horizonte Médico (Lima)*, 15 (1), 14-18. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2015000100003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000100003)
- Leiva P. E., Leiva H. C. y Leiva P. D. (2018). El recién nacido de madre adolescente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83 (6), 559-566. Recuperado de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000600559](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600559)



- Magalhaes M., Valente P., Mota A., Barreto J., Perdigo M. y Nóbrega R. (2009). Recién nacidos de madres adolescentes precoces y tardías: ¿hay alguna diferencia? *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 16 (2), 36-45. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-654565>
- Manotas R., Caicedo J., Osorio C. y Gómez L. (1997). El neonato de madre adolescente. Estudio comparativo. *IATREIA*, 10 (1), 18-23. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/3693/3455>
- Manterola, C. y Otzen, M. (2014) Estudios Observacionales. Los Diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int. J. Morphol*; 32(2), 634-645. doi:10.4067/S0717-95022014000200042
- Mena C. A., Trujillo P. Y., Pochet P. D. y Vásquez A. L. (2005). Madre adolescente como factor de riesgo en neonatos y lactantes: un reto para el Médico General Integral. *Revista 16 de abril, Revista Científico Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba*. Recuperado de <http://interfazbusqueda.sld.cu/resource/es/cumed-33709>
- Mendoza T. L., Arias G. M. y Mendoza T. L. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77 (5), 375-382. doi: 10.4067/S0717-75262012000500008
- Menéndez G. G., Navas C. I., Hidalgo R. Y. y Espert C. J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38 (3), 333-338. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&tlng=es)
- Mercurio M. R., Cummings C. L. (2021). Critical decision-making in neonatology and pediatrics: the I-P-O framework. *Journal of Perinatology*, 41, 173–176. doi: 10.1038/s41372-020-00841-6

- Munguía M. T., Gutiérrez P. J., Padilla M. H., Gutiérrez G. H., Pérez R. I., Angulo C. E., García M. E., Chávez O. V., Ávila L. N., Carrillo V. D., Ramos M. S., Herrera R. M., De la Torre A. B. y Gómez A. D. (2018). *Complicaciones perinatales de neonatos hijos de madres adolescentes y añosas*, 9 (3), 214-219. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2018/md183c.pdf>
- Nazer H. J., Cifuentes O. L., Águila R. A., Ureta L. P., Bello P. M., Correa C. F. y Melibosky R. F. (2007). Edad materna y malformaciones congénitas. Un registro de 35 años. 1970-2005. *Revista Médica de Chile*, 135 (11), 1463-1469. doi: 10.4067/S0034-98872007001100014
- Nsapu A. N., Kazad A. N. y Kazongo N. M. (2018). Early Motherhood at the Hospital of Gecamines Kipushi: Prognosis and Profile of the Newborn. *Open Access Library Journal*, 5 (3), 1-7. doi: 10.4236/oalib.1104356
- Olivera M. y Chirinos J. (2001). Ética y el recién nacido. *Ginecología y Obstetricia*, 47 (3), 1-2. Recuperado de [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_47n3\\_2001/Etic\\_rec\\_nac.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n3_2001/Etic_rec_nac.htm)
- Pardo V. R., Nazer H. J. y Cifuentes O. L. (2003). Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas y de menor peso de nacimiento en hijos de madres adolescentes. *Revista Médica de Chile*, 131 (10), 1165-1170. doi: 10.4067/S0034-98872003001000010
- Restrepo M. M., Lawlor D., Horta B., Matijasevich A., Santos I., Menezes A., Barros F. y Victora C. (2015). The Association of Maternal Age with Birthweight and Gestational Age: A Cross-Cohort Comparison. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29 (1), 31-35. doi: 10.1111/ppe.12162

- Restrepo M. S., Zapata L. N., Parra S. B., Escudero V. L. y Atalah E. (2014). Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 64 (2), 99-106. Recuperado de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222014000200004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222014000200004)
- Rexhepi M., Besimi F., Rufati N., Bajrami S. e Ismaili H. (2019). Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7 (5), 760-763. doi: 10.3889/oamjms.2019.210
- Saeteros C. X. (2018). Recién nacido hijo de madre adolescente: riesgos maternos y morbilidad neonatal en el Servicio de Neonatología del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora, julio - octubre 2018. *Revista Ecuatoriana Pediátrica*, 19 (1), 18-24. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/996423/cientifica-sep-19-01-2018-19-25.pdf>
- Sandal G., Erdeve O., Suna O. S., Uras N., Akar M. y Dilmen U. (2011). The admission rate in neonatal intensive care units of newborns born to adolescent mothers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24 (8), 1019-1021. doi: 10.3109/14767058.2010.545905
- Siddharth A. R. & Kirubamani N. H. (2019). Awareness about consequence of teenage pregnancy. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 8 (34), 2672-2676. doi: 10.14260/jemds/2019/581
- Signh M. (2014). The Art, Science and Philosophy of Newborn Care. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81, 552-554. doi: 10.1007/s12098-014-1359-x
- Sutton A., Lichter D. T. y Sassler S., “Rural–Urban Disparities in Pregnancy Intentions, Births, and Abortions Among US Adolescent and Young Women, 1995–2017”,

*American Journal of Public Health*, 109 (12), 1762-1767. doi:

10.2105/AJPH.2019.305318

Torres I., Aguilar C., Flores E., López O., Flores I., Discua A., Hernández J., Sánchez J., Acosta M., Castellanos H., Valle E. y Herrera E. (2015). Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato, en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. *VERTIENTES Revista especializada en Ciencias de la Salud*, 18 (2), 29-34. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2015/vre152e.pdf>

Urbina C. & Pacheco J. (2006). Embarazo en adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52 (2), 118-123. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428180009.pdf>

Varahala A., Ravilala V. y Gopigan P. (2018). Maternal factors affecting newborn weight at term- a study in a referral hospital. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 5 (13), 1115-1119. doi: 10.18410/jebmh/2018/231

Vasco M. S., Herrera T. A., Acosta R. M. y Toapanta P. P. (2018). Factores de riesgo para recién nacidos con Apgar bajo. *Revista Latinoamericana de Perinatología*, 21 (3), 138-144. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/337730697\\_Factores\\_de\\_riesgo\\_para\\_recien\\_nacidos\\_con\\_Apgar\\_bajo\\_Risk\\_factors\\_for\\_low\\_Apgar\\_score\\_newborns](https://www.researchgate.net/publication/337730697_Factores_de_riesgo_para_recien_nacidos_con_Apgar_bajo_Risk_factors_for_low_Apgar_score_newborns)

Volkan K., Goksel K. A., Hamdi I. A., Budak A. y Beyan E. (2019). Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48 (5), 347-350. doi: 10.1016/j.jogoh.2019.02.011

Wright, L., Knudson, S. y Johnson, M. (2022). Consequences of Teen Parenthood for Teen Mothers and Fathers in Canada. *Canadian Studies in Population*, 48, 441–450. doi:10.1007/s42650-021-00060-0

### 7.3 Fuentes documentales

- Aguedo P. S. y Cuizano B. L. (2016). *Características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente Hospital San Juan Bautista Huaral 2014-2015*. (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Perú.
- Espinoza M. A. (1990). *Morbimortalidad del hijo de madre adolescente* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Flores G. L. (2021). *Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020* (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Perú.
- Flores V. Y. (2021). *Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019-2020*. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna – Perú.
- Fry S. (2018). *The perinatal outcomes of high risk teenage pregnancies at Tygerberg Hospital* (Tesis de Pregrado). Stellenbosch University, Sudáfrica.
- García V. D. (2019). *Mortalidad en el recién nacido hijo de madre adolescente y no adolescente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”* (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Heredia R. Y. (2018). *Condición del estado civil y nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes centro materno perinatal Simón Bolívar Cajamarca 2018*. Universidad Nacional de Cajamarca, Perú.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Compendio estadístico Lima Provincias 2014. Glosario de términos*. Recuperado de [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1267/glosario.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1267/glosario.pdf)

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). *Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES*. Recuperado de [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1211/index.html](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). *Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales, 2013 y 2015*. Recuperado de [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1484/cap05.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1484/cap05.pdf)
- Mendoza P. A. (2021). *Edad materna, paridad, controles prenatales, edad gestacional, peso del recién nacido y anemia asociados a trabajo de parto prolongado en pacientes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020* (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal* (NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01). Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279677-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-neonatal-nts-n-106-minsa-dgsp-v-01-r-m-n-828-2013-minsa>
- Ministerio de Salud. (2014). *Guía de procedimiento asistencial para la atención de parto eutócico* (Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA). Recuperado de [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014/rd\\_230\\_2014.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014/rd_230_2014.pdf)
- Montalvan G. H. (2017). *Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del Hospital Sergio Bernales Enero-diciembre 2016* (Tesis de Pregrado). Universidad Privada San Juan Bautista, Perú.

- Moreno M. E. (2012). *Embarazo adolescente y morbilidad neonatal: Hospital Materno Provincial de Córdoba julio de 2005 a junio de 2006* (Tesis de Pregrado). LILACS, Argentina.
- Navarro S. P. (2016). *Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo Enero – diciembre 2015* (Tesis de Pregrado). Universidad Ricardo Palma, Perú.
- Norma Oficial Mexicana (2016). *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Secretaría en Salud. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0)
- Pérez M. J. (2018). *Características perinatales de los recién de madres adolescentes nacidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, enero 2015-diciembre 2016* (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca, Perú.
- Radu M. C., Manolescu, L., Chivu, R. D., Zaharia, C., Boeru, A. C., Pop-Tudose, E. M., Neculescu, A. y Otelea, M.R. (2021) Medico-Social Implications of Pregnancy in Teenager Mothers, in Proceedings of the 1st International Electronic Conference on Medicine, 20–30 June 2021, MDPI: Basel, Suiza, doi:10.3390/IECMD2021-10309
- Rojas Q. Y. (2019). *Características antropométricas y Apgar del neonato y su relación con la madre adolescente en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón enero-diciembre 2018*. Universidad Nacional del Altiplano, Puno – Perú.
- Salazar L.S. (2018). *Características de los recién nacidos de madres adolescentes del Hospital de Pichanaki, 2016 a 2017* (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Huancavelica, Perú.

Sánchez C. M. (2004). *Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas* (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. (1era ed.) Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma.

Save the Children. (2016). Embarazo y Maternidad Adolescente en el Perú (Primera Edición). Recuperado de <https://www.savethechildren.org.pe/wp-content/uploads/2020/08/Estudio-de-embarazo-adolescente-final.pdf>

Yerba M. M. (2019). *Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, enero – diciembre 2018* (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Perú.

#### **7.4 Fuentes electrónicas**

Barba, M. (2019). *Definición de sexo, género y sexismo*. About Español. Recuperado el 30 de setiembre de 2020, de <https://www.aboutespanol.com/definicion-de-sexo-genero-y-sexismo-271572#:~:text=Diferencia%20entre%20sexo%20y%20g%C3%A9nero,tanto%20%20puede%20evolucionar%20o%20cambiar.>

Instituto Nacional del Cáncer. (2022). Morbilidad. *Diccionario de Cáncer del NCI* [Versión electrónica]. Estados Unidos: Instituto Nacional del Cáncer, <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/morbilidad>

Morales S. A. (2003). *Definición de variables*. Chile: Universidad Austral de Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmm828p/html/index-frames.html>



Naciones Unidas. (2018). Después de África Subsahariana, América Latina tiene la tasa más alta de embarazo adolescente (sin número). Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2018/02/1428071>

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Salud del recién nacido*. OPS. Recuperado de [https://www3.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=590:la-salud-del-recien-nacido&Itemid=354&lang=es](https://www3.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=590:la-salud-del-recien-nacido&Itemid=354&lang=es)

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud del adolescente*. UNICEF. Recuperado de [https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2)

Real Academia Española. (2020). Estado civil. *Diccionario panhispánico del español jurídico* [Versión electrónica]. España: Real Academia Española, <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>

Real Academia Española. (2020). Lugar de origen. *Diccionario panhispánico del español jurídico* [Versión electrónica]. España: Real Academia Española, <https://dpej.rae.es/lema/lugar-de-origen>

Rodríguez C. (2020). *¿Qué es la adolescencia?* Uruguay: UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

# **ANEXOS**

**Título: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE DE HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2021”**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<b>Problema general</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Hipótesis general</b>		Edad gestacional	Pretérmino (menor de	<b>Tipo de investigación.</b>
¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?	Determinar y describir las características clínicas y epidemiológicas del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021	No formulado		(Ballard $\leq$ 28 ss y Capurro $>$ 28 ss)	37 semanas)	-Básico
		<b>Hipótesis específicas</b>			A término (37-42 semanas)	-Observacional
		No formulado			Postérmino (mayor de 42 semanas)	-Retrospectivo
			-Características clínicas			-Transversal.
						<b>Nivel</b>
				Peso al nacer	Extremo bajo peso al nacer (< 1000 g)	Descriptivo
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>				Muy bajo peso al nacer (<1500 g)	<b>Diseño.</b>
¿Cuál es la edad gestacional del recién nacidos hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?	Determinar la edad gestacional del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.				Bajo peso al nacer (<2500 g)	-No experimental
					Adecuado peso al nacer (2500-4000 g)	<b>Enfoque.</b>
					Elevado peso al nacer	-Cuantitativo
						<b>Población y muestra</b>
						Estará conformada por todos los recién nacidos hijos de madre adolescente y que cumplan con los criterios de

madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?	de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.		(> 4000 g)	inclusión del Hospital Regional de Huacho en el año 2021.
¿Cuál es la morbilidad del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?	Determinar la morbilidad del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.	Morbilidad	Asfisia neonatal	<b>Técnicas a emplear.</b>
¿Cuál es el tipo de parto del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?	Determinar el tipo de parto del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.	Tipo de parto	Sepsis neonatal Ictericia neonatal Hipoglucemia neonatal Cardiopatía congénita Síndrome de dificultad respiratoria Fallecido	-Recolección de datos de historias clínicas. <b>Instrumento.</b> Ficha de recolección de datos.
¿Cuál es el Apgar del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021?	Determinar el Apgar del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Regional Huacho 2021.	Apgar	Eutócico Distócico	<b>Procesamiento de datos.</b> Office Excel versión 2021 para Microsoft.
¿Cuál es la edad materna adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021?	Determinar la edad materna de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021.		Normal Depresión moderada Depresión grave	
	Determinar el sexo del			

de la madre adolescente	recién nacido hijo de		Edad materna	Adolescente
del recién nacido en	madre adolescente en	Características		temprana
Hospital Regional	Hospital Regional	epidemiológicas		Adolescente
Huacho 2021?	Huacho 2021.			intermedia
¿Cuál es el sexo del	Determinar la			Adolescente tardía
recién nacido hijo de	procedencia de la madre			
madre adolescente en	adolescente del recién		Sexo	Femenino
Hospital Regional	nacido en Hospital			Masculino
Huacho 2021?	Regional Huacho 2021.			Ambiguo
¿Cuál es la procedencia	Determinar el estado			
de la madre adolescente	civil de la madre		Procedencia	Urbano
del recién nacido en	adolescente del recién			Rural
Hospital Regional	nacido en Hospital			
Huacho 2021?	Regional Huacho 2021.			Soltera
¿Cuál es el estado civil	Determinar el nivel de		Estado civil	Conviviente
de la madre adolescente	instrucción de la madre			Casada
del recién nacido en	adolescente del recién			Divorciada
Hospital Regional	nacido en Hospital			Viuda
Huacho 2021?	Regional Huacho 2021.			

---

¿Cuál es el nivel de instrucción de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional 2021?	Determinar la paridad de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021.	Nivel de Instrucción	Inicial Primaria Secundaria Superior
¿Cuál es la paridad de la madre adolescente del recién nacido en Hospital Regional Huacho 2021?		Paridad	Nulípara Multípara

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN. FACULTAD  
DE MEDICINA HUMANA. ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA  
“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL RECIÉN NACIDO  
DE MADRE ADOLESCENTE DE HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2021”**

**Anexo 02. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Instrucciones:** El llenado de las fichas de recolección de datos, será en base a los registros que se encuentran en la historia clínica de cada paciente, el llenado debe ser correctamente tal como se encuentran en ella, no se permite borrar, cambiar o modificar los datos.

**Datos generales**

Nº historia clínica: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de llenado:

Responsable de llenado:

**Sexo:** Masculino  Femenino  Ambiguo

**Edad gestacional (Ballard para  $\leq 28$  ss y Capurro para  $> 28$  ss):** Especificar la edad

Pretérmino ( $<37$  semanas)  \_\_\_\_\_

A término (37 – 42 semanas)  \_\_\_\_\_

Postérmino ( $>42$  semanas)  \_\_\_\_\_

Especificar peso en g

**Peso al nacer:** Extremo bajo peso al nacer ( $<1000$  g)  \_\_\_\_\_

Muy bajo peso al nacer ( $<1500$  g)  \_\_\_\_\_

Bajo peso al nacer ( $<2500$  g)  \_\_\_\_\_

Adecuado peso al nacer (2500 – 4000)  \_\_\_\_\_

Elevado peso al nacer ( $>4000$  g)  \_\_\_\_\_

**Morbilidades:**

Asfixia neonatal  Hipoglucemia neonatal

Sepsis neonatal  Cardiopatía congénita

Ictericia neonatal  Sd. Dificultad respiratoria

Otros \_\_\_\_\_  Fallecido

**Tipo de parto:** Eutócico  Distócico  Especificar motivo: \_\_\_\_\_

<b>Apgar</b>		Al 1° min	A los 5 min
Normal	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Depresión moderada	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Depresión severa	<input type="checkbox"/>	_____	_____

<b>Edad materna</b>		Especificar edad:
Adolescencia temprana (10-13 años)	<input type="checkbox"/>	_____
Adolescencia intermedia (14-16 años)	<input type="checkbox"/>	_____
Adolescencia tardía (17-19 años)	<input type="checkbox"/>	_____

**Procedencia:** Zona urbana:  Zona rural

**Estado civil:**

Soltera

Conviviente

Casada

Divorciada

**Nivel de instrucción:**

Inicial

Primaria

Secundaria

Superior

**Paridad:** Primípara  Multípara  Especificar N° hijos: \_\_\_\_\_

Ficha de recolección de datos elaborado por autor

Revisado y aprobado por el asesor del proyecto de investigación y tres médicos pediatras



## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Respecto al juicio de expertos, se solicitó la calificación a 3 profesionales médicos, siendo los tres especialistas en pediatría; cuyas respuestas se plasmaron en el cuestionario de validación para jueces sobre el instrumento a utilizar, obteniendo los siguientes resultados:

Si se otorga los siguientes valores a cada categoría:

TD	D	I	A	TA
0	1	2	3	4

Se resta 1 al número de categorías ( $n=5$ ), se obtiene  $n-1 = 4$ . Seguidamente se divide cada valor otorgado líneas arriba entre 4.

0	0,25	0,5	0,75	1
---	------	-----	------	---

Se procesa a continuación:

Juez	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 4	ÍTEM 5	ÍTEM 6	ÍTEM 7	ÍTEM 8	ÍTEM 9	ÍTEM 10
Juez 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Juez 2	1	1	0,75	0,75	1	1	0,75	0,75	1	0,75
Juez 3	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
Total	0,917	0,917	0,833	0,833	0,917	0,917	0,833	0,833	0,917	0,833
V de Aiken	0,875									

El valor obtenido de V de Aiken es mayor a 0,8 por lo que se considera aceptable el nivel de concordancia entre los jueces.

**CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO**Estimado Dr (a) Henry Carlos Lescano Rojas

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita dar opinión sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta.

Variables: edad gestacional, peso al nacer, sexo, morbilidad, tipo de parto, Apgar, edad materna, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, paridad.

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?	X				
2. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?	X				
3. ¿La estructura del instrumento es adecuado?		X			
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?		X			
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	X				
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	X				
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?		X			
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?		X			
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuados para los ítems?	X				
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?		X			

TA = Totalmente de acuerdo

A = De acuerdo

I = Indiferente en desacuerdo

D = Desacuerdo

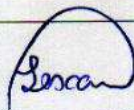
TD = Totalmente en desacuerdo

Observación y sugerencias:

---



---



-----  
 HENRY C. LESCANO ROJAS  
 MEDICO PEDIATRA  
 C.M.P. 36914 R.N.E. 18127  
 -----

Firma y sello del experto

**CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO**

Estimado Dr (a) WILFREDO SIFUENTES MENDOZA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita dar opinión sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta.

Variables: edad gestacional, peso al nacer, sexo, morbilidad, tipo de parto, Apgar, edad materna, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, paridad.

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?		X			
2. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?		X			
3. ¿La estructura del instrumento es adecuado?		X			
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?		X			
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?		X			
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?		X			
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?		X			
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?		X			
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuados para los ítems?		X			
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?		X			

TA = Totalmente de acuerdo

A = De acuerdo

I = Indiferente en desacuerdo

D = Desacuerdo

TD = Totalmente en desacuerdo

Observación y sugerencias:

---



---

  
 DR. WILFREDO SIFUENTES MENDOZA  
 MÉDICO PEDIATRA  
 CME 35091 RNE 29530  
 Firma y sello CME experto

**CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO**

Estimado Dr (a) Carlos Vega Manrique

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita dar opinión sobre el INSTRUMENTO del proyecto que se adjunta.

Variables: edad gestacional, peso al nacer, sexo, morbilidad, tipo de parto, Apgar, edad materna, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, paridad.

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación?	X				
2. ¿El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio?	X				
3. ¿La estructura del instrumento es adecuado?	X				
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?	X				
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	X				
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	X				
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?	X				
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?	X				
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuados para los ítems?	X				
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?	X				

TA = Totalmente de acuerdo

A = De acuerdo

I = Indiferente en desacuerdo

D = Desacuerdo

TD = Totalmente en desacuerdo

Observación y sugerencias:

---



---

  
 .....  
 CARLOS E. VEGA MANRIQUE  
 MEDICO PEDIATRA  
 CMP: 36433 RNE: 22239  
 .....

Firma y sello del experto

## AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

UNIDAD DE ESTADÍSTICA  
E INFORMÁTICA

DOC. 3529856

EXP. 2209365

Huacho, 19 de Abril del 2022.

**OFICIO N° 198-2022-GRL-DIRESA-HHHO-SBS/UDEI**

**DRA. BURGA UGARTE INDIRA GIOVANNA**  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION  
**Presente.-**

**ASUNTO : RESPUESTA A LO SOLICITADO**

**REF. : DOC N° 3491195- EXP. 2209365**

De nuestra consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a su vez remitirle la **opinión favorable** en la revisión de las Historias Clínicas del Proyecto de Investigación del estudiante **LUNA RODRIGUEZ LUIS RUBEN**, identificado con **DNI N° 76614649** para la realización de Tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con el interesado sobre los días viables para la revisión de Historias Clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a Usted para su conocimiento y fines que estime pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHO Y OYON S.S.B.  
**Dra. INDIRA G. BURGA UGARTE**  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

MCHCH /jmc  
cc. Archivo

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHO Y OYON S.S.B.  
**Ing. Sist. Milton Amalys Chafalote**  
C.I.P. N° 89653  
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHO Y OYON  
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION  
**20 ABR. 2022**  
**SECRETARIA**  
Recepcionado por:  
Para:

Unidad de Estadística e Informática

## ASESORÍA ESTADÍSTICA

**INFORME**

**De** : Lic. JULIO MARTIN, ROSALES MORALES  
**Estadístico e Informático**

**Asunto** : ASESORÍA ESTADÍSTICA DE TESIS


**Fecha** : Huacho, 27 de Abril del 2022

---

Por medio de la presente, hago mención que he brindado asesoría estadística al tesista don: **LUNA RODRÍGUEZ LUIS RUBÉN**, identificado con DNI **76614649**, sobre el trabajo de investigación titulado: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE EN HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2021"**.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.

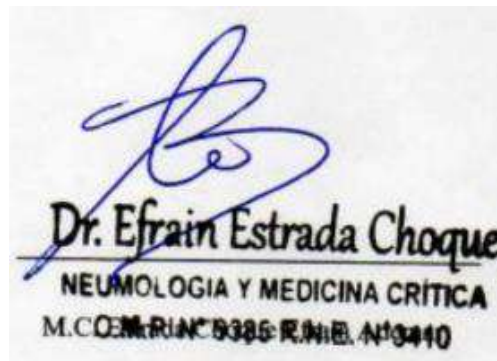
  
.....  
ROSALES MORALES JULIO MARTIN  
COESPE 1083  
COLEGIO ESTADÍSTICOS DEL PERÚ



---

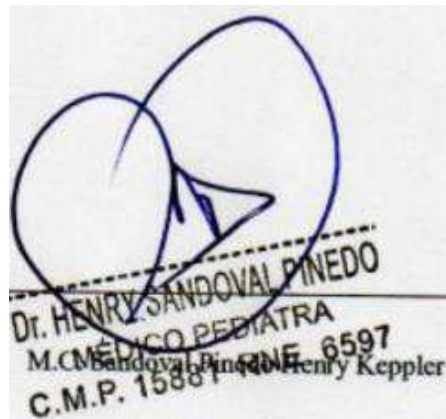
**ASESOR**

**JURADO EVALUADOR**



---

**PRESIDENTE**



---

**SECRETARIO**



---

**VOCAL**