

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE MEDICINA HUMANA

Estudio de las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes en el año 2011 en eL HNAL.

TESIS

para optar por el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Marilyn Janet Anicama Melo

ASESORES

Dr. Elias Juan CARRASCO ESCOBEDO.

Dra. Rosario Inés LÓPEZ ALGUIAR.

Lima – Perú

2012

DEDICATORIA:

*“A mi Padre J. Anicama D.
quien desde la eternidad fue
mi más grande inspiración.”*

*“A mi Madre y mi hijita a quienes
debo todo mi esfuerzo.”*

“Con mucho Amor para Ellos.”

TÍTULO:

“ESTUDIO DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN RECIEN NACIDOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES VERSUS MADRES NO ADOLESCENTES EN EL AÑO 2011 EN EL HNAL.”

ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

Clínico Epidemiológico.

AUTOR RESPONSABLE DEL TRABAJO:

Marilyn Janet, Anicama Melo.

ASESOR:

Dr. Elias Juan CARRASCO ESCOBEDO.

Docente de la Facultad de Medicina UNMSM.

Médico Asistente del Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

COASESORA:

Dra. Rosario Inés LÓPEZ ALGUIAR.

Tutora invitada de Internado de la UNMSM.

Médico Asistente del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

INSTITUCIÓN:

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	5
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1.- Formulación del Problema.....	6
1.2.- Formulación de Hipótesis.....	6
1.3.- Formulación de Objetivos.....	6
1.3.1.- Objetivo General.....	6
1.3.2.- Objetivos Específicos.....	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	7
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA EMPLEADA	11
3.1.- Material y Métodos.....	11
3.1.1.- Tipo de Estudio.....	11
3.1.2.- Población Estudiada.....	11
3.1.3.- Muestra.....	11
3.1.3.1.- Criterios de Inclusión.....	11
3.1.3.2.- Criterios de Exclusión.....	12
3.1.4.- Análisis de Datos.....	12
3.1.5.- Variables.....	12
3.1.5.1.- Variables Maternas.....	12
3.1.5.2.- Variables del Recién Nacido.....	12
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	13
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	23
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	27
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	30
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	31
8.1.- Nacional.....	31
8.2.- Internacional.....	31
8.3.- General.....	32

***“ESTUDIO DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN RECIÉN NACIDOS
HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES VERSUS MADRES NO ADOLESCENTES
EN EL AÑO 2011 EN EL HNAL.”***

Resumen.

Hipótesis: Los neonatos hijos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar patologías al nacer que los hijos de madres no adolescentes.

Objetivo: Determinar cuáles son las patologías más frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes versus las no adolescentes.

Institución: Servicio de Neonatología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”.

Diseño: Estudio Descriptivo Transversal Retrospectivo.

Participantes: Recién Nacidos en el HNAL en el año 2011.

Intervenciones: de un total de 4135 de Recién Nacidos, se incluyeron 3572 Recién Nacidos por cumplir con los criterios de inclusión, Se consideran las patologías diagnosticadas posterior al nacimiento del neonato así como la edad gestacional y el peso al nacer y algunas características maternas como edad, controles prenatales, número de gestación y tipo de parto.

Principal medida de resultados: Patologías más frecuentes en Recién Nacidos hijos de Adolescentes y no adolescentes.

Resultados: El 21.88% de la población estuvo conformada por Adolescentes, de estas el 97.65% fueron Adolescentes Tardías. El tipo de parto que se empleó con más frecuencia es el vaginal representado por un 88.89% en las adolescentes tardías. La patología que se observó con más frecuencia fue el Síndrome de Dificultad Respiratoria representado por un 44% en Recién Nacidos Pre Término de Madres Adolescentes Tardías, así como Grande para la Edad Gestacional que se encontró con más frecuencia en Recién Nacidos A Término y Post Término Hijos de Madres Adolescentes Tardías con un 7% y 18% respectivamente.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.1.- Formulación del problema:

En Latinoamérica, se calcula que cada año más de tres millones de adolescentes llevarán a cabo un embarazo a término. En el Perú, el embarazo en adolescentes es uno de los principales problemas de salud pública, el porcentaje de madres adolescentes y con primer embarazo a nivel nacional fue de 13 y 12.7% para los años 2000 y 2004, respectivamente.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero es en la adolescencia donde se presentan una serie de situaciones que pueden atentar contra la vida y la salud del recién nacido y de ella misma, como son los casos de muerte fetal y perinatal, además de prematuridad, bajo peso (BPN) y muy bajo peso al nacer (MBPN), y en ella también muerte, fracaso y discriminación.

El embarazo en madres adolescentes esta en incremento año tras año por tanto es de vital importancia estar preparados para dar un adecuado manejo del recién nacido teniendo conocimiento de las patologías que este puede presentar en el momento del nacimiento.

1.2.- Formulación de Hipótesis:

- Los neonatos hijos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar patologías al nacer que los hijos de madres no adolescentes.

1.3.- Formulación de Objetivos:

1.3.1.- Objetivo General:

- Determinar cuáles son las patologías más frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes versus las no adolescentes.

1.3.2.- Objetivos Específicos:

- Determinar las patologías más frecuentes en recién nacidos de madres adolescentes.
- Determinar las patologías más frecuentes en recién nacidos de madres no adolescentes.
- Comparar las patologías que se presentan en recién nacidos de madres adolescentes con las no adolescentes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra según la OMS entre los 11 y 19 años de edad.

Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

La adolescencia se la puede dividir en dos etapas:

- Adolescencia Temprana (11 a 14 años): Período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. El adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

- Adolescencia Tardía (15 a 19 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. El período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus

padres. Es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce a los adolescentes, como un grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias.

Así mismo, el embarazo en la adolescencia es considerado como un problema, no solo por lo relacionado con los resultados perinatales, sino por todas las implicaciones psicosociales que la maternidad trae aparejada a esta edad y que repercutirán en la joven, determinando el cuidado que puede darle a su hijo y sus posibilidades de desarrollo personal.

La morbi-mortalidad relacionada con la reproducción, representa tasas más elevadas en las madres menores de 20 años; pudiéndose mencionar entre ellas la anemia, estados hipertensivos, patologías infecciosas, hemorrágicas y parto pretérmino, como posibles causas para resultados perinatales desfavorables, como son el bajo peso al nacer, asfixia, sepsis, entre otros.

En la población general, los problemas peri-neonatales han emergido como la principal causa de mortalidad en menores de 5 años en la Región de las Américas. El mayor número de muertes, se atribuyen a complicaciones y problemas surgidos durante la gestación, representando el 41% de estas, por causas peri-neonatales. Así también son consideradas la principal causa de morbilidad al inicio de la vida, pudiendo afectar el

crecimiento y desarrollo posterior del niño en forma definitiva; el bajo peso, por ejemplo, constituye un factor de riesgo para la mayor incidencia y gravedad de episodios de enfermedades durante la infancia; si a esto le agregamos un factor de riesgo mas como es ser adolescente, estas estadísticas pueden aumentar.

Según el último censo 2007 registró un total de 2 millones 203 mil 993 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de las cuales 160 mil 317 son madres (7,3%). De este total, el 2,8% tienen edades entre 12 a 14 años y el 97,2% restante, entre 15 a 19 años.

En los países en desarrollo, el porcentaje de madres adolescentes oscila entre 8% (Asia oriental) hasta el 55% (África occidental). En América Latina, en países como Chile el embarazo adolescente representó el 15.2% y 15 % en Argentina durante el año 2003. En nuestro país las cifras no son homogéneas dependiendo su comportamiento por niveles de ingreso y por los diferentes contextos geográficos del país (centros urbanos, urbano marginales o áreas rurales): 9% en Lima metropolitana, 12% en la costa, 11% en la sierra y 29% en la selva. También a nivel hospitalario la incidencia de madres adolescentes es variable.

En un estudio realizado en el IEMP en Lima en un período comprendido entre enero y diciembre del 2003 se registraron un total de 17,868 nacimientos, de los cuales 3,141 nacimientos eran hijos de adolescentes, lo que representa el 17.6%. De este grupo nacieron vivos 3,095, correspondiendo el 97.1% a madres adolescentes entre 15 a 19 años y el 2.9% a madres entre 11 a 14 años. Se observaron mayores índices de recién nacidos prematuros, BP y MBPN, provienen de madres adolescentes con edades comprendidas entre 11 a 14 años. La TMN global en los hijos de adolescentes de 11 a 14 años es 33.7 por 1,000 NV, tres veces más alta que en el grupo de 15 a 19 años y no adolescente (11 y 11.8 por 1,000 NV, respectivamente), mientras que la TMN inmediata es 1,000 por mil NV (en RN entre 500 a 999 g), casi dos veces más alta que en los otros dos grupos de edad (562.5 y 430.2 por 1,000 NV).

En un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna dio como resultado que el peso promedio de los RN de MA es de 3.251 grs., y las adultas tienen RN con 145 grs. más de peso, siendo esta diferencia altamente significativa. El 89,1%

de RN de MA tienen peso adecuado, 4,7% presentan bajo peso y 1,2% muy bajo peso al nacer; teniendo las adolescentes 1,34 veces mayor riesgo de presentar RN con peso entre 1,500 y 2,499 grs. que las adultas. Así mismo es baja la frecuencia de RN de alto peso (5,0%) comparativamente con las adultas (11,2%), siendo esta diferencia altamente significativa ($RRe=0,43$). La talla promedio de RN de MA es de 50,1 cms. y de RN de adultas es de 50,6 cms.; el perímetro cefálico promedio es 34,1 cms. y en RN de adultas 34,6 cms. siendo estas diferencias altamente significativas. En cuanto a la relación Peso/E.G. encontramos que el 86,3% de RN de MA tienen un peso adecuado para la edad gestacional (AEG), 8,4% tiene peso pequeños para su edad gestacional (PEG) teniendo 1,34 veces mayor riesgo de ser RN PEG y menor riesgo de presentar RN grandes para la edad gestacional (GEG) en relación a las adultas ($RRe=0,47$) siendo significativa esta diferencia. El 94% de RN de MA presenta un adecuado Apgar al minuto, siendo baja la frecuencia de depresión al nacer (6,0%), es decir la vitalidad del RN expresada a través del índice de Apgar no reveló diferencias en ambos grupos, al minuto ni a los 5 minutos. En cuanto a la incidencia global de Morbilidad Neonatal no existe diferencias significativas (6,8% - 5,9%). Los recién nacidos de madres adolescentes presentan significativamente un mayor riesgo de prematuridad ($RRe=1,63$), bajo peso al nacer ($RRe=1,36$), retardo de crecimiento intrauterino ($RRe=1,34$) y membrana hialina ($RRe=2,10$) que los recién nacidos de madres adultas.

Se presentaron 23 muertes neonatales precoces en RN de MA y 51 en las adultas obteniendo tasas de mortalidad de 9,1 y 5,5 x 1000 RNV respectivamente, lo que significa que los RN de MA tienen 1,66 veces mayor riesgo de presentar mortalidad que los RN de adultas, aunque éste no tuvo significación estadística

En un estudio realizado en un Hospital Materno Perinatal en Valencia se encontró que el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), las malformaciones fetales y la sepsis se registran como las causas de muerte neonatal precoz, patologías informadas por diversos investigadores, por producir mayor riesgo de muerte, así mismo se debe destacar que el 95% de las muertes neonatales se deben a prematuridad (< 36 semanas) y más del 50% presentaron menos de 1.499 gramos. Hay que resaltar que estas causas de mortalidad neonatal, no difieren de la población general. Esto hace gala, a lo expuesto por Benguigui de que los problemas perineonatales han emergido como la principal causa de mortalidad representando más de 60% en menores de un año en la Región de

las América. Por otra parte, en el área de salud reproductiva, se considera a la mortalidad perinatal, como adecuado indicador de calidad y cobertura de atención, y esta se ve afectada por factores combinados como las condiciones socioeconómicas (educación, nutrición, peso al nacer), factores demográficos (edad materna y paridad) y atención de salud (acción preventiva y curativa).

En un estudio realizado en Honduras observó que, aunque el Puntaje de Apgar no tiene un valor predictivo del curso posterior del neonato (II), un valor igual o menor a seis al primer minuto de vida se asoció con posterior muerte hasta en seis veces más que los que tuvieron mayor puntaje. Entre los diagnósticos anotados de los neonatos fallecidos se encontró la sepsis en 25 ocasiones, la enfermedad de membrana hialina en 21 ocasiones seguida en frecuencia por la neumonía en 13 ocasiones. Anomalías congénitas tipo gastrosquisis en una ocasión (0,12%), labio y paladar hendido en tres ocasiones (0.38%) también se encontró ambigüedad sexual en dos ocasiones (0.25%).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA EMPLEADA

3.1.- Material y métodos:

3.1.1.- Tipo de Estudio: Estudio Descriptivo Transversal Retrospectivo.

3.1.2.- Población Estudiada: conformada por todos los recién nacidos en el 2011 en el HNAL con un total de 4135.

3.1.3.- Muestra: se incluyeron a 3497 Recién Nacidos así como a sus madres por cumplir con:

3.1.3.1.- Criterios de inclusión:

- Recién nacidos de madres adolescentes de 11 a 19 años según la OMS.
- Recién nacidos de madres no adolescentes de 20 a 34 años.
- Madres sin antecedentes patológicos previos al embarazo.

3.1.3.2.- Criterios de exclusión:

- Recién nacidos de madres mayores de 35 años.
- Recién nacidos de madres con antecedentes patológicos previos al embarazo, tales como: Lupus eritematoso sistémico, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, etc.
- Embarazo múltiple.

3.1.4.- Análisis de Datos: se extrajeron los datos de la base de datos del Servicio de Neonatología del HNAL – Programa Access 2007 y fueron analizados con el programa Excel 2007.

3.1.5.- Variables: se consideraron como tal:

3.1.5.1.- En la madre:

- § Adolescentes según la OMS en: Adolescentes Tempranas (11-14 años) y Adolescentes Tardías (15-19 años).
- § No adolescentes (20-34 años).
- § Controles prenatales durante la gestación.
- § Estado civil.
- § Número de embarazo.

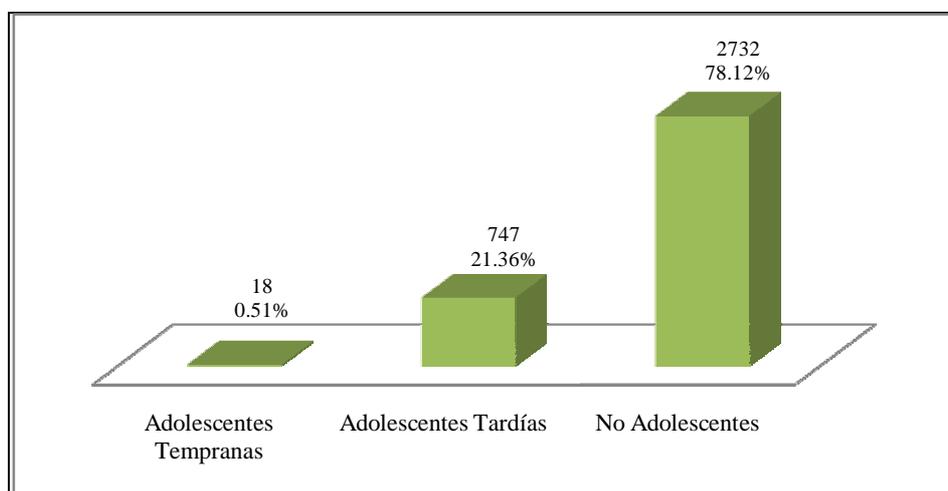
3.1.5.2.- En el Recién Nacido:

- § Tipo de parto.
- § Peso al nacer.
- § Edad gestacional.
- § Alguna patología diagnosticada posterior al nacimiento.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 3497 recién nacidos así como a sus madres de los cuales 765 (21.88%) fueron madres adolescentes, de estos 18 (2.35%) fueron madres adolescentes tempranas y 747 (97.65%) fueron madres Adolescentes Tardías, el resto de la muestra fue 2732 (78.12%) las cuales fueron Madres No Adolescentes.

Gráfico N° 1: Total de Muestra Incluida en el Estudio divididas en Adolescentes Tempranas (11-14 años), Adolescentes Tardías (15-19 años) y No Adolescentes (20-34 años). Total de Adolescentes 21.88%.



Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Tabla N° 1: Frecuencia según Estado Civil en Madres Adolescentes y No Adolescentes.

Estado Civil	Adolescentes Tempranas	Adolescentes Tardías	No Adolescentes
Soltera	11(61.11%)	288(38.55%)	434(15.89%)
Conviviente	7(38.89%)	438(58.63%)	1972(72.18%)
Casada	0(%)	21(2.82%)	326(11.93%)
Total	18(100%)	747(100%)	2732(100%)

Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Tabla N° 2: Frecuencia según Tipo de Parto en Madres Adolescentes y no Adolescentes.

Tipo de Parto	Adolescentes Tempranas	Adolescentes Tardías	No Adolescentes
Vaginal	16(88.89%)	553(74.03%)	1767(64.68%)
Cesárea	2(11.11%)	194(25.97%)	965(35.32%)
Total	18(100%)	747(100%)	2732(100%)

Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Tabla N° 3: Frecuencia según Número de Embarazo en Madres Adolescentes y No Adolescentes.

N° de Embarazo	Adolescentes Tempranas	Adolescentes Tardías	No Adolescentes
1er	18(100%)	602(80.59%)	886(32.43%)
>1	0(%)	145(19.41%)	1846(67.57%)
Total	18(100%)	747(100%)	2732(100%)

Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Tabla N° 4: Frecuencia según Número de Controles Prenatales en Madres Adolescentes y no Adolescentes.

CPN	Adolescentes Tempranas	Adolescentes Tardías	No Adolescentes
Si	14(77.78%)	570(76.31%)	2187(80.05%)
No	4(22.22%)	177(23.69%)	545(19.95%)
Total	18(100%)	747(100%)	2732(100%)

Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Tabla N° 5: Distribución y Frecuencia según Edad Gestacional de Recién Nacidos Hijos de Madres Adolescentes y No Adolescentes.

Distribución según Edad Gestacional	Adolescentes Tempranas	Adolescentes Tardías	No Adolescentes
Pre Término	01(5.56%)	48(6.43%)	161(5.89%)
A Término	17(94.44%)	644(86.21%)	2348(85.94%)
Post Término	0%	55(7.36%)	223(8.17%)
Total	18	747	2732

Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Tabla N° 6: Frecuencia según Peso para la Edad Gestacional en Recién Nacidos Pre Término Hijos de Madres Adolescentes y No Adolescentes.

Peso/E.G. Recién Nacidos Pre Término	Adolescentes Tempranas	Adolescentes Tardías	No Adolescentes
PEG	1(100%)	15(31.25%)	36(22.36%)
AEG	0%	33(68.75%)	123(76.40%)
GEG	0%	0	2(1.24%)
Total	01	48	161

Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Tabla N° 7: Frecuencia según Peso para la Edad Gestacional en Recién Nacidos A Término Hijos de Madres Adolescentes y No Adolescentes.

Peso/E.G. Recién Nacidos A Término	Adolescentes Tempranas	Adolescentes Tardías	No Adolescentes
PEG	0%	29(4.51%)	151(6.43%)
AEG	17(100%)	569(88.35%)	1985(84.54%)
GEG	0%	46(7.14%)	212(9.03%)
Total	17	644	2348

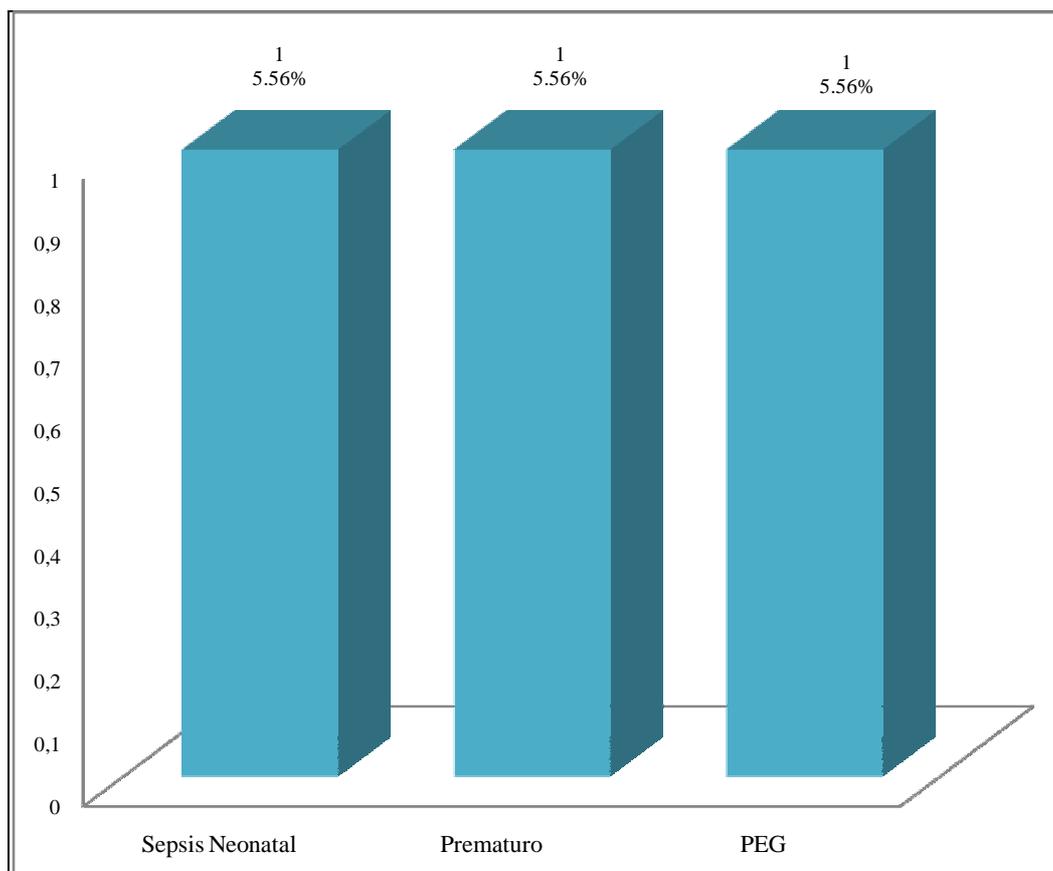
Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Tabla N° 8: Frecuencia según Peso para la Edad Gestacional en Recién Nacidos Post Término Hijos de Madres Adolescentes y No Adolescentes.

Peso/E.G. R. N. Post Término	Adolescentes Tempranas	Adolescentes Tardías	No Adolescentes
PEG	0	0%	17(7.62%)
AEG	0	45(81.82%)	157(70.41%)
GEG	0	10(18.18%)	49(21.97%)
Total	0	55	223

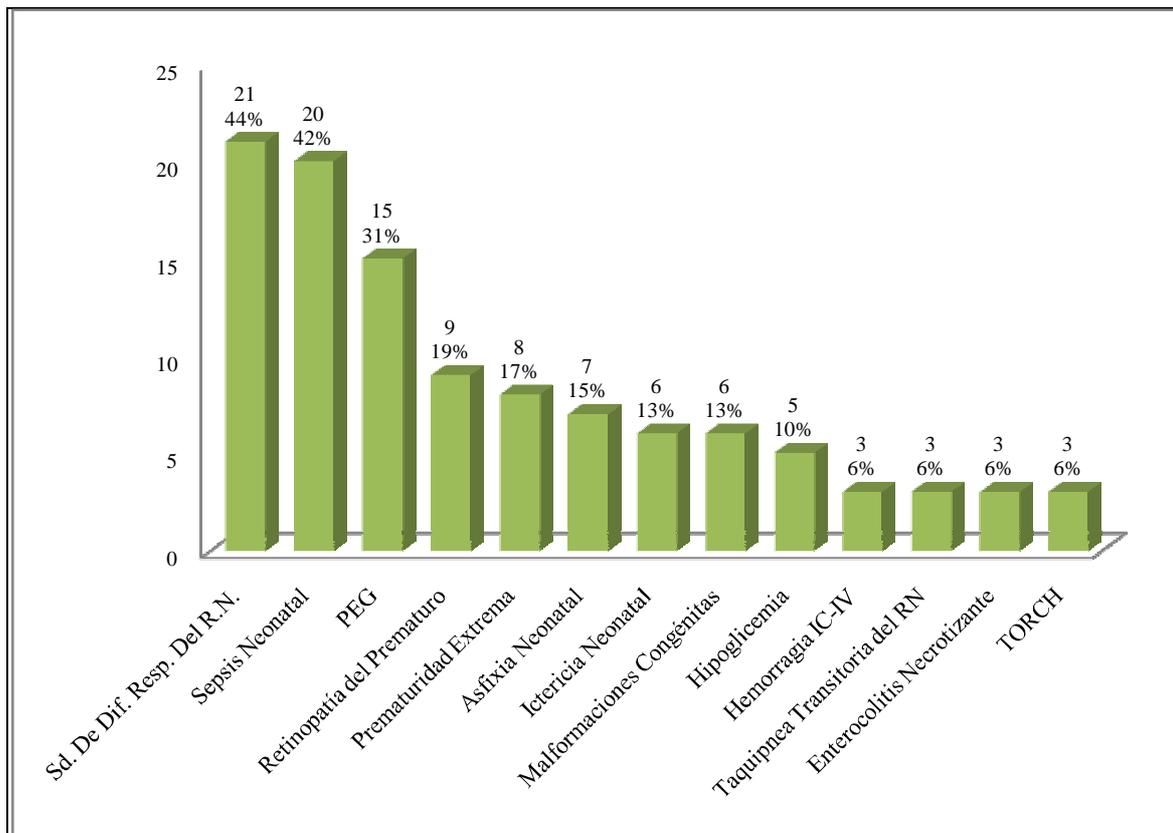
Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Gráfico N° 2: Patologías más Frecuentes en Recién Nacidos Hijos de Madres Adolescentes Tempranas. Total: 18 Recién Nacidos.



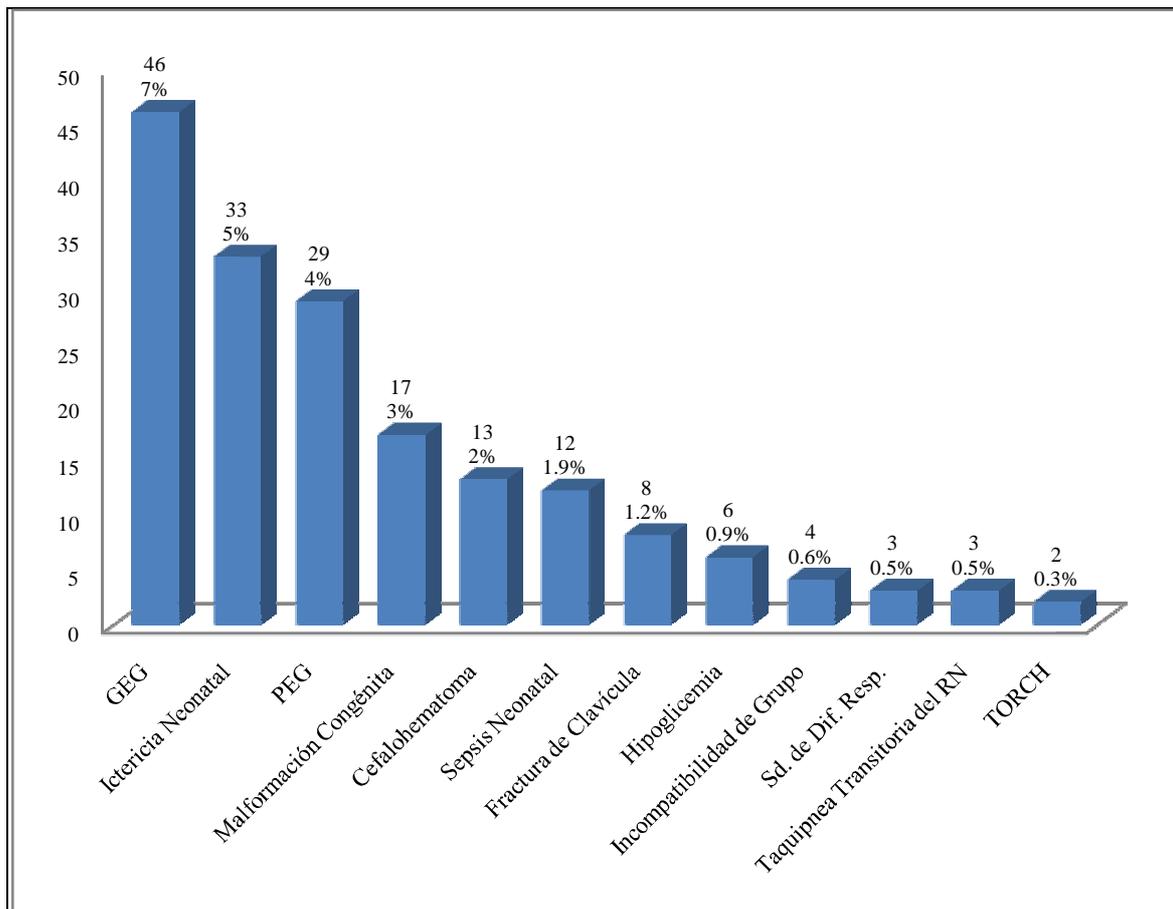
Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Gráfico N° 3: Patologías más Frecuentes en Recién Nacidos Pre Término Hijos de Madres Adolescentes Tardías. Total: 48 Recién Nacidos 6.4%.



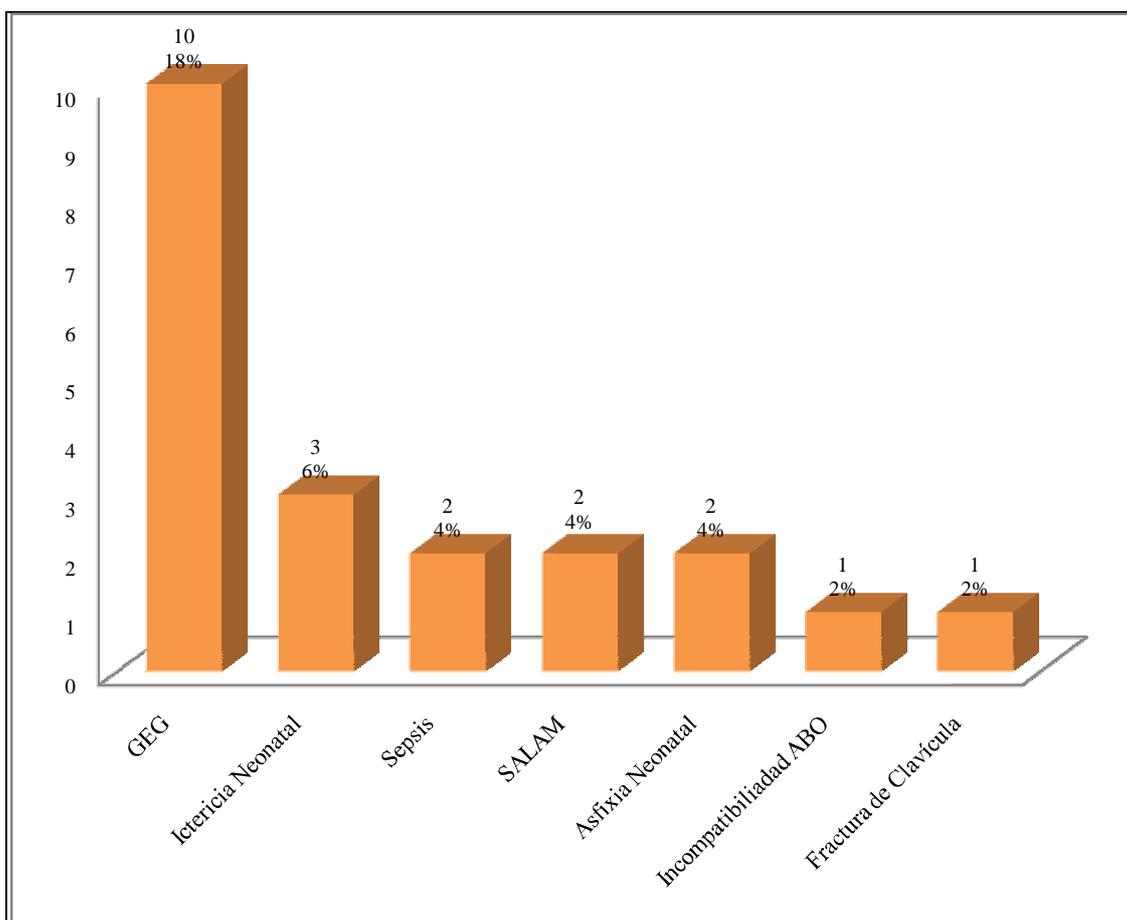
Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Gráfico N° 4: Patologías más Frecuentes en Recién Nacidos A Término Hijos de Madres Adolescentes Tardías. Total: 644 Recién Nacidos (86.21%).



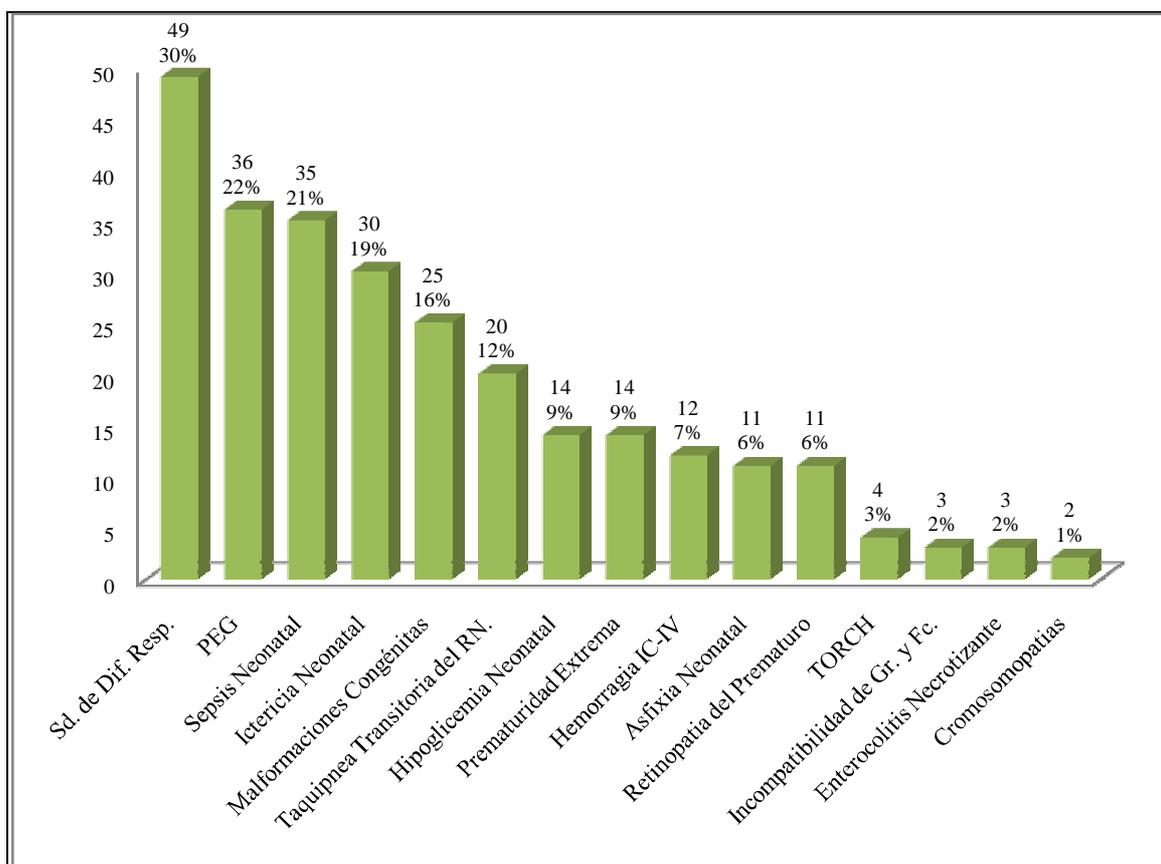
Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Gráfico N° 5: Patologías más Frecuentes en Recién Nacidos Post Término Hijos de Madres Adolescentes Tardías. Total: 55 Recién Nacidos (7.36%)



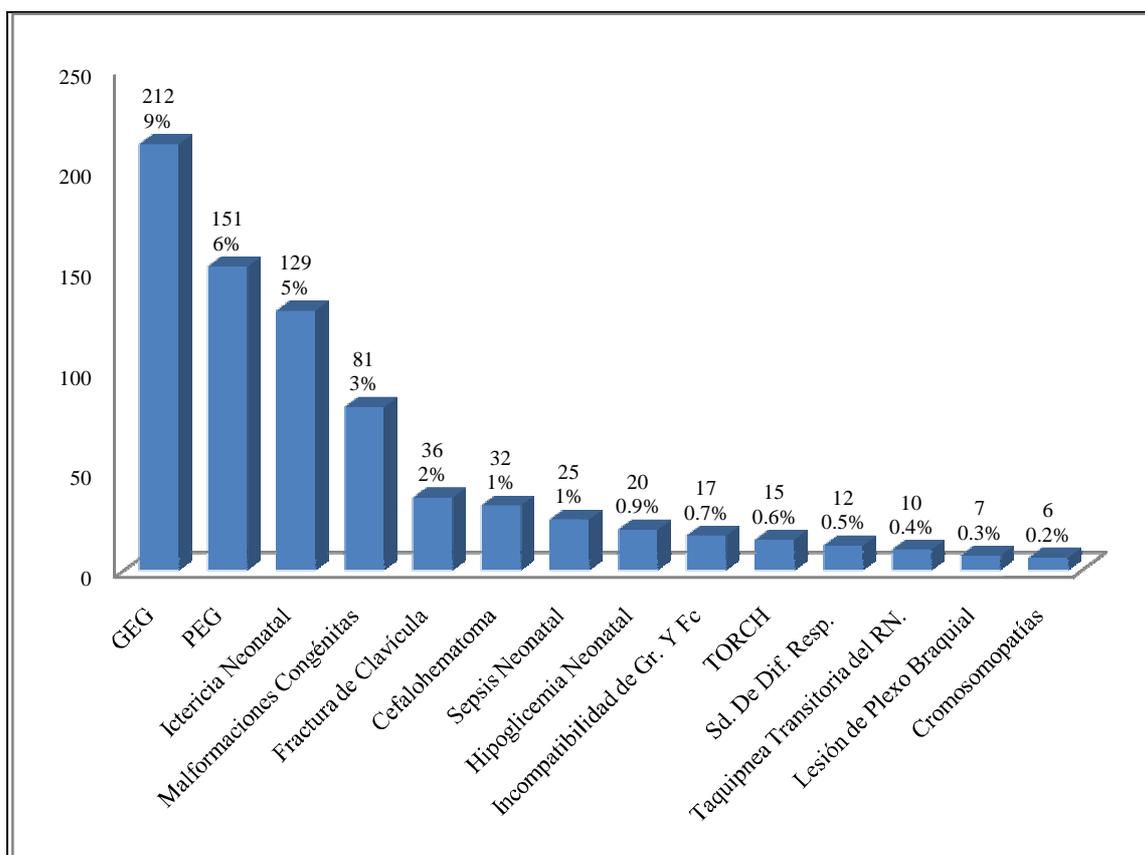
Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Gráfico N° 6: Patologías más Frecuentes en Recién Nacidos Pre Término Hijos de Madres No Adolescentes. Total: 161 Recién Nacidos 5.9%.



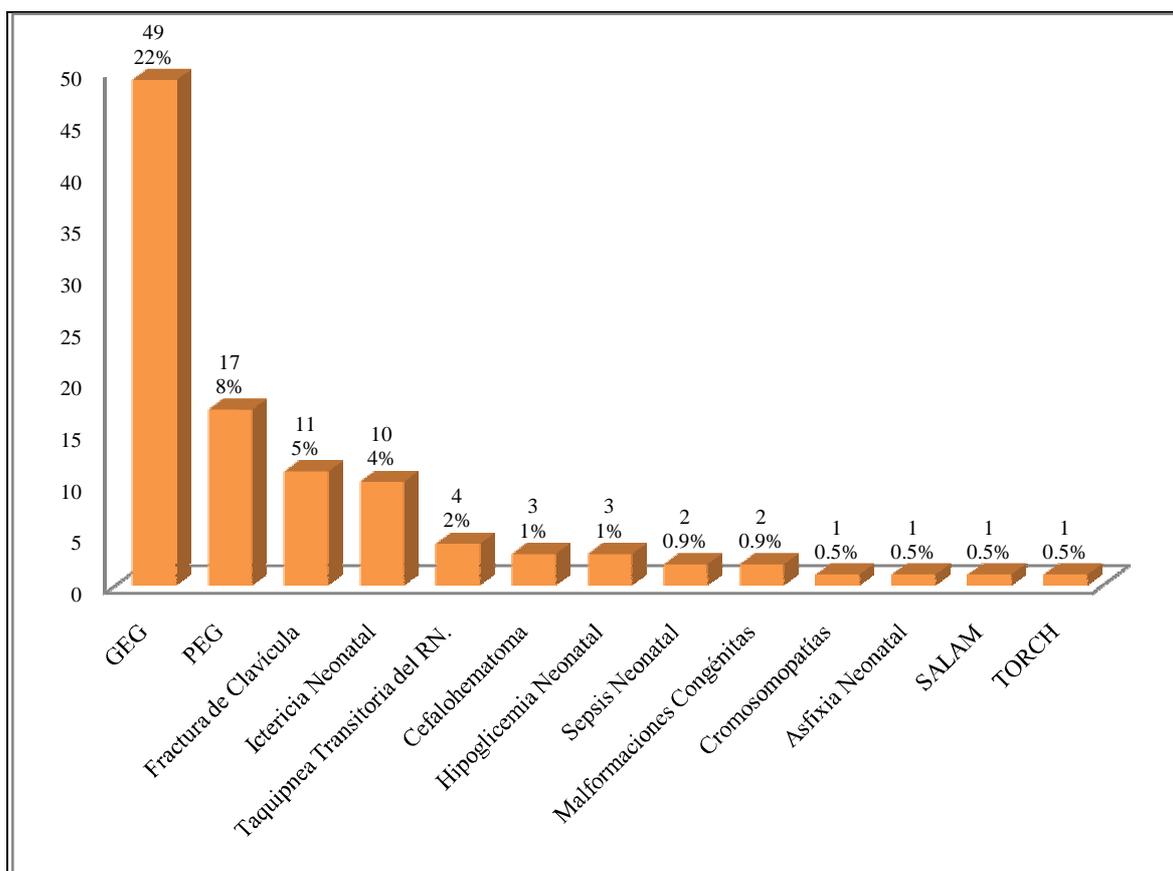
Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Gráfico N° 7: Patologías más Frecuentes en Recién Nacidos A Término Hijos de Madres No Adolescentes. Total: 2348 Recién Nacidos (85.94%)



Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

Gráfico N° 8: Patologías más Frecuentes en Recién Nacidos Post Término Hijos de Madres No Adolescentes. Total 223 Recién Nacidos (8.16%)



Fuente: Base de Datos del Servicio de Neonatología del HNAL 2011.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

- En el gráfico N°1 se observa el total de la muestra del estudio, aquí podemos observar que el grupo representado por las Madres Adolescentes es 21.88%, de estas las Madres Adolescentes Tempranas con un total de 18, representan el 2.35% del total de Adolescentes, el grupo de las Adolescentes Tardías son un total de 747, representan el 97.65% del total de Adolescentes y el grupo representado por las No Adolescentes con un total de 2732, representan el 78.12% del total comparado con la población de adolescentes en estudios realizados a nivel nacional como un 19.04% de Madres Adolescentes observado en el estudio realizado por Ticona y col. en Tacna (1), 17.6% del total de madres adolescentes, dividido a su vez en el 2.9% representado por Adolescentes Tempranas y el 97.1% representado por Adolescentes Tardías esto en el estudio realizado en el IEMPON Lima(2), 16.76% de Sandoval y col. (3). A nivel Internacional en un estudio realizado en Valencia con un 19% de embarazo en Adolescentes(5), en Honduras tuvieron un valor en 14% de gestación en Adolescentes(6), se observó un 5.4% de Madres Adolescentes Tempranas y un 94.6% de Madres Adolescentes Tardías en un estudio realizado por Bojanini y col.(7).
- En la Tabla N°1 en relación al Estado Civil podemos observar que las Adolescentes Tempranas son con más frecuencia solteras con un 61.11% en comparación con las Adolescentes Tardías y no Adolescentes con un 38.55% y un 15.89% respectivamente lo cual es comparable con un 62.9% de solteras en Adolescentes Tempranas encontrado en IEMPON(2) y un 70% de solteras en el estudio que realizó Tapia y col(11). Se observa además que el mayor porcentaje un 72.18% de Convivientes lo encontramos en No Adolescentes seguido de un 58.63% y un 38.89% en Adolescentes Tardías y Tempranas respectivamente, esto también se observa en un 64.9% en No Adolescentes, 64.4% en Adolescentes Tardías en el IEMPON(2). Además la mayor cantidad de casadas la podemos encontrar en las No Adolescentes con un 11.93%, seguido de 2.82% en Adolescentes Tardías no habiendo ninguna casada entre las Adolescentes

Tempranas semejante al 4% en Adolescentes Tardías y 23.6% en No Adolescentes y ninguna casada entre las Adolescentes Tempranas del IEMP(2).

- En la Tabla N°2 se observa que el mayor porcentaje de Parto por vía Vaginal es en Adolescentes Tempranas con un 88.89% seguido de 74.03% y 64.68% en Adolescentes Tardías y No Adolescentes respectivamente, comparado con 62.9%, 71.1% y 60.1% en Adolescentes Tempranas, Adolescentes Tardías y No Adolescentes respectivamente de parto por vía vaginal observado en el estudio realizado en el IEMP(2), se observa un 69.5% en Madres menores de 15 años y un 73% en mayores de 15 años de parto por vía vaginal en el estudio realizados por la Dra. Vargas(4), también se observó un 73% de parto por vía vaginal en Adolescentes Tardías en el estudio realizado por Rodas y col.(6), un 52% de parto por vía vaginal en Adolescentes Tempranas en el estudio realizado por Salazar y col.(8). El porcentaje de parto por cesárea es mayor en No Adolescentes con un 35.32% seguido de Adolescentes Tardías y Tempranas con un 22.97% y un 11.11% respectivamente, se encontró un 39.9%, 28.3% y 37.1% en No Adolescentes, Adolescentes Tardías y Tempranas respectivamente en el IEMP(2), se observó que el parto por cesárea esta dado por un 30.5% en menores de 15 años y un 27.9% en mayores de 15 años en el estudio realizado por la Dra. Vargas(4) en un 43% se encontró el parto por cesárea en Adolescentes Tempranas observado en el estudio realizado por Salazar y col.(8).
- En la Tabla N°3 se observa que el mayor porcentaje de primigestas está en las Adolescentes Tempranas con un 100% seguida de Adolescentes Tardías y no Adolescentes con un 82.59% y un 32.43% respectivamente comparado con un 75.25% y 82.68% en el estudio de Salazar y col.(8). Las multigestas se ven con más frecuencia en No Adolescentes con un 67,57% y un 19.41 en Adolescentes Tardías, comparado con un 24.72% y un 17.32 en el estudio de Salazar y col.(8).

- En la Tabla N°4 se observa que los CPN de forma adecuada es mayor en las No Adolescentes con un 80.05% seguido de 76.31% y 77.78% en Adolescentes Tardías y Tempranas respectivamente. El mayor porcentaje No CPN está representado por las Adolescentes Tardías con un 23.69% seguido de 22.22% y 19.95% en Adolescentes Tempranas y No Adolescentes respectivamente.
- En la Tabla N° 5 se observa que el porcentaje de Pre Término es mayor en Adolescentes Tardías con un 6.43% seguido de un 5.89% y 5.56% en No Adolescentes y Adolescentes Tempranas respectivamente, en el estudio realizado en IEMP(2) se observa un 33.7% de Pre término en Adolescentes, así como un 68% de Pre término en Adolescentes en el estudio realizado por el Dr. Vargas y col. (5). El porcentaje de recién nacidos a término lo encontramos en porcentaje similar y el post Término se encuentre mayor en No Adolescentes con un 8.17% y un 7.36% en Adolescentes Tardías.
- En la Tabla N°6, 7 y 8 tenemos la frecuencia de presentación de recién nacidos según el peso para la edad gestacional, aquí podemos ver que en el RN pre término es más frecuente el PEG con un 100% en Adolescentes Tempranas seguido de 76.40% de AEG y 1.24% de GEG en No Adolescentes. En RN A Término un porcentaje de 6.43% de PEG en No Adolescentes, seguido de AEG con un 100% en Adolescentes Tempranas y 9.03% de GEG en No Adolescentes. En RN Post Término se observa un 7.62% de PEG en No Adolescentes, seguido de un 81.82% de AEG en Adolescentes Tardías y de un 21.97% de GEG en No Adolescentes.
- En el Gráfico N°2 se observa que tanto la Sepsis Neonatal, la prematuridad y el ser PEG tienen un porcentaje de 5.56% en RN de Adolescentes Tempranas, esto se compara con lo encontrado en el IEMP(2) el cual presentó un 33.7% de Prematuridad en Adolescentes Tempranas.

- En el Gráfico N°3 se observa que las patologías más frecuente en los RN Pre Término de Adolescentes Tardías el cual representa un 6.4% del total, son el Síndrome de Dificultad Respiratoria con un 44%, seguido de la Sepsis Neonatal con un 42% y el PEG con un 31%.

- En el Gráfico N°4 se observa que las patologías más frecuentes en RN A Término Hijos de Adolescentes Tardías son GEG con un 7%, seguido de Ictericia Neonatal no determinada con un 5% y PEG con un 4%.

- En el Gráfico N°5 se observa que las patologías más frecuentes en los RN Post Término Hijos de Adolescentes Tardías son GEG con un 18% seguido de Ictericia Neonatal no determinada con un 6% y Sepsis Neonatal con un 4%.

- En el Gráfico N°6 se observa que las patologías más frecuentes en RN Pre Término Hijos de No Adolescentes el cual representa el 5.9% del total, son Síndrome de Dificultad Respiratoria con un 30%, seguido de PEG con un 22% y de Sepsis Neonatal con un 21%.

- En el Gráfico N°7 se observa que las patologías más frecuentes en RN A Término Hijos de No Adolescentes son GEG con un 9%, seguido de PEG con un 6% y de Ictericia Neonatal no determinada con un 5%.

- En el Gráfico N°8 se observa que las patologías más frecuentes en RN Post Término hijos de No Adolescentes son GEG con un 22%, seguido de PEG con un 8% y la Fractura de Clavícula con un 5%.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

- Se concluye que la hipótesis planteada en el estudio es aprobada ya que si bien es cierto las patologías que se encontraron con más frecuencia tanto para Recién Nacidos de Madres Adolescentes como para Recién Nacidos de Madres No Adolescentes son las mismas, en los Recién Nacidos de Madres Adolescentes se encuentran con más frecuencia.
- Se concluye por tanto que la Adolescencia en ambas etapas no es la edad indicada para la gestación, ya que tiene implicancias muy importantes en el Recién Nacido. Cabe mencionar que es en la Adolescencia Temprana donde vamos a encontrar mayores problemas tanto para la Madre como para el Recién Nacido.
- Se concluye que el embarazo en adolescentes es más frecuente en el HNAL ya que al ser comparado con estudios realizados a nivel Nacional es en este donde se encuentra el valor más elevado.
- Se concluye por tanto que el estado civil es proporcional con la edad en la que se encuentra la gestante.
- Se concluye que la vía de parto más frecuente en Adolescentes es la vía vaginal, pero la vía de parto por cesárea también es frecuente por las patologías que presenta el Recién Nacido de estas madres.
- Se concluye que el número de gestación es mayor según la edad de la madre.

- Se concluye que las No Adolescentes son las que realizan de manera adecuada el CPN aunque este también es realizado en un alto porcentaje por las adolescentes.

- Se concluye que el mayor porcentaje de recién nacidos pre término son hijos de madres adolescentes lo cual se podría relacionar con el mayor porcentaje de parto por vía vaginal que encontramos en éstas. Además los recién nacidos post Término los vemos con más frecuencia en No Adolescentes.

- Se concluye que en madres Adolescentes Tempranas es muy alta la probabilidad que los RN sean PEG si son Pre Término no siendo así si son RN A Término ya que se encontró un 100% de AEG en este grupo; los RN de madres No Adolescentes tienen probabilidad de ser GEG a diferencia de las Adolescentes que lo presentan en muy poca probabilidad.

- Se concluye que la Prematurez, la Sepsis Neonatal y el ser PEG tienen la misma probabilidad de presentarse en RN hijos de madres Adolescentes Tempranas.

- Se concluye que tanto los RN Pre Término de Adolescentes Tardías y las No Adolescentes tienen como patologías más frecuentes el Síndrome de Dificultad Respiratoria, seguidas por PEG y Sepsis Neonatal, siendo la Prematurez más frecuente en RN Hijos de Adolescentes Tardías, por tanto no habría diferencia en la presentación de patologías entre estas edades.

- Se concluye que las patologías más frecuentes en Adolescentes Tardías y No Adolescentes son GEG, PEG e Ictericia Neonatal No Determinado, por lo que no habría diferencias en presentación de patologías en estas edades.

- Se concluye que las patologías más frecuentes en los RN Post Término Hijos de Adolescentes Tardías son GEG, Ictericia Neonatal no Determinado y Sepsis Neonatal.
- Se concluye que las patologías más frecuentes en los RN Post Término de No Adolescentes son GEG, PEG y Fractura de Clavícula.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

- Debido al incremento que se observa del embarazo en la adolescencia se sugiere realizar campañas de prevención del embarazo sobre todo en Adolescentes Tempranas ya que es en esta edad en donde se puede encontrar mayor morbi-mortalidad de la madre y el Recién Nacido.
- Se sugiere realizar estudios relacionados con patologías más frecuentes en la adolescente gestante ya que no solo es importante conocer las posibles consecuencias en el Recién Nacido si no también las consecuencias en la madre.
- Es importante conocer las patologías más frecuentes en el Recién Nacido y a su vez relacionarlas con las patologías maternas, por esto se sugiere realizar estudios en Madres Adolescentes y sus Recién Nacidos de Tipo Comparativo para poder determinar los posibles causantes de algunas patologías.

CAPITULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8.1.- Nacional:

1. Ticona M., Huanco D. Riesgos en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Diagnóstico: 2000; 39 (1).
2. Dra. Jeannette Doig Turkowsky. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003.
3. Sandoval J., Mondragón H., Ortiz M. Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio Caso-Control. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2007; 53 (1): 28-34.
4. Tesis: Anabel Vargas R. Morbilidad y Mortalidad Materno Perinatal Asociado al Embarazo en Adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Enero 2000 – Diciembre 2009.

8.2.- Internacional:

5. Dr. José María Vargas y Hospital Dr. Enrique Tejera. Valencia, estado Carabobo. Universidad de Carabobo. UNISAR. Morbi-mortalidad en recién nacidos de bajo peso de madres adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28 (2).
6. Ricardo Rodas-Márquez, Carlos Duron-Bustamante, Armando Flores- Mclellan. Rev. Med. Post UNAH VoL 6 No. 3 Septiembre - Diciembre, 2001. Caracterización de los Recien Nacidos hijos de madres Adolescentes admitidos en el Servicio de recién nacidos del Hospital Escuela de Enero de 1998 a Setiembre de 2000.

7. Bojanini J., Gómez J. Resultados Obstétricos y Perinatales en Adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología: 2004; 55(2): 114-121.
8. Salazar V., Paiva A., Saputelli E., Silva J., Cano. Embarazo en Adolescentes ¿ Es de Alto Riesgo Obstétrico ? Revista de Medicina Interna: 2002; 18(2): 136-146.
9. Gonzales A., Guerra C., Herrera V., Chávez F., Almiraich. Embarazo y Adolescencia: Factores Biológicos Maternos y Perinatales más Frecuentes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología: 2001; 27(2): 158-164.
10. Amaya J., Barrero C., Ucrós S. Estudio Analítico del Resultado del Embarazo en Adolescentes y Mujeres de 20 á 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología: 2005; 56(3): 216-224.
11. Tapia G., Valenzuela L., Rodríguez I. Madre Adolescente como Factor de Riesgo de Morbilidad y Mortalidad Neonatal en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Experiencia en un Hospital Universitario: 2006; 8(30)

8.3.- General:

12. Situacion del país Perú – UNICEF
http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm
13. Censo 2007 <http://censos.inei.gob.pe/censos2007/>
14. *Gary Cunningham* y colaboradores. *Obstetricia de Williams* 22ª Edición. 2005.
15. *Gomella, Cunningham* y Col. *Neonatología* 6ª Edición. 2006.
16. *Behrman, Kliegman. Tratado de Pediatría de Nelson* 17ª Edición.

17. *Robinovich, J.; Pinero, I.; Fermelly, K.; Beard, J. "Efectos de la Edad Materna en el Estado de Salud del Neonato". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1994; 54(4): 293-300.*
18. *Romero, M.; Maddaleno, M.; Munist, M. "Salud Reproductiva". Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para Ejecutores de Programas N° 20. P.473501.1992.*
19. *Rubarth, G. "La Adolescente Embarazada". Grupo Editor Latinoamericano. Argentina. 1994.*
20. *Serrano, C. "La Salud Integral de los Adolescentes y los Jóvenes, su Promoción y su Cuidado". La Salud del Adolescente y el Joven. Organización Panamericana de la Salud. Pub. Cient. N° 552. Washington. EUA. 1995.*
21. *Silber, T. "El embarazo en la Adolescencia". La Salud del Adolescente y el Joven. Organización Panamericana de la Salud. Pub. Cient. N° 552. Washington. EUA. 1995.*