



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**"EDAD GESTACIONAL Y PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADOS A
FACTORES SOCIALES, NUTRICIONALES Y OBSTÉTRICOS EN
ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013"**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

Est. Enf. AGUILAR JOAQUIN, Tania Lucía

Est. Enf. MATTA MEZA, Adelina Corina

ASESORA :

Mg. PINTO FLORES, Irene

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vo Bo DE:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Irene Pinto Flores', is written above a horizontal line.

Mg. IRENE PINTO FLORES

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



JURADO EVALUADOR:

Vo Bo

Dra. Ysabel Morgan Zavaleta

PRESIDENTA

Dra. Carmen Serrano Valderrama

SECRETARIA

Mg. Irene Pinto Flores

ASESORA

DEDICATORIA

A **DIOS** por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.

A **MIS PADRES: MANUEL Y SILVIA;** por su amor, confianza y apoyo. Gracias por apoyarme a pesar de mis tropiezos y por guiarme sobre el camino de la educación.

A **MÍ SEGUNDA MADRE: MI TÍA TERESA,** por su amor, por guiarme por el buen camino y estar conmigo en los momentos más difíciles brindándome su apoyo y comprensión.

A **MI HERMANITA KAHORY SILVANA;** quien comparte conmigo triunfos y adversidades durante cada etapa de mi vida.

A **MI QUERIDO HIJITO JHOSMELL ALDAYR,** razón de mi existir, porque con tu llegada iluminaste mi vida, te dedico mi vida entera. De tí nacen mis esperanzas y para tí son mis metas. Te amo.

A **TODAS MIS AMIGOS** más cercanos; y en especial a **TANIA** por ser mi compañera y amiga en este arduo trabajo por conseguir el ansiado objetivo de la Licenciatura en Enfermería.

ADELINA CORINA

DEDICATORIA

A **DIOS**; por ser el dador de la sabiduría, él que derrama bendiciones y da las fuerzas necesarias para vencer obstáculos y continuar en esta lucha de la superación.

A **MIS PADRES NICOLAS Y TERESA** por brindarme su amor, consejos, apoyo en todo momento por inculcarme responsabilidad, y anhelo de superación. A **MIS HERMANOS CLAUDIA Y SEBASTIAN** por compartir momentos especiales y por ser el motivo para día a día tratar de superarme.

A **MIS AMIGOS** más cercanos, por su amistad verdadera, comprensión y apoyo y en especial a **ADELINA** por ser mi compañera y amiga en este arduo trabajo por conseguir la Licenciatura en Enfermería.

TANIA LUCÍA

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A nuestra asesora; Mg. IRENE PINTO FLORES.

Por su dedicación, su amistad sincera y valiosa orientación en
nuestra formación profesional; y en el desarrollo y culminación
del presente trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater "Universidad Nacional del Santa", quien nos albergó durante nuestra formación académica y en cuyas aulas quedaron grabados hermosos recuerdos de nuestra vida universitaria.

A nuestros queridos y recordados docentes de la E.A.P. de Enfermería; por la educación impartida en cada etapa de nuestra formación profesional, en especial a la Dra. Carmen Serrano Valderrama, Dra. Ysabel Morgan Zavaleta y Mg. Luz Falla Juárez, quienes fueron parte del jurado evaluador del proyecto de investigación; por su apoyo en el perfeccionamiento de la presente investigación.

Al Hospital de Apoyo La Caleta, Área de Estadística e Informática, Servicio de Recién nacido y Alojamiento Conjunto; por brindarnos su apoyo, comprensión y colaboración; permitiéndonos la ejecución de la recolección de datos para la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	17
ABSTRACT	19
I. INTRODUCCIÓN	21
II. MARCO TEÓRICO	55
III. MATERIAL Y MÉTODOS	66
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS	77
4.2. DISCUSIÓN	111
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	144
5.2. RECOMENDACIONES	146
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.	77
TABLA N° 02: PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.	79
TABLA N° 03: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A FACTORES SOCIALES EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.	81
TABLA N° 04: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A FACTORES NUTRICIONALES EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.	88

TABLA N° 05:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO A FACTORES OBSTÉTRICOS EN
ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA.
CHIMBOTE, 2013.

92

TABLA N° 06:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A
FACTORES SOCIALES EN ADOLESCENTES.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

96

TABLA N° 07:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A
FACTORES NUTRICIONALES EN ADOLESCENTES.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

103

TABLA N° 08:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A
FACTORES OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO N° 01:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE,
2013.

78

GRÁFICO N° 02:

PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO
LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

80

GRÁFICO N° 03:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO A LA EDAD MATERNA. HOSPITAL
DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

83

GRÁFICO N° 04:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO AL ESTADO CIVIL. HOSPITAL DE
APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

84

GRÁFICO N° 05:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO A LA RESIDENCIA. HOSPITAL DE
APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

85

GRÁFICO N° 06:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE,
2013.

86

GRÁFICO N° 07:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO A LOS HÁBITOS DE FUMAR.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE,
2013.

87

GRÁFICO N° 08:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL
(IMC). HOSPITAL DE APOYO LA CALETA.
CHIMBOTE, 2013.

89

GRÁFICO N° 09:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO A LA GANANCIA DE PESO.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE,
2013.

90

GRÁFICO N° 10:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO A LA ANEMIA DE LA GESTANTE.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE,
2013.

91

GRÁFICO N° 11:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO AL CONTROL PRENATAL.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE,
2013.

93

GRÁFICO N° 12:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO A LAPARIDAD. HOSPITAL DE
APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

94

GRÁFICO N° 13:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO
RELACIONADO A LAS COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA.
CHIMBOTE, 2013.

95

GRÁFICO N° 14:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA
EDAD MATERNA. HOSPITAL DE APOYO LA
CALETA. CHIMBOTE, 2013.

98

GRÁFICO N° 15:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL
ESTADO CIVIL. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA.
CHIMBOTE, 2013.

99

GRÁFICO N° 16:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA
RESIDENCIA. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA.
CHIMBOTE, 2013.

100

GRÁFICO N° 17:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

101

GRÁFICO N° 18:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LOS HABITOS DE FUMAR. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

102

GRÁFICO N° 19:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC). HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

104

GRÁFICO N° 20:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA GANANCIA DE PESO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

105

GRÁFICO N° 21:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA ANEMIA DE LA GESTANTE. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

106

GRÁFICO N° 22:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

108

GRÁFICO N° 23:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA PARIDAD. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

109

GRÁFICO N° 24:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

110

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, tiene por objetivo general conocer la edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.

La población estuvo conformada por los recién nacidos N= 91 de madres adolescentes. Para la recolección de datos se utilizó 2 instrumentos: un cuestionario sobre factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes; y datos del recién nacido: edad gestacional y peso. El procesamiento y análisis de datos se realizó en el Software especializado en Estadística y Epidemiología (EPIINFO), en sus 2 niveles: descriptivo y analítico; llegando a las siguientes conclusiones:

- El 95.6% son recién nacidos a término, el 3.3% recién nacidos pre término y el 1.1% recién nacidos post término.
- El 90.1% de recién nacidos presentan un peso adecuado, el 5.5% con sobrepeso, el 3.3% con bajo peso y el 1.1% con muy bajo peso.
- En los factores sociales: hábitos de fumar presentó relación estadística significativa con la edad del recién nacido; en cambio la edad materna, estado civil, residencia, grado de instrucción no presentaron relación estadística significativa con la edad gestacional del recién nacido.
- Los factores nutricionales: índice de masa corporal, ganancia de peso, anemia de la gestante no presentaron relación estadística significativa con la edad gestacional del recién nacido.

- Los factores obstétricos: control prenatal, paridad, complicaciones obstétricas no presentaron relación estadística significativa con la edad gestacional del recién nacido.
- Los factores sociales: hábitos de fumar presentó relación estadística significativa con el peso del recién nacido; en cambio la edad materna, estado civil, residencia, grado de instrucción no presentaron relación estadística significativa con el peso del recién nacido.
- Los factores nutricionales: índice de masa corporal, ganancia de peso, anemia de la gestante no presentaron relación estadística significativa con el peso del recién nacido.
- Los factores obstétricos: control prenatal, paridad, complicaciones obstétricas no presentaron relación estadística significativa con el peso del recién nacido.

Palabras Claves: Edad gestacional, Peso del recién nacido, Adolescentes.

ABSTRACT

The present research work of descriptive type, correlational of transverse court, has for general objective to know the age gestacional and weight of the newborn baby related to social factors, nutritional and obstetricians in adolescent mothers. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.

The population was conformed for the newborn babies N=91 of adolescent mothers. 2 instruments were utilized for the collection of data: a questionnaire on the social factors, nutritional and obstetricians in adolescents; and of the newborn baby: age gestacional and weight. The processing and analysis of data executed in the specializing Software of Statistics and Epidemiology (EPIINFO), in 2 levels: descriptive and analytical; coming to the following conclusions:

- 95.6% were term newborns, 3.3% are pre-term newborns and 1.1% are post-term newborns.
- 90.1% of newborns have a healthy weight, 5.5% with overweight, 3.3% with low weight and 1.1% with very low weight.
- Social factors: smoking significant statistical association with age of the newborn; whereas maternal age, marital status, residence, education level showed no statistically significant relationship with the age of the newborn.
- Nutritional factors: body mass index, weight gain, anemia of pregnant women showed no statistically significant relationship with the age of the newborn.
- Obstetric factors: prenatal control, parity, obstetric complications were not associated significant with age statesman of the newborn.

- Social factors: smoking significant statistical association with the weight of the newborn; whereas maternal age, marital status, residence, education level showed no statistically significant relationship with the weight of the newborn.
- Nutritional factors: body mass index, weight gain, anemia of pregnant women showed no statistically significant relationship with the weight of the newborn.
- Obstetric factors: prenatal control, parity, obstetric complications were not associated significant with weight statesman of the newborn.

Key words: Age gestacional, Weight of the newborn baby's, Adolescent.

I. INTRODUCCIÓN

El nacimiento constituye un proceso trascendente, emotivo, dramático y sobrecogedor en la vida del nuevo ser y da el inicio de la vida extrauterina. Al nacer el organismo debe experimentar una serie de cambios anatómicos, fisiológicos, metabólicos y bioquímicos, además de la capacidad que tenga para adaptarse al medio ambiente. Teniendo en cuenta la calidad del órgano reproductor de la madre y su organismo en general, así como las condiciones del producto, sin dejar de considerar los múltiples factores sociales, nutricionales, obstétricos, ambientales, que son indispensables para que esta etapa de la vida culmine con éxito, y sin perjuicio para la vida y futuro tanto del hijo como de la madre (1) (2) (3).

El embarazo en la adolescencia es uno de los dilemas médicos más importantes derivados de la conducta sexual de los jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, el uso inadecuado de los anticonceptivos; lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas. El informe, elaborado por la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), señaló que un 7.3% de los embarazos en América Latina se producen en adolescentes de entre 15 y 19 años. Según sus estimaciones, cada año dan a luz unas 16 millones de adolescentes de esas edades lo que supone aproximadamente un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo (4).

La adolescencia es el periodo que separa a la niñez de la etapa adulta. Es la etapa en la cual la persona debe adaptarse y ajustar sus comportamientos de la niñez a las normas aceptables desde el punto de vista social. En este proceso son importantes las tareas de desarrollo de la personalidad, alcanzar la independencia personal y adquirir mayores destrezas cognitivas. En esta etapa se producen cambios biológicos rápidos (5).

Según la teoría de Erikson del desarrollo social, la adolescencia es un periodo decisivo para la formación de la identidad. Según Piaget, la adolescencia es un periodo singular dentro de la vida, que se distingue de la niñez porque la capacidad cognoscitiva de la persona se expande (5).

El embarazo en cualquier subetapa de la adolescencia dificulta la resolución del desarrollo normal durante ese periodo. Las preocupaciones con respecto al cambio de imagen corporal, el aumento de la dependencia con respecto a los miembros de la familia para obtener apoyo emocional y financiero y los cambios normales de tipo fisiológico y psicológico del embarazo crean tensión interna y con frecuencia la adolescente no está preparada para ello (5).

Cuando la paciente embarazada es adolescente, tiene requerimientos nutricionales que deben considerarse en forma individual. Se demostró que las adolescentes tienen peores resultados en el embarazo que las mujeres embarazadas de más edad. En ocasiones esto se atribuye a una competencia por los nutrientes entre la adolescente que aún tiene requerimientos para su crecimiento personal y las

necesidades del feto, sin embargo, la información actual indica que, con excepción de las que tienen edad ginecológica menor, las necesidades alimenticias de las adolescentes no difieren mucho de las de otras mujeres embarazadas. No obstante, la adolescente embarazada tiene mayores riesgos nutricionales por diversos motivos; es más probable que inicie el embarazo con mala nutrición, falta de peso, deficiencias de hierro y cantidades deficientes de calcio y otros nutrientes importantes (5).

Los factores que causan nutrición deficiente en las adolescentes embarazadas incluyen el deseo de ser esbeltas, las costumbres de su grupo de compañeros y la resistencia a recibir consejos de los adultos. Es probable que las adolescentes embarazadas concedan poca atención a la nutrición y se preocupen más por sus necesidades sociales y emocionales, como el embarazo durante la adolescencia es común entre las clases socioeconómicas pobres, el riesgo de que su condición nutricional sea mala aumenta más (5).

La adolescencia es un periodo de maduración física, cognitiva, social y emocional que presenta desafíos especiales de adaptación con el ímpetu de sus cambios internos y las presiones de la sociedad (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como el “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva”, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez entre los 10 y 19 años. Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero desde el

punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años (7).

Según la OMS la adolescencia se puede dividir en tres etapas:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años); biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía en la mujer. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (7).

Adolescencia Intermedia (14 a 16 años); es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (7).

Adolescencia Tardía (17 a 19 años); casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (7).

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico (8).

Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo. Para muchas adolescentes que viven en situación de pobreza un/a hijo(a) representa no sólo un objeto de afecto, sino que es también un pasaje a la adultez y a una posición social de mayor respeto que responde al mandato social de la maternidad como destino de la mujer. Su ocurrencia a edad temprana y fuera del marco de una pareja estable es más tolerada social y familiarmente en los estratos de menores recursos (9).

Anualmente en el mundo, 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un número no determinado de niñas menores de 15 años son madres. La gran mayoría (95%) de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo. En América Latina y el

Caribe 18% de todos los nacimientos corresponde a madres adolescentes de 15 a 19 años (10).

Las estadísticas de fecundidad se suelen calcular para la población de 15 a 49 años, período considerado como edad fértil. Esto se debe a que la edad fértil se inicia a partir de la menarquía, evento que ocurre generalmente entre los 12 y 14 años. Otro factor que afecta la estimación de la fertilidad en este período, es la alta proporción de ciclos anovulatorios entre los 12 y 14 años que alcanza entre 55% y 82%. De manera tal que es difícil estimar la fertilidad de la población del grupo etáreo 10 a 14 años. Por lo tanto, tomar el total de población femenina correspondiente al intervalo de 10 a 14 años como denominador para el cálculo de la fecundidad en ese grupo, reviste imprecisiones. Por ello, la expresión de fecundidad en menores de 15 se denomina "razón", pues se incluye en el denominador un universo poblacional donde no todas las mujeres han ingresado a la edad fértil (11).

Según, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1992, la posibilidad de pobreza es siete veces mayor para las adolescentes que tienen un hijo que para aquellas que no se embarazaron (12).

El Ministerio de Salud (MINSa), indica que a nivel mundial los adolescentes representan el 20% de la población total encontrándose el 85% en países de vía de desarrollo como el nuestro, y en el Perú los adolescentes representan un poco más de la quinta parte de la población total (20.72%), superando el % de la población

infantil. El 51.93% de la población adolescente tienen edades comprendidas entre los 10 a 14 años (13).

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2007, indica que del total de la población adolescente a nivel nacional, el 27% reside en Lima y de ello el 88.7% vive en la Capital debido a que brinda mayores oportunidades de superación profesional a los adolescentes y jóvenes. En cuanto a la distribución de la población total de adolescentes a nivel nacional según departamento, se registrar un mayor porcentaje en Lima (26,9%), Piura (6,46%), La Libertad (6,02%), Cajamarca (5,65%), Puno (4%), Junín (4, 81%), Cusco (4,62%), Lambayeque (4,18%), Ancash (4%), Arequipa (3, 89%), Loreto (3,74%), Ayacucho (2, 45 %), Apurímac (1,73%) con menores porcentajes: Tacna (0,97%), Tumbes (0,69%), Moquegua (0,49%) y Madre de Dios (0,38%). Del total de los adolescentes nivel nacional, el 20% no asiste a ninguna institución educativa y los principales motivos por los que dejan de asistir a ellas son: los problemas económicos (38,3%), por tener que trabajar (17%), por embarazo adolescente (13%), porque no les gusta estudiar (10,1%), por la expulsión de la institución educativa (8,9%) y por que sintieron que no aprendían nada (6,4%) (13).

El nivel educativo de los adolescentes, según el área geográfica muestra que el área urbana el 56,3% cumple la secundaria, mientras que en el área rural el 57,6% sólo culmina la primaria. Señala también que la quinta parte de los adolescentes a nivel nacional no acceden a las instituciones educativas y uno de los motivos para

ello son los problemas económicos, especialmente en el sexo femenino, seguido del embarazo adolescente en 25,3% (14).

En el Censo 2007 el INEI registró un total de 2 millones 203 mil 348 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de los cuales 160 mil 258 son madres. Del total de madres adolescentes, el 2,8% tienen edades entre 12 a 14 años y el 97,2% restante entre 15 a 19 años. Los departamentos con mayor porcentaje de madres precoces de 12 a 14 años son: Ucayali (1.2%), Madre de Dios (1.1%); Loreto San Martín (0.9%) cada uno. Los resultados demuestran que son los departamentos de la Selva lo que albergan el mayor porcentaje de madres adolescentes. Por lo tanto, los departamentos que destacan por tener bajo porcentaje de madres adolescentes entre 15 a 19 años son: Arequipa (7.2%), Lima y Tacna (8.4%) cada uno, Puno (8.6%), Provincia Constitucional del Callao (9.7%) y Lambayeque (9,9%), mayormente ubicados en la Costa peruana (15).

Según el INEI 2007, en el departamento de Ancash, se registró un total de 86 mil 597 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de las cuales 5 mil 604 son madres. Del total de madres adolescentes, el 2.2% tienen edades entre 12 a 14 años y el 97.8% restante entre 15 a 19 años. En Ancash las provincias con mayor porcentaje de madres precoces de 12 a 14 años son: Aija (0.8%), Huarmey, Bolognesi, Yungay y Huari (0.5% cada uno), y Santa y Pallasca (0.4% cada uno). En cuanto al porcentaje de madres adolescentes de 15 a 19 años, las provincias que presentan los mayores porcentajes, son: Pallasca (16.4%), Aija (14.1%), Casma (14.6%) y Carlos Fermín Fitzcarrald (14.1%). Los resultados muestran que en el

departamento las provincias de la Costa y Sierra muestran un porcentaje de madres adolescentes entre 12 y 19 años un comportamiento parecido (16).

El INEI ha publicado los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009; indica que el 13,7% de las mujeres de 15 años a 19 años de edad ya son madres. Se muestra el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 1,4 % entre las de 15 años hasta el 26,6 % en las de 19 años. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación (47,9%), entre aquellas que residen en la selva (27,2%), y en el área rural (22,2%). En menores porcentajes se aprecian en Lima metropolitana (8,1 %), entre aquellas mujeres con educación superior y en las del quintil de riqueza superior (6,4 y 4,4% respectivamente) (17).

Según la ENDES 2010, en el Perú, el 13.40% de mujeres menores de 19 años son madres o están embarazadas y durante los últimos 25 años, la situación no ha variado (18).

El embarazo durante la adolescencia afecta en varias dimensiones:

En lo social: Las adolescentes que son madres tienen menores oportunidades educativas. De acuerdo al Censo Nacional de 2007, solo el 13.1% de las madres adolescentes asiste al colegio, comparado con el 80.4% que no son madres. El 58.3% de las adolescentes que son madres tiene algún año de la secundaria y el

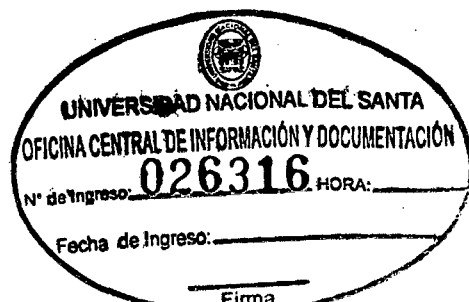
31.2% cuenta con educación primaria. Vemos que las adolescentes sin embarazos tienen en total 5.5% más educación secundaria completa que aquellas que sí han tenido embarazos. La probabilidad de las adolescentes que son madres de ingresar al mundo laboral de manera más temprana es el doble (22%) frente a aquellas que no son madres (12%), y las principales actividades que realizan son el servicio doméstico (34.2%) y el trabajo artesanal como la agricultura, la pesca o la minería. El 19.1% de estas adolescentes desempeñan trabajo familiar no remunerado, lo que afecta seriamente su autonomía y posibilidades de desarrollo (18).

En la salud física y mental: El embarazo en edades tempranas, especialmente en menores de 15 años, está asociado a graves complicaciones de salud. Datos recogidos por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) señalan que estas adolescentes tienen hasta el triple de posibilidades de muerte por causas maternas en comparación con las mujeres adultas. Lo mismo ocurre con la muerte fetal tardía y con la mortalidad infantil. Asimismo, los recién nacidos de madres adolescentes nacen con menor peso y con mayor riesgo de prematuridad que los recién nacidos de mujeres adultas. Durante el embarazo, el daño más frecuente es la anemia, y suelen aparecer otras complicaciones como infecciones urinarias o hipertensión del embarazo, problemas que se agravan debido a la falta de control prenatal y al escaso soporte familiar. Los embarazos, especialmente en las menores de 15 años, son, en su mayoría, embarazos no deseados, lo que conlleva muchas veces a la depresión, al aislamiento y, con frecuencia, al suicidio. Las necesidades de cesárea también se ven incrementadas y muchas de las complicaciones pueden acompañarlas por el

resto de sus vidas. Un problema adicional, pero poco valorado, es el segundo embarazo, debido a que las adolescentes, incluso aquellas que son madres, hacen poco uso de métodos anticonceptivos, ahondando mucho más su situación de vulnerabilidad (18).

Según la ENDES 2011, el 12.5% de las adolescentes peruanas, entre 15 y 19 años de edad, estuvo embarazada alguna vez, y el 25.3% de ellas reside en la región selva y es pobre. El estudio da cuenta que, del total de menores en el rango de edad citado, el 9.9% son madres y el 2.6% está gestando por primera vez. Según la ENDES, el 33.9% de adolescentes que son madres o están embarazadas solo cuentan con educación primaria, y el 22.4% son pobres. A su vez, el 19.7% pertenece al área rural. También señala que los departamentos de la región selva son los que presentan mayores porcentajes de embarazo adolescente, como Loreto (30%), Madre de Dios (27.9%), Ucayali (24.9%), Amazonas (21.4%), y San Martín (21.2%). Además, según la Encuesta Global de Salud Escolar: Resultados Perú 2010, cada vez es más precoz el inicio de la vida sexual en los adolescentes peruanos. De ese estudio se desprende que el 47% de esa población declara haber iniciado relaciones sexuales antes de los 14 años (19).

Según la Organización internacional Save The Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones) (20).



La edad gestacional, es el tiempo transcurrido desde el primer día del último periodo menstrual, tiempo en que en realidad precede a la concepción; esta fecha de partida, que suele ser de 2 semanas antes de la ovulación y de la fertilización, y 3 semanas antes de la implantación del blastocito, se usa tradicionalmente por que la mayoría de las mujeres sabe cuando fue su último periodo pero no cuando fue la última ovulación (21).

Es preciso utilizar la edad gestacional para asignar las categorías de pre término, a término y pos termino (5) (22).

El MINSA, la OPS y el Proyecto 2000 han elaborado en 1998 Módulos de Capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales, definiendo nacimiento a término al recién nacido con edad gestacional de 37 a 42 semanas; nacimiento pre término al recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas, y pos término al recién nacido con edad gestacional mayor de 42 semanas (23).

En el siglo pasado cuando surge inicialmente la expresión nacimiento prematuro, los niños nacidos antes del término en general se denominaban *“enclenques”* o *“bebés congénitamente debilitados”*. De hecho antes de 1872 los niños no eran pesados en el momento del nacimiento, fueran a término o pre término. En 1990 Ranson escribió que en los Estados Unidos de los miles de pre término que nacen muchos son tranquilamente dejados de lado con o nada de esfuerzo para rescatarlos (5) (22) (24).

A medida que progresaba el siglo XX se fue produciendo una toma de conciencia cada vez mayor en cuanto que a los niños pre término requerían cuidados especiales. La prematurez se tornó más visible cada año a nivel internacional como la causa más frecuente de mortalidad durante la infancia, cuando pudo disponerse de estadísticas mediante la revisión de certificados de nacimiento en los que se especificaba la edad gestacional y el peso al nacer. Al comienzo de los años 60 la atención sanitaria se centró en la asistencia perinatal en un intento de reducir el número de muertes neonatales, como resultado de estas descendieron desde 20 x 100 nacidos vivos en 1950 a 6,2 x 100 en 1989 (5) (22) (24).

En 1967 OMS, determinó que la denominación del pre término se debe aplicar a los nacidos antes de las 37 semanas de gestación (hasta los 258 días). Se anulaba de esta manera la antigua clasificación determinada, aproximadamente 2 décadas antes, se denominaba prematuro a los nacidos con peso inferior a 2500 gr., que ocasionó problemas desde el punto de vista asistencial, nutricional, de pronóstico incluso legal (25).

La World Health Organization (WHO), recomienda actualmente usar la palabra "*pre término*"; define como recién nacido pre término al nacimiento que ocurre antes de haber alcanzado su término, es decir la interrupción de la gestación antes de alcanzar las 37 semanas o 259 días de amenorrea a partir de la fecha del último período menstrual (26).

✓ Los nacimientos después de término (posmaduridad) son aquellos en los que el embarazo dura más de 42 semanas. En general, se desconoce la razón por la que un feto permanece en el útero durante un período superior a lo normal (entre 38 y 42 semanas). La placenta empieza a encogerse y su función disminuye a medida que el embarazo se acerca a su final (más de 41 semanas), lo cual se acentúa en el curso de las semanas posteriores al término de este plazo. El feto puede tener que usar sus propias reservas de grasa e hidratos de carbono para obtener energía, puesto que la placenta es cada vez menos capaz de proporcionarle los nutrientes necesarios, en consecuencia, el índice de crecimiento disminuye. Si la placenta no puede proporcionar suficiente oxígeno durante el parto, puede producirse sufrimiento fetal, que expone al feto a un riesgo de lesión cerebral y de otros órganos. Esta lesión es probablemente el mayor riesgo para un bebé pos término y para prevenir tales problemas muchos médicos inducen el parto si el embarazo excede las 42 semanas. Existen varios problemas a tener bajas concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre después del parto, por que las reservas de energía se reducen en el momento del nacimiento y pueden ser incluso más bajas si el suministro de oxígeno durante el parto ha sido escaso. Estos bebés también son más propensos a desarrollar el síndrome de aspiración meconial (27).

✓ Sin embargo el recién nacido pre término por la madurez anatómica y funcional de sus aparatos y sistemas, es más vulnerable en los primeros días de vida por esta razón, el período neonatal precoz representa "el periodo crítico", dentro del cual se presenta la mayor morbilidad, constituyendo un problema neonatal y de salud pública tanto en países desarrollados como en subdesarrollados (28) (29).

✓ El niño pre término presenta mayor riesgo de enfermar o morir debido a su inmadurez fisiológica ya que ésta tiende a incrementar la gravedad y susceptibilidad de las enfermedades neonatales por el mayor déficit de la termorregulación, inmadurez del sistema respiratorio e inmunológico, trastornos metabólicos, sanguíneos y los reflejos disminuidos, entre otros (30) (31) (32).

Los factores más determinantes en la supervivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. El peso al nacer es la medida somatométrica del recién nacido; referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de peso extremadamente bajo (< 1.000 gr.), recién nacido de muy bajo peso (< 1500 gr.), recién nacido de bajo peso (< 2500 gr.), recién nacido de peso normal (> 2.500 gr. < 4.000 gr.), recién nacido de alto peso o macrosómico (> 4.000 gr.) (33).

En el recién nacido si se relaciona el peso y la edad gestacional se clasifican en: Adecuados para la edad gestacional (AEG); cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI). Pequeños para la edad gestacional (PEG); cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI. Grandes para la edad gestacional (GEG); cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI. Independientemente si la edad gestacional es a término, pre término o post término (34).

Los recién nacidos PEG son la mayoría de las veces el resultado de una placenta insuficiente y están sometidos a una hipoxia crónica, presentan con

frecuencia poliglobulia (aumento del volumen total de hematíes) e hipoglicemia. Durante el trabajo de parto son más susceptibles a sufrir hipoxia y nacer deprimidos. En algunos casos su peso insuficiente se debe a infecciones intrauterinas virales y a problemas genéticos. Los recién nacidos GEG, con frecuencia tienen el antecedente de diabetes materna. Pueden presentar también hipoglicemia y poliglobulia. Por su tamaño pueden tener problemas en el parto y sufrir traumatismo y asfixia (34).

El recién nacido de bajo peso, extremadamente bajo peso al nacer, la contribución de éste hecho a la morbilidad y mortalidad es alta, debido a las características fisiológicas y anatómicas de éstos, entre ellas, la deficiente termorregulación, la dificultad en su nutrición, las necesidades especiales de líquidos y electrolitos, el deficiente control metabólico, la falta de madurez orgánica (especialmente pulmonar) y la mayor susceptibilidad a las infecciones. Sin embargo, las alternativas actuales de tratamiento, como el uso prenatal de corticoides o el uso de surfactante pulmonar exógeno, contribuyen a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de éstos (35).

En recién nacidos de alto peso o macrosómicos, la tasa de morbilidad y mortalidad son mayores que en recién nacidos más pequeños. Los macrosómicos tienen riesgo de muerte intrauterina, cardiomiopatía hipertrófica, trombosis vascular, hipoglucemia neonatal y traumatismo durante el parto. Puede provocar diversas anomalías durante el trabajo de parto o fuera de él, como son: prolongación de la fase activa del trabajo de parto, fase de desaceleración prolongada y descenso lento de la presentación fetal. El producto grande puede causar distocia en el estrecho

superior, con desproporción céfalo pélvica y en el estrecho inferior con distocia de hombros. Además; es un factor predisponente de hemorragia del alumbramiento y del posparto inmediato, y se considera factor predisponente de obesidad en la niñez y adolescencia (36).

En el ámbito **INTERNACIONAL**:

En WASHINGTON; Krasovec, K. y Anderson, M. (1991), en su publicación científica titulado "Nutrición materna y resultados del embarazo" de la OPS; refiere estudios como los de Ebbs, Tisdall y Scott; de Balfour y de Cameron y Graham; que apoyan la afirmación de que una dieta pobre durante la gestación induce mayor incidencia de abortos, natimuecos, prematuros y muertes neonatales. También se afirma que el monitoreo de peso ha sido una de las formas más comunes de evaluar el estado nutricional de la mujer durante la gestación (37).

En CUBA; Cruz, Y. (1993). En su investigación titulado "Estudio de algunos factores maternos asociados con el bajo peso"; concluye que la baja talla materna influyó notablemente en el caso de recién nacidos con bajo peso, así como la malnutrición y la ganancia de peso durante la gestación (38).

En CUBA; Aguilar, J. (1995). En su investigación titulado "Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer, Municipios Boyeros, 1994 – 1995"; donde se llegó a la conclusión que constituyen factores de riesgo del bajo peso al nacer en orden decreciente de importancia: las alteraciones cervicales, la anemia del tercer

trimestre, la sepsis vaginal, la sepsis urinaria, la desnutrición en la captación, ser madre fumadora, la poca ganancia de peso durante la gestación, tener menos de 20 años en la captación y la hipertensión arterial o toxemia (39).

En COLOMBIA; Monterrosa, A. (1995). En su estudio comparativo de embarazos en adolescentes y adultas, en población de 57 adolescentes de 13 y 14 años de edad, encontró que 6 (10.6%) tuvieron partos pre términos, y una población control de 180 nulíparas mayores de 20 años de edad, 13 (7.2%) tuvieron parto pre término. Si bien la diferencia no es estadísticamente significativa, fue más frecuente el parto pre término en adolescentes que en adultas. El estrés también es considerado factor desencadenante de trabajo de parto pre término. La adolescente puede estar agobiada por la incertidumbre, o con temores sobre su integridad al momento del parto. La inmadurez biológica y una deficiente adaptación uterina, como factores responsables (40).

En ARGENTINA; Bortman, M. (1995). En su estudio titulado "Factores de riesgo de bajo peso al nacer", se analizó la distribución del peso y la frecuencia de los posibles factores de riesgo del bajo peso al nacer. Los resultados indicaron que la razón de posibilidades (RP) más elevada correspondió a la falta de atención prenatal. La RP asociadas con una atención prenatal inadecuada, una primera consulta prenatal tardía, preeclampsia o eclampsia, hemorragia o anomalías de la placenta. El riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer (BPN) también fue más alto en las mujeres mayores de 40 años, las menores de 20 años, las solteras, las fumadoras,

aquellas cuyo intervalo intergenésico fue menor de 18 meses y las que tenían un índice de masa corporal (IMC) menor de 20 (41).

En CUBA; Duanis, N. (1996). En su trabajo de investigación titulado “Factores que inciden en el bajo peso al nacer”, llegó a la conclusión que los principales factores de riesgo que conllevaron al nacimiento de bajo peso en el área, fue la anemia durante la gestación, la evaluación nutricional de las gestantes, seguido del periodo intergenésico inadecuado y una ganancia de peso insuficiente durante la gestación (42).

En COLOMBIA, Monterrosa, A. y Bello, J. (1996). En su estudio de atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años encontraron que los hijos de estas madres en adolescencia temprana, tuvieron menor peso al nacer que hijos de madres adultas que sirvieron como control y dicha diferencia es estadísticamente significativa (43).

En CUBA; Martínez, M. (1997). En su estudio titulado “Ganancia de peso materno: relación con el peso del recién nacido” con el objetivo de establecer diferencias de la influencia del peso de la madre sobre el feto, concluyó que en la medida que la gestante tenga un incremento de peso de 8Kg. o más, independientemente de su grado de desnutrición al inicio de la gestación, se obtienen mejores resultados en el peso del recién nacido (44).

EN BRASIL; Santos, J. y Col. (1998), en su estudio titulado "Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahía"; el cual incluyó 1 023 nacidos vivos y fueron estudiados factores de riesgo tales como el intervalo intergenésico de 12 meses o menos, antecedentes de bajo peso, edad de la madre menos de 21 años o más de 35 años, tabaquismo, hipertensión durante la gestación, madre de estatura baja (menor o igual a 150 cm.) y más de 3 embarazos previos. Se concluyó que existía relación estadísticamente significativa según análisis de regresión logística; entre el bajo peso al nacer y los factores de riesgo mencionados (45).

En CUBA; Chaviano, J. (1998). En su investigación titulado "Edad materna, riesgo nutricional pre-concepcional y peso al nacer"; se encontró que la edad materna menor a 20 años, el bajo peso de la madre y la anemia al inicio de la gestación, están asociados con un resultado desfavorable en el peso del recién nacido (46).

En COLOMBIA; Jordán, M. (1998). En su investigación titulado "Estado nutricional de la embarazada y su relación con el peso al nacer", esperando que los resultados sean de utilidad para orientar programas de intervención nutricional. Se encontró que la mayoría de las mujeres estudiadas miden igual e inferior a 1.50 cm, pertenecen a nivel socioeconómico bajo, la ganancia de peso fue inferior a 11 kg y las mujeres con estado nutricional en riesgo ganan menos peso y tienen niños con peso inferior a 3 kg (47).

En MEXICO; Ibarra, J. y Colab. (2000). En su investigación comparativa en el Hospital Regional de Rio Blanco, sobre Mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacimiento en el embarazo de adolescentes y adultas, en una población de 1,101 mujeres y sus recién nacidos entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 1999; se encontró que el 29% de los nacimientos se obtuvo de mujeres adolescentes. No se observó diferencia estadística en la prevalencia de prematuridad y de bajo peso al nacimiento. La tasa de mortalidad en la prevalencia fetal fue de 32.3 defunciones por 1,000 nacimientos en los embarazos de adolescentes contra 27.8 en los de mujeres adultas y la tasa de mortalidad neonatal fue de 32.3 defunciones por 1,000 nacidos vivos en las primeras, contra 18.1 en las segundas (48).

En NICARAGUA; Miranda, W. (2001). En su estudio sobre factores de riesgo maternos y perinatales en la adolescencia temprana que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón en el periodo de Enero a Diciembre del 2000. Los resultados fueron los siguientes: Existe cierto nivel de educación que es 4.75 veces más frecuente en la adolescencia precoz que en las mujeres adultas. La falta de control prenatal es 1.73 veces más frecuentes en las adolescentes. El parto prematuro fue un factor de riesgo que está 3,21 veces más frecuente en la adolescencia precoz. En cuanto a los factores de riesgo en la embarazada adolescente precoz: La vía de nacimiento que predominó en los casos (adolescentes) fue la cesárea con un OR 3,46. El parto distócico se aumenta 3,43 veces más en la adolescencia precoz. La hemorragia puerperal presenta 3.68 (OR) veces más frecuente en la adolescencia precoz. La infección puerperal es 4.47 veces mayor en la adolescencia precoz que en las mujeres adultas. La asfixia perinatal se

incrementa en las adolescentes embarazadas 3.19 veces. El retardo de crecimiento intrauterino esta incrementado en 3.53 veces en los casos de adolescencia precoz. El trauma obstétrico tiene 7.3 veces más riesgo de presentarse en la adolescencia precoz. La posibilidad de que el RN hijo de adolescentes precoz fallezca esta aumentado 9.5 veces. La posibilidad de muerte fetal tardía esta aumentada 3.56 veces en las adolescencia precoz (49).

✓ **En MEXICO; Calderón, J. y Colab. (2002).** En su estudio sobre Factores de Riesgo Materno asociados al Parto Pre término en el Hospital Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro, se realizó un estudio de casos y controles, del 1 de Setiembre del 2001 al 30 de Junio del 2002. Encontrándose 138 mujeres que culminaron su embarazo antes de la semana 37. En el periodo de estudio se atendieron 8919 eventos obstétricos, de los cuales 600 (6.73%) fueron pre término. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia - eclampsia. Los factores asociados al parto pre término con diferencia significativa ($p=0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia (50).

En CUBA; Hernández, J. y Colab. (2002). En su estudio prospectivo y descriptivo del embarazo en las adolescentes (hasta 19 años) en los hospitales docente Gineco obstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" durante el año 2001 y el territorial de Colón "Mario Muñoz Monroy", en los años 1999 - 2001, el universo estuvo constituido por 3000 nacimientos para el hospital de Matanzas con un total de

362 adolescentes para 12,06% y de 7195 nacimientos para el hospital de Colón con 895 adolescentes para 12,4%. Se discutieron los resultados y se observó que aunque con incidencias muy parecidas en el hospital de Colón fue considerable el incremento de las cesáreas, el parto pre término con el consiguiente aumento del indicador de bajo peso, así como un elevado índice de asfixia con influencia de este grupo en la mortalidad fetal tardía a diferencia de los resultados del hospital de Matanzas (51).

En ESTADOS UNIDOS; Acevedo (2002). En su trabajo de investigación titulado “Tamaño del recién nacido según la variación del peso de la madre en el embarazo”; tuvo el objetivo de identificar los efectos del cambio en el peso de la madre trimestre por trimestre sobre el tamaño del recién nacido. Los resultados mostraron de acuerdo a múltiples análisis de regresión, que la ganancia de peso de la madre durante el primer y segundo trimestre predecían el peso del recién nacido; sin embargo, el aumento de peso en el tercer trimestre no influía (52).

En CUBA; Castañeda, C. y Colab. (2009). En su estudio descriptivo, retrospectivo y de corte trasversal sobre el Embarazo en la adolescencia y su relación con el bajo peso al nacer. El universo está constituido por las embarazadas que parieron en el área del policlínico Mártires del Corynthia en los años comprendidos entre el 2001 y el 2007. El mismo estuvo representado por 1585 embarazadas con una muestra de 96 adolescentes embarazadas de las cuales 14 tuvieron hijos bajo peso; se encontró que un 64,2 % fue de parto pre término. Este aspecto conjuntamente con la inmadurez psicológica de la adolescente, su rechazo

en la inmensa mayoría de los casos al embarazo y el cambio brusco en su vida, lleva también a otras complicaciones que afectan al recién nacido como es el RCIU (Retardo de Crecimiento Intrauterino) que reportó un 21,4% de los bajo peso (53).

En el ámbito **NACIONAL**:

En PERÚ; Shimabuku, R. y OLIVERO, M. (1996). En su investigación titulado “Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Perú” con el objetivo de conocer la frecuencia de bajo peso al nacer en el Perú”, los factores asociados y la fuerza de asociación entre los mismos; encontró como resultado que la incidencia nacional del recién nacido de bajo peso (RNBP) fue del 9,97% con 7,0% en la costa; 11,3% en la sierra y el 12,4% en la selva. Mediante el análisis de regresión logística multifaccional de razón de posibilidades más importantes fueron: altitud mayor a 2000m, sin educación o solo educación primaria, sin control prenatal y sin unión conyugal. Pero además cabe resaltar que entre los resultados se obtuvo que las mujeres con talla menos de 1.45 cm tuvieron el 11,8% de RNBP y las de peso menos de 50Kg, tuvieron el 12,0%. Esto es más obvio en el área rural donde las mujeres pequeñas tienen casi el doble de RNBP que el promedio nacional (17,12% versus 9,97%). Similarmente, en el área rural, la incidencia de madres que pesan menos de 50Kg es del 17,67% y el 9,24% en el área urbana (54).

✓ **En TRUJILLO, De la Cruz, I. y; FLORES, M. (1996);** estudiaron “Algunos Factores Maternos y su Influencia en la Edad Gestacional del Recién Nacido Pre Término Hospital Regional Docente de Trujillo”, donde encontraron que la incidencia

de recién nacidos pre término fue de 4,61 %. Las variables maternas que tuvieron relación estadística significativa en la influencia de edad gestacional del recién nacido pre término fueron: complicaciones y antecedentes Gineco obstétricos, según el tipo de antecedentes obstétricos más frecuentes que presentaron estas madres fue el antecedente de aborto, seguido de hijos pre término previos y con menos frecuencia natimueertos y recién nacidos pequeños para su edad gestacional. Las variables maternas que no tienen relación estadística significativa en la incidencia de prematuridad son: edad, paridad y control prenatal (55).

En LIMA; Jara, F. (1999). En su trabajo de investigación titulado: "Efecto redactor del peso materno preconcepcional, talla materna y de ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido para la edad gestacional en el hospital local de Huaycan 1997 – 1999", obtuvo los siguientes resultados, el 62,8% de recién nacidos pequeños para su edad gestacional (RN PEG) fueron hijos de madres cuya ganancia de peso fue menor al percentil 25, y 37% fueron de madres con ganancia de peso mayor e igual al percentil 25, además que de 936 recién nacidos no pequeños para la edad gestacional, el 26,9% fueron hijos de madres con peso preconcepcional menor de 50 kg; y el 73,1% fueron hijos de madres con peso mayor de 50 Kg (56).

En CALLAO; Yu - Tang, J. (2000). En su estudio de embarazo en adolescentes, del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, encontró que el 18,6% de las gestantes atendidas en el periodo de estudio fueron adolescentes; el 21% fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tempranas ($p < 0,05$). Los recién

nacidos de bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tempranas ($p < 0,05$). El grupo de adolescentes tardías es superior al de adolescentes tempranas (92,3% y 7,7% respectivamente), sin embargo este último grupo es superior al hallado en otros estudios. En relación con la paridad, el 87,7% fueron nulípara, de los cuales 97,6% corresponden a adolescentes tempranas y 86,9% a tardía. En relación con el peso del producto, las adolescentes tempranas tuvieron un 12,4% de recién nacidos con menos de 2500gr, mientras las adolescentes tardías tuvieron un 8,1%, hallándose un OR de 1,62 y $p < 0,05$. Las complicaciones perinatales en recién nacidos de adolescentes tempranas representan 20,6% y en adolescentes tardías 14,3%, diferencia que es significativa ($p = 0,0187294$). Las gestantes adolescentes tempranas tienen una mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pre término, tener recién nacidos de bajo peso, depresión respiratoria y complicaciones perinatales en comparación con las tardías; lo que confirma que la edad materna constituye un factor de riesgo para ello (57).

En LIMA; Osorio, M. (2000). En su estudio de investigación titulado "Factores asociados al bajo peso al nacer en gestantes a término del Hospital Cayetano Heredia, durante Enero 1998 y Setiembre 2000". En tal estudio se determinó que los factores sociodemográficos asociados al recién nacido con bajo peso son la edad materna menor de 19 años, bajo grado de instrucción y unión marital inestable. Además encontró que las variables maternas generales asociados al mismo problema fueron el peso, talla e IMC materno (58).

En CHICLAYO; Urcía, R. (2000). En su tesis titulado “Relación estado nutricional de la gestante con el peso y talla del recién nacido. Junio – Julio 2000”; el cual concluye que el 4% de los recién nacidos presentan un peso menor de 2 500 gr y el 38% tienen de 2 500 a 2 999 gr. Además resaltó el resultado que tanto el peso como la talla del recién nacido tuvieron un coeficiente de correlación altamente significativo con el estado nutricional final, peso pregestacional, estado nutricional pregestacional, ganancia de peso en la gestación, edad de la gestante, grado de anemia de la madre y número de controles prenatales (59).

En BARRANCA; Velásquez, C. (2002). En su investigación “Peso materno como factor de riesgo del bajo peso al nacer en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de Barranca Cajatambo. Enero – Diciembre 2002”, con el objetivo de determinar el comportamiento del bajo peso al nacer (BPN) en el peso materno previo y durante la gestación. Las variables principales fueron el peso materno y el peso al nacer. Otras variables fueron la edad materna, edad gestacional y la talla materna. Se concluyó que el bajo peso materno preconcepcional y la baja ganancia de peso materno, se comportan como factores de riesgo del bajo peso al nacer. La ganancia de peso en las madres con un peso pregestacional bajo no fue determinante en el peso del recién nacido y en cambio, en las madres con peso pregestacional adecuado, la ganancia de peso si resultó determinante en el peso del recién nacido. La incidencia del bajo peso al nacer fue de 6.3% (60).

En LIMA, Urbina C. y; Pacheco J. (2006), en su artículo “Embarazo en Adolescentes”, se determinó que entre Enero 2000 y Diciembre 2004 hubo un total

36 148 de nacimientos; de ellos, 455 nacimientos lo fueron de 443 gestantes adolescentes, lo que correspondió a 1,23% del total de nacimientos; 432 fueron recién nacidos (RN) simples (97,5%), 10 RN dobles (2,2%) y uno triple (0,2%); 223 fueron del sexo masculino (49%) y 232 (51%) del sexo femenino. La edad promedio fue 18,3 años, con una desviación estándar de 0,97 y variación entre 13 y 19 años. Dos adolescentes fueron de 13 y 14 años (0,5%), 21 de 15 a 16 años (4,7%) y la mayoría tuvo 17 años o más (420, 94,8%); en general, 16,3% de las adolescentes (72) tenía 17 años o menos y 83,7% (371) entre 18 y 19 años. Según el estado civil, la mayor parte era conviviente (207, 46,7%) y casada (179, 40,4%); 57 (12,9%) fueron solteras. La mayoría era primigesta (360, 81,3%), siendo secundigestas 71 (16,1%), tercigestas 11 (2,5%) y cuartigesta 1 (0,2%); 29 (6,5%) tenían antecedente de aborto, de las cuales 25 tuvieron un aborto y 4 dos abortos. En 84 casos hubo complicación del embarazo (18,9%), siendo las patologías más frecuentes preeclampsia (7,4%), rotura prematura de membranas (6,1%) y amenaza de parto pre término (2%). En relación al peso, 11,9% de los recién nacidos (RN) pesó menos de 2500 g; 84,4%, de 2 500 a 3 999 g y 3,7%, más de 4 000 g (61).

En el ámbito **LOCAL**:

En NUEVO CHIMBOTE; Bernaola, K. y Liñán, M. (2007). En su estudio "Factores Maternos y Edad Gestacional del Recién Nacido Pre término en Adolescentes del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital de Apoyo La Caleta". La población estuvo constituida por 22 madres adolescentes de 10 – 19 años, se encontró que la frecuencia de nacimientos de recién nacidos pre términos fue de

54.6% pre término leve, el 22.7% pre término moderado y el 22.7% de pre término extremo. Los factores maternos que se relacionan significativamente con el nacimiento pre término son los antecedentes obstétricos ($p= 0.0259$) y las complicaciones obstétricas ($p= 0.005$). Los factores maternos que no presentaron relación significativamente fueron: edad materna, tenencia de pareja, residencia, grado de instrucción, control prenatal (62).

✓ **En NUEVO CHIMBOTE; Serrano, C. (2007).** En su investigación "Tipos de apgar y edad gestacional del recién nacido pre término. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2005 - 2006". La unidad de análisis fueron los recién nacidos pre términos. La muestra estuvo constituida por el 100% de los recién nacidos pre términos durante los años 2005 - 2006. Los resultados obtenidos fueron: La mayoría 95.8% de recién nacidos pre términos son prematuros y un escaso porcentaje 4.2% son recién nacidos inmaduros, la mayoría 77.1% de Recién nacidos pre términos presentaron un apgar Bueno (7-10 puntos), el 16.7% una Depresión Moderada (4-6 puntos) y el 6.3% una Depresión Severa (0-3), si existió una relación estadística significativa $p = 0.031$ entre el tipo de Apgar relacionado a la edad gestacional del recién nacido pre término. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2005 – 2006 (63).

En NUEVO CHIMBOTE; Suárez, T. (2009). En su investigación "Influencia del Estado nutricional de la gestante en la ganancia de peso del recién nacido y edad gestacional", llegó a las siguientes conclusiones; se evidenció que las gestantes que se alimentaban adecuadamente durante su gestación, tenían una edad gestacional

adecuada y un peso adecuado en el recién nacido, además concluyeron que los factores como edad, talla también influyen en la ganancia de peso y en la edad gestacional del recién nacido (64).

✓ **En NUEVO CHIMBOTE; Serrano, C. (2012).** En su investigación "Algunos factores maternos en los nacimientos pre términos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2011". Estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal tiene como objetivo general Reconocer algunos factores maternos en los nacimientos pre términos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2011. La población estuvo constituida por 50 madres con hijos pre términos. Los resultados obtenidos fueron: El 52% de las madres tienen de 20 a 30 años, el 42% residen en Asentamiento Humano, 66% son amas de casa, 52% tienen pareja, 42% secundaria completa, 58% de situación económica baja, 52% presentan control prenatal inadecuado, el 54% presentaron complicaciones obstétricas y el 58% no presentaron antecedentes obstétricos, sí existe relación estadística significativa entre los factores maternos: edad, estado conyugal, control prenatal, complicaciones obstétricas con la EDAD gestacional del recién nacido pre término. No, existiendo relación estadística significativa con la residencia, ocupación, grado de instrucción, situación económica y antecedentes obstétricos, sí existe relación estadística significativa entre el estado conyugal, grado de instrucción, situación económica, control prenatal y las complicaciones obstétricas con el PESO del recién nacido pre término. No existió relación estadística con la edad materna, residencia, ocupación y antecedentes obstétricos, sí existe relación estadística significativa entre el estado conyugal, grado de instrucción, situación económica, control prenatal y las complicaciones obstétricas

con el APGAR del recién nacido pre término. No existiendo relación con la edad, residencia, ocupación y antecedentes obstétricos (65).

En Chimbote, en la Oficina de Estadística e Informática del Hospital de Apoyo La Caleta, en el año 2010 se registraron 2398 nacimientos, de los cuales el 24% fueron madres adolescentes. En relación a la edad gestacional se observó: recién nacido pre término (8.2%), recién nacido a término (78%) y recién nacido post término (11.1%), en relación al peso del recién nacido se observó: recién nacido de alto peso (6.8%), recién nacido de bajo peso (5.9%), recién nacido de muy bajo peso (0.7%) y recién nacido de peso extremadamente bajo (0.3%). En el año 2011 se registraron 2 309 nacimientos, de los cuales el 12% fueron madres adolescentes. En relación a la edad gestacional se observó: recién nacido pre término (9%), recién nacido a término (76%) y recién nacido post término (10%), en relación al peso del recién nacido se observó: recién nacido de alto peso (5.1%), recién nacido de bajo peso (4.3%), recién nacido de muy bajo peso (1.2%) y recién nacido de peso extremadamente bajo (0.6%) (66).

Durante nuestra práctica pre profesional en el Hospital de Apoyo La Caleta en el servicio de Recién Nacido y Alojamiento Conjunto, se observó que la mayoría de madres adolescentes no realizan control prenatal (CPN) oportuno, son madres solteras, tienen nivel educativo bajo, procedencia de zonas rurales y asentamientos humanos; y existiendo escasos trabajos de investigación sobre esta problemática; fue lo que nos motivó a realizar el presente trabajo de investigación planteándonos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la edad gestacional y peso del recién nacido relacionado a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta, 2013?

Por lo tanto se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Conocer la edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.

Objetivo específico:

- Determinar la edad gestacional del recién nacido en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.
- Determinar el peso del recién nacido en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.
- Determinar la edad gestacional del recién nacido relacionado a factores sociales: edad materna, estado civil, residencia, grado de instrucción y hábitos de fumar en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.

- Determinar la edad gestacional del recién nacido relacionado a factores nutricionales: índice de masa corporal, ganancia de peso y anemia en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.
- Determinar la edad gestacional del recién nacido relacionado a factores obstétricos: control prenatal, paridad y complicaciones obstétricas en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.
- Determinar el peso del recién nacido relacionado a factores sociales: edad materna, estado civil, residencia, grado de instrucción y hábitos de fumar en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.
- Determinar el peso del recién nacido relacionado a factores nutricionales: índice de masa corporal, ganancia de peso y anemia en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.
- Determinar el peso del recién nacido relacionado a factores obstétricos: control prenatal, paridad y complicaciones obstétricas en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013.

La presente investigación es considerada de gran importancia en el área de enfermería en salud materno perinatal; porque permitirá fortalecer y/o mejorar las estrategias de intervención en los diversos programas de salud acorde a las características propias de las comunidades; y de ésta manera disminuir la morbi-mortalidad materno infantil, que continúa siendo un problema de Salud Pública a nivel local, nacional e internacional.

Al profesional de enfermería, le permitirá identificar los factores sociales, nutricionales y obstétricos de las adolescentes que ponen en riesgo la edad gestacional y el peso del recién nacido, y a partir de ello plantear alternativas de solución y desarrollar nuevas estrategias de promoción y prevención de salud para mejorar la calidad de vida de las adolescentes que generan un nuevo ser.

Para las instituciones formadoras como la Universidad Nacional del Santa; servirá como fuente bibliográfica para desarrollar nuevos trabajos de investigación; los cuáles ampliarán éstos conocimientos, aportando alternativas de solución eficientes y efectivos que implanten sobre el problema.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el Enfoque de Riesgo:

El Enfoque de Riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más lo requieren, es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención (67).

El Enfoque de Riesgo tiene los siguientes componentes: Riesgo, Factor (Factor de riesgo o Factor protector), Vulnerabilidad y Probabilidad (Factor de daño o beneficio) (67).

Riesgo es una medida, que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño como enfermedad, accidente, muerte; donde se destaca la contingencia o proximidad de un daño y la probabilidad de que un hecho ocurra; es por ello que muchos autores lo definen como la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro (68).

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en las numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. Estas ideas han sugerido precisamente por la determinación de las

probabilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el área de la salud (69).

El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención, siendo una medida que refleja la probabilidad que se produzca un hecho, daño o aparición de consecuencias adversas para la salud (70).

Factor, es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades. Para aludir a factores positivamente asociados con el riesgo de desarrollo de una enfermedad pero no suficiente para causarla se utiliza la expresión "Factor de riesgo" y cuando no conduce a un daño o enfermedad se denomina "Factor protector" (71).

Un **factor de riesgo** es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupos de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos) pueden sumarse unos a otros, aumentando el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (72).

FACTORES SOCIALES; son características que pueden influenciar favorable o desfavorablemente en la edad gestacional y en el peso del recién nacido.

✓ **La Edad** óptima para la gestación es la comprendida entre los 20 a 30 años, a partir de esta cifra aumenta el riesgo materno fetal. Se considera como factor de riesgo para el parto pre término a gestantes menores de 20 años y mayores de 35 años (73).

En la adolescencia, el primer embarazo sorprende a la mujer con un aparato genital insuficientemente desarrollado (infantil). Puede haber partos pre términos por mala adaptación del feto en el útero, distocias en el parto por falta de desarrollo pelviano, y el feto puede ser pequeño y de bajo peso (74).

✓ **Estado Civil;** el estado conyugal de la madre soltera suele ser suficiente razón para considerarla como de alto riesgo. Se hace esta clasificación porque las madres sin pareja reciben menos asistencia antes del parto, tienen más complicaciones durante el embarazo y un índice más alto de prematuridad que las madres con pareja (75).

✓ Las madres sin pareja presentan falta de ayuda social y un incremento en los problemas nutricionales y emocionales, incluyendo el estrés, la ansiedad, la depresión emocional y la baja autoestima, al igual que deficiencias cognitivas. La ansiedad antes del parto o el estrés materno se asocian con restricción del crecimiento fetal, el parto pre término (76).

✓ **Residencia,** existe varios como: urbano, asentamiento humano y rural. En la residencia urbana, las madres adolescentes viven en lugares con características

adecuadas de saneamiento ambiental; teniendo un mayor acceso a los medios de comunicación, salud pública, instituciones educativas.

En la residencia asentamiento humano, las adolescentes viven en hogares conformadas por familias extensas o desintegradas; quienes pueden ser víctima de un abuso sexual dentro de su propio hogar, teniendo como consecuencia un embarazo no deseado.

En la residencia rural las madres adolescentes viven alejadas de las ciudades no contando con servicios de salud, educación, información, etc. cercano a su vivienda. Estos pueden ser factores condicionantes para el cuidado y desarrollo normal de la gestación (77).

✓ **Grado de Instrucción**, la baja educación en las mujeres, es el factor de riesgo de parto pre términos. Muchos autores reportan que el mayor porcentaje de prematuridad se encuentran cuando la madre es analfabeta o solo suele tener primaria incompleta. La mujer peruana sobre toda aquellas que no han tenido acceso a la educación viven sumisas en una situación de marginación y pobreza, enfrentando riesgos muy graves de enfermarse y morir. En cambio una mujer con un nivel educativo adecuado adquiere buenos conocimientos, siguiendo un régimen más saludable durante el embarazo (75) (78).

✓ **Hábitos de fumar**, no se conoce con exactitud cuál es el número de mujeres que fuman durante el embarazo y es difícil su evaluación, ya que muchas de ellas

niegan ser fumadoras en sus primeras consultas médicas. El humo del cigarrillo contiene más de 2500 productos químicos. No se sabe con certeza cuáles son nocivos para el desarrollo del bebé, pero en las mujeres embarazadas el monóxido de carbono y las altas dosis de nicotina provenientes de la inhalación del humo del tabaco interfieren con el suministro de oxígeno al feto. La nicotina fácilmente cruza la placenta y sus concentraciones en el feto pueden ser hasta 15 % más alta que los niveles maternos.

✓ El fumar prácticamente duplica el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso. Se sabe desde hace tiempo que retrasa el crecimiento del feto y los estudios sugieren que además aumenta el riesgo de parto prematuro. Los bebés prematuros y con bajo peso al nacer tienen mayores riesgos de sufrir problemas graves de salud durante los primeros meses de vida, incapacidades permanentes (parálisis cerebral, retraso mental y problemas de aprendizaje) e incluso la muerte (79).

FACTORES NUTRICIONALES: La nutrición apropiada permite a la embarazada mantener su salud y evitar complicaciones que aumenten su riesgo a enfermar o morir. La nutrición inadecuada predispone a la anemia, hipoproteïnemia, hipovitaminosis, disminución de la inmunidad, facilidad para desarrollar infecciones, hipertensión inducida por el embarazo, desprendimiento prematuro de la placenta, diabetes. En el feto, la malnutrición puede dificultar su formación y desarrollo en su etapa de hiperplasia y en su etapa de hipertrofia; produciendo aborto, muerte fetal, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) (80).

Índice de Masa Corporal (IMC): El peso antes de la gestación se puede usar como indicador de la necesidad de aumento de peso materno y como elemento predictivo del crecimiento fetal y puede contribuir al conocimiento del mecanismo fisiológico de la interacción entre nutrición y reproducción. El saber si antes de la gestación se encontraba en el peso “ideal” no siempre es fácil, para ello se han ideado diversos métodos; y uno de los más confiables es el Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula de la siguiente fórmula (80) (81):

$$IMC = \frac{PESO}{TALLA^2}$$

Ganancia de Peso: La necesidad de crecimiento del feto se traduce en un aumento progresivo de peso durante toda la gestación, que alcanza unos 12 kg. como media (11 – 13 kg.). Durante el primer trimestre, el peso suele mantenerse o incluso disminuir, debido a las náuseas y vómitos que acompañan a la gestación, sin embargo el promedio de aumento de peso varía entre 1.5 a 2.5 kg. De allí en adelante, la ganancia recomendada de peso aumenta hasta alrededor de 0.40 a 0.45 kg. por semana para una mujer de peso normal, traduciéndose en un aumento en el segundo trimestre de unos 3.5 kg. suplementarios a razón de promedio de 1.2 kg. por mes, y en el tercer trimestre; un promedio de 1.5 kg. por mes (5) (80) (82).

Dependiendo del Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMC PG), las mujeres con IMC normal deben ganar de 11.5 a 16.5 kg., las mujeres con IMC bajo deben ganar entre 12.5 y 18 kg. durante el embarazo y las mujeres obesas deben ganar solamente 7 kg (79) (81) (82).

Anemia de la Gestante, el déficit de hierro, es común en la mujer en período de reproducción, principalmente porque la selección de alimentos con contenido del mineral es pobre y es baja la biodisponibilidad. Este déficit es considerado como el problema nutricional más relevante en las mujeres embarazadas, pues afecta la salud de la madre y del recién nacido. Estudios recientes realizados en Perú, aseguran que la carencia de hierro no sólo afecta al peso del bebé al nacer y al estado inmunológico materno sino que aumenta el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto (83).

Alrededor del primer trimestre del embarazo los requerimientos son menores, pero a partir del segundo trimestre hay un aumento considerable del volumen sanguíneo materno. Las principales modificaciones en el metabolismo del hierro que ocurren durante el embarazo, incluyen la cesación de las menstruaciones, un aumento de la masa de glóbulos rojos y el depósito de importantes cantidades de hierro en el feto y en la placenta (83).

✓ Entre los **FACTORES OBSTÉTRICOS**, es importante señalar que la incidencia de parto pre término y a término se relaciona fuertemente con la historia obstétrica previa. Así, una mala historia obstétrica (hábitos de fumar y partos pre términos previos) incrementa el riesgo de partos pre términos (3).

✓ El **Control Prenatal** es la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada en un consultorio y posta rural con el objetivo de asegurar una óptima condición de salud física y mental a la madre y al producto de la gestación. La falta

de control prenatal constituye un factor de riesgo, pues con frecuencia la gestante llega en busca de asistencia tardíamente con complicaciones que comprometen su vida y la del feto (77) (84).

✓ La ausencia o inadecuado control prenatal, constituye un factor de riesgo, ya que a través del mismo, se vigila la evolución del embarazo desde su inicio a intervalos adecuados teniendo en cuenta las complicaciones más frecuentes en cada trimestre, para prevenir o identificar precozmente las condiciones patológicas que se presentan, minimizando de esta manera la frecuencia de partos pre términos y por consiguiente la morbilidad materna y perinatal (84).

✓ El control prenatal y la determinación de los factores de riesgo son de valor considerable en relación a la morbilidad perinatal, siendo un arma muy útil en la prevención de niños pre término y post término (85).

✓ Para ser eficiente el Control Prenatal debe ser periódico y repetido hasta las 30 semanas, CPN mensual; entre las 31 – 36 semanas, CPN quincenal; desde las 37 semanas, CPN semanal (86).

✓ La **Paridad**; las adolescentes con un solo parto aportan más recién nacidos de bajo peso, la cual, indica que los riesgos de salud de la madre y el hijo se incrementan cuando una es adolescente. El embarazo en la adolescencia, que se produce cuando las madres están todavía en la etapa de crecimiento y maduración, se le conoce como procreación entre niños. Es una realidad que las adolescentes aportan prematuros de bajo peso; si a esto le añadimos la existencia de una

complicación durante el embarazo, el riesgo de recién nacido de bajo peso aumenta considerablemente (87).

✓ Las **Complicaciones Obstétricas** constituyen riesgos graves para la salud entre ellos se consideran las siguientes: enfermedades hipertensivas durante el embarazo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membrana; los cuales interrumpen el curso normal de la gestación antes de completarse el desarrollo normal fetal, son responsables de un gran número de nacimientos prematuros (88).

Factores Protectores, va a favorecer al nacimiento de recién nacidos a término; por eso se deben considerar las madres adolescentes desde el control prenatal para así identificar a tiempo los factores de riesgo materno que puedan predisponer a nacimientos de recién nacidos pre términos (89).

La **Vulnerabilidad**; se le define como la medida de susceptibilidad intrínseca, extrínseca de una persona a sufrir un daño a la salud y tener dificultad para recuperarse de ello (71).

La Vulnerabilidad especial, ya sea por la enfermedad o práctica de salud, es el resultado de un número de características interactuantes, biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, culturales, etc., las que reunidas confieren un riesgo particular, ya sea de estar sano o sufrir una enfermedad o daño

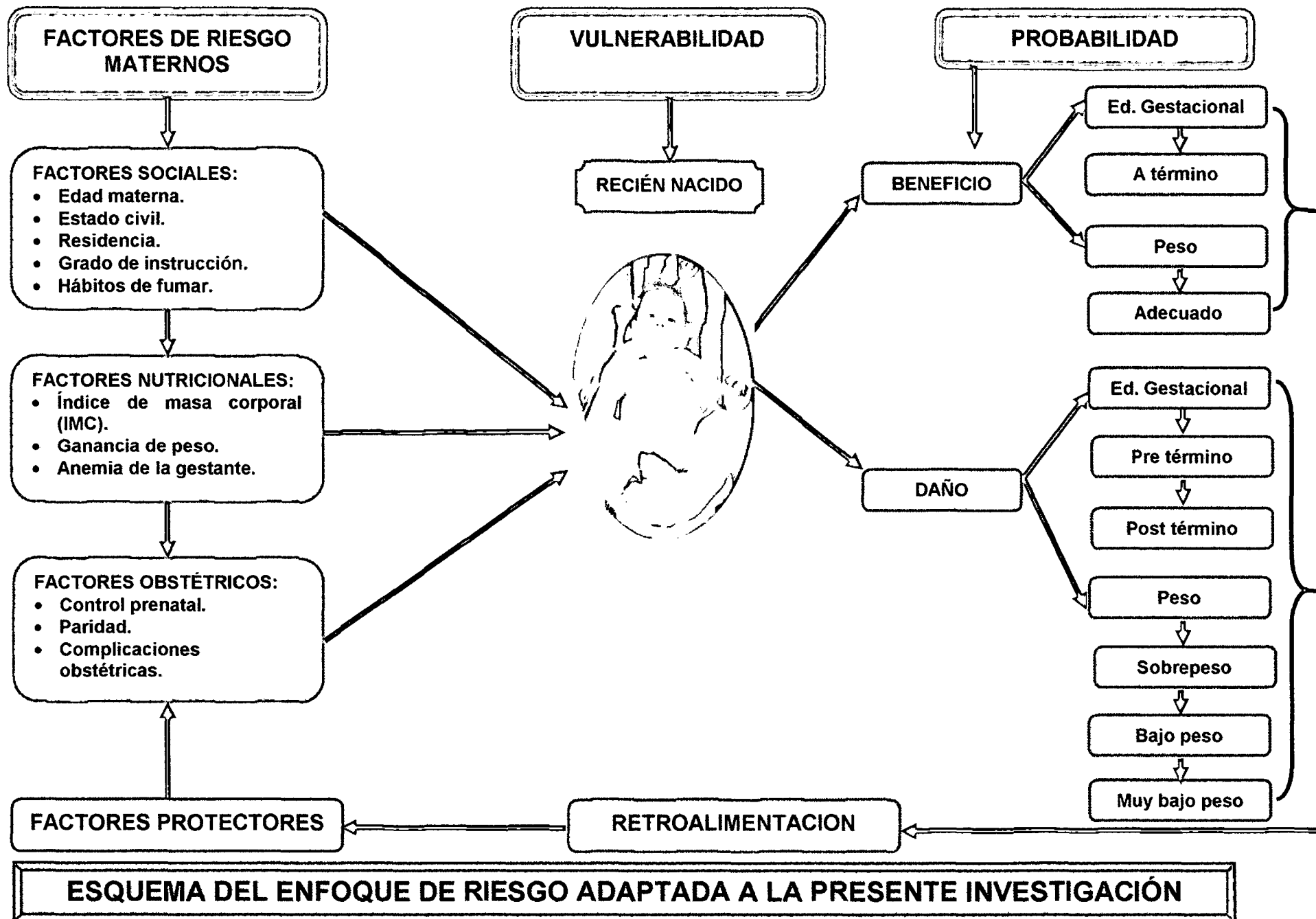
en futuro (69). Para el estudio de investigación, la Vulnerabilidad la constituyen los Recién Nacidos.

La **Probabilidad** del daño o beneficio, que para efectos de la investigación se constituye un daño cuando existe un recién nacido de bajo peso, muy bajo peso, o extremo bajo peso o pre término (69).

Daño; se define como el mal, deterioro causado a una persona por otra u otras o por el hecho de las cosas, también se define por el resultado, afección o situación no deseada en el cual se mide el riesgo (69).

Beneficio, es aquella característica o factor que actúa como un agente protector (69).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre éstos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas (70).



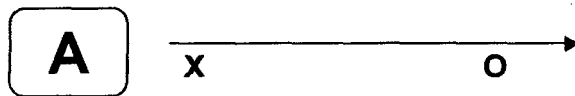
III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, Correlacional de Corte Transversal.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

Descriptivo, Correlacional de Corte Transversal. Es de tipo Descriptivo; porque se describe las variables en estudio. Es Correlacional de Corte Transversal porque pretende establecer si están o no relacionados los factores nutricionales, sociales y obstétricos en adolescentes con la edad gestacional y el peso del recién nacido en un momento dado; y porque las variables se miden una sola vez.



DONDE:

A: Adolescentes.

X: Factores sociales, nutricionales y obstétricos maternos.

O: Peso del recién nacido y edad gestacional del recién nacido.

3.3. POBLACIÓN:

3.3.1. UNIVERSO MUESTRAL:

La población de estudio estuvo conformada por todos los recién nacidos de madres adolescentes, en el servicio de Recién Nacido y Alojamiento Conjunto del Hospital de Apoyo La Caleta, durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del año 2013.

3.3.2. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Constituido por el recién nacido y la madre adolescente del servicio de Recién nacido y Alojamiento Conjunto del Hospital de Apoyo La Caleta; y que cumpla los criterios de inclusión.

3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres adolescentes puérperas de 10 – 19 años; hospitalizadas en el servicio de Recién Nacido y Alojamiento Conjunto.
- Adolescentes que acepten participar en el estudio.
- Todos los recién nacidos de parto eutócico.

3.4. DISEÑO MUESTRAL:

Se trabajó con la población de recién nacidos y madres adolescentes puérperas N= 91; atendidas en el servicio de Recién Nacido y Alojamiento Conjunto del Hospital de Apoyo La Caleta, según criterios de inclusión.

3.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

3.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **FACTORES SOCIALES:**

Definición Conceptual: Son aquellas características biológicas y culturales de las madres adolescentes que están asociadas al nacimiento de un nuevo ser (86). Se considera los siguientes factores sociales:

- ✓ **Edad materna:**

Definición Conceptual: Edad en años que tiene la mujer al momento de finalizar el parto.

Definición Operacional: Mediante la escala ordinal (90):

- 10 – 13 años: Adolescente temprana.
- 14 – 16 años: Adolescente intermedia.
- 17 – 19 años: Adolescente tardía.

- ✓ **Estado civil:**

Definición Conceptual: Es la situación de convivencia de todo ser humano en relación con la pareja (91).

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Con Pareja.
- Sin pareja.

✓ **Residencia:**

Definición Conceptual: Lugar donde vive la madre adolescente (92).

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Urbano.
- Asentamiento Humano.
- Rural.

✓ **Grado de instrucción:**

Definición Conceptual: Nivel educativo alcanzado por la madre adolescente (93).

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Analfabeta.
- Primaria.
- Secundaria.
- Superior.

✓ **Hábitos de fumar:**

Definición Conceptual: El hábito de fumar sigue siendo uno de los pocos factores potencialmente evitables asociados con el bajo peso al nacer, el nacimiento de prematuros y la muerte perinatal.(94).

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Si
- A veces
- No

• **FACTORES NUTRICIONALES:**

Definición Conceptual: Son aquellas características biológicas, psicológicas y sociales de las madres adolescentes que están asociadas con la nutrición (95). Se considera los siguientes factores nutricionales:

✓ **Índice de Masa Corporal (IMC):**

Definición Conceptual: Es un método de uso común para evaluar lo apropiado del peso para la talla, es decir si el peso de la mujer era normal antes del embarazo, o si ella tenía un déficit o un exceso de peso. Se calcula de la siguiente fórmula $IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$ (5) (96).

Definición Operacional: Mediante la escala nominal.

- Peso bajo o déficit de peso (menos de 19.8).
- Normal (19.8 a 26.0).
- Sobrepeso o exceso de peso (26.1 a 29.0).
- Obesidad (mayor de 29.0).

✓ **Ganancia de peso:**

Definición Conceptual: Es el aumento de peso de la mujer durante la gestación; teniendo en cuenta el IMC antes del embarazo. Las mujeres con IMC bajo deben ganar entre 12.5 y 18Kg. durante el embarazo, las mujeres con IMC normal deben ganar de 11.5 a 16 kg., las mujeres obesas deben ganar al menos 7Kg (5) (96).

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Ganancia de peso adecuada.
- Ganancia de peso inadecuada:

✓ **Anemia de la gestante:**

Definición conceptual: Es aquella que se caracteriza por un nivel de hemoglobina menor a 11 gr/dl, en los dos primeros trimestres y menor a 10.5 gr/dl en el tercer trimestre (97).

Definición operacional: Mediante la escala nominal:

- Si presenta.
- No presenta.

✓ • **FACTORES OBSTÉTRICOS:**

Definición Conceptual: Son características biológicas asociadas a la madre en cuanto al embarazo y parto (86).

✓ **Control Prenatal (CPN):**

Definición Conceptual: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, que se realiza a la gestante, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbimortalidad materna y perinatal (86).

Definición Operacional:

- Adecuado (más de 6 CPN).
- Inadecuado (menos de 6 CPN).

✓ **Paridad:**

Definición Conceptual: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) que pesan más de 500 gr. y más de 20 semanas de edad gestacional (86).

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Primípara (mujer que ha parido una vez).
- Multípara (mujer que ha parido más de tres veces).

✓ **Complicaciones Obstétricas:**

Definición Conceptual: Se refiere a trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el período neonatal precoz (86).

Definición Operacional: Mediante la escala nominal:

- Si presenta (cuando tiene por lo menos una patología como antecedente).
- No presenta.

3.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE:

- **EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO:**

Definición Conceptual: Es el tiempo transcurrido desde el primer día del último período menstrual normal o FUR hasta la fecha de nacimiento (33).

Definición Operacional: Mediante escala nominal:

- ✓ Recién nacido pre término (menor de 37 semanas).
- ✓ Recién nacido a término (entre 37 semanas y 41 semanas).
- ✓ Recién nacido post término (mayor de 41 semanas).

- **PESO DEL RECIÉN NACIDO:**

Definición Conceptual: El peso al nacer es la medida somatométrica del recién nacido (33).

Definición Operacional: Mediante escala nominal:

- ✓ Recién nacido con sobrepeso (> 4.000gr.)
- ✓ Recién nacido de peso adecuado (> 2.500 gr. - < 4.000 gr.)
- ✓ Recién nacido de bajo peso (< 2.500 gr.)
- ✓ Recién nacido de muy bajo peso (< 1.500 gr.)
- ✓ Recién nacido de extremadamente bajo peso (< 1.000 gr.)

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron Cuestionario sobre "Factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes" (Anexo N° 02); referido a Factores sociales: edad materna, estado civil, residencia, grado de instrucción y hábitos de fumar; Factores nutricionales: IMC, ganancia de peso y anemia de la gestante; y Factores obstétricos maternos: control prenatal, paridad y las complicaciones obstétricas.

Cuestionario sobre "Datos del recién nacido" (Anexo N° 03); referido a la Edad gestacional: Recién nacido pre término (menor de 37 semanas), Recién nacido a término (de 37 a 42 semanas) y Recién nacido post término (mayor de 42 semanas); y Peso del recién nacido: Recién nacido de alto peso (> 4.000 gr.), Recién nacido de peso adecuado (>2.500 gr. - < 4.000 gr.), Recién nacido de bajo peso (< 2.500 gr.), Recién nacido de muy bajo peso (< 1.500 gr.) y Recién nacido de peso extremadamente bajo (< 1.000 gr.).

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

Se determinó a través de la opinión de expertos profesionales de la salud. Los instrumentos se aplicaron a una muestra piloto de 10 historias clínicas, que cumplieron con los criterios de inclusión; los cuales no fueron incluidos en la muestra.

La validez estadística se realizó a través de la Correlación Pearson, obteniéndose un $r = 0.35$; por lo cual se consideró válido los ítems.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través del Coeficiente Alfa de Crombach, en base a las comparaciones según los puntajes establecidos; obteniéndose un $r = 0.65$; por lo cual se consideró válido a los instrumentos (98).

3.8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se solicitó previamente el permiso respectivo a través de la Directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa; al Director de dicho nosocomio y la unidad de estadística, posteriormente se seleccionó las historias clínicas de las puérperas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos. La información obtenida de las historias clínicas se recolectó en base a los cuestionarios elaborados por las investigadoras.

3.9. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS:

El procesamiento y el análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado en Estadística y Epidemiología: EPIINFO; en sus 2 niveles; previa codificación de sus datos obtenidos:

- **Primer Nivel:**

Descriptivo: Se empleó tablas unidimensionales expresando frecuencias absolutas y porcentuales.

- Segundo Nivel:

Analítico: Se empleó tablas bidimensionales, para determinar la relación entre las variables en estudio se realizó la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrado, se consideró el nivel de significancia de la probabilidad de equivocarse es menos al 5% ($T < 0.05$).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS:

TABLA N° 01: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO	Fi	Hi
Recién nacido pre término	3	3.3
Recién nacido a término	87	95.6
Recién nacido post término	1	1.1
TOTAL	91	100.0

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

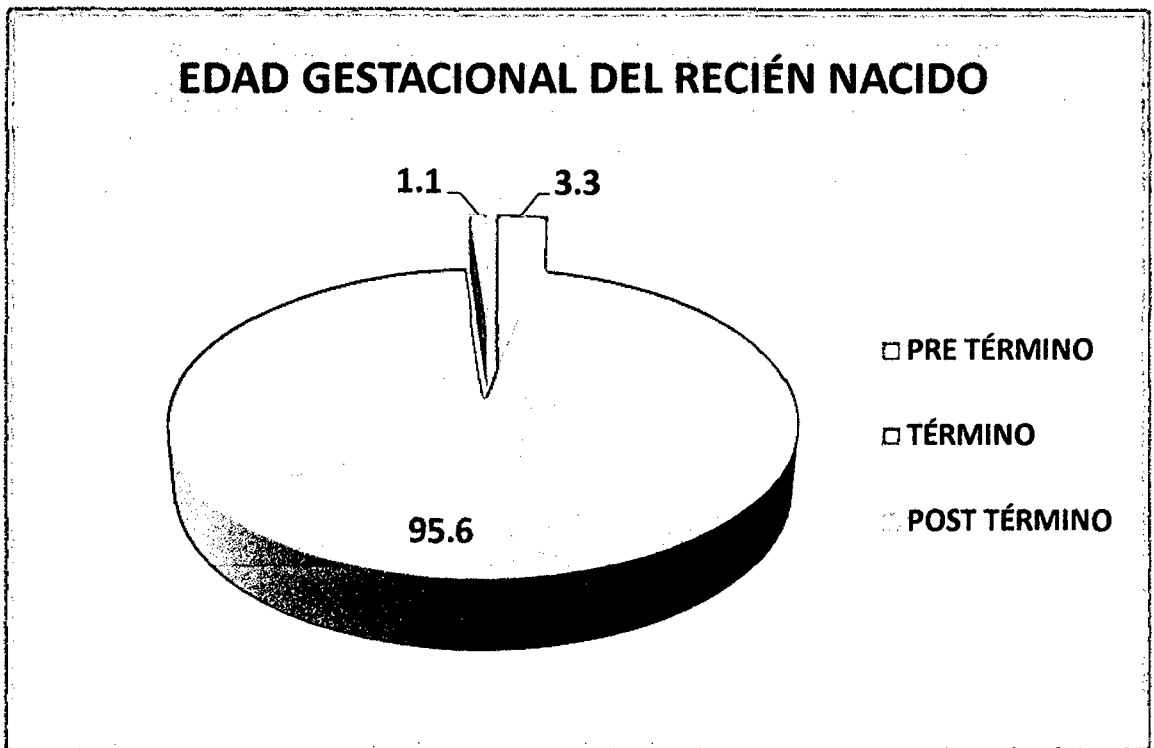


GRÁFICO N° 01:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 02: PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

PESO DEL RECIÉN NACIDO	Fi	Hi
Sobrepeso	5	5.5
Peso adecuado	82	90.1
Bajo peso	3	3.3
Muy bajo peso	1	1.1
TOTAL	91	100.0

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

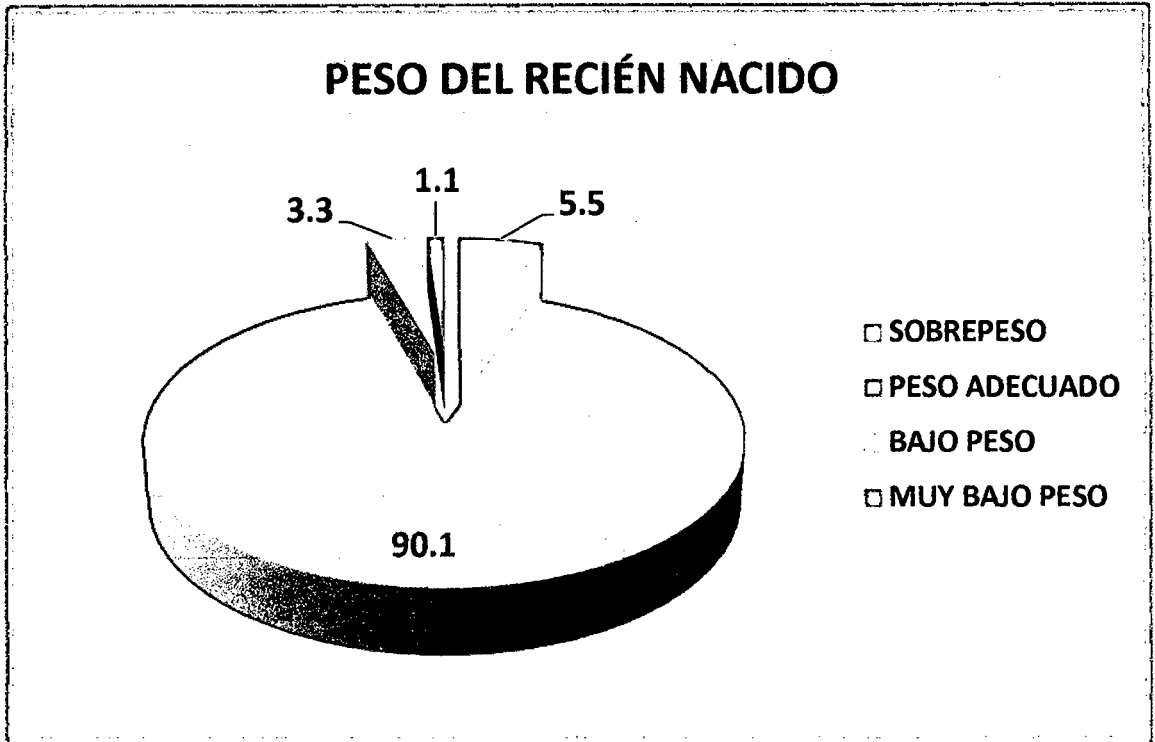


GRÁFICO N° 02:

PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 03: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADOS A FACTORES SOCIALES EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

FACTORES SOCIALES EN ADOLESCENTES	EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO							
	PRE TÉRMINO		TÉRMINO		POST TÉRMINO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
TOTAL	3	3.3	87	95.6	1	1.1	91	100.0
EDAD MATERNA								
10 – 13 años	0	0.0	4	100.0	0	0.0	4	4.4
14 – 16 años	1	3.8	25	96.2	0	0.0	26	28.6
17 – 19 años	2	3.3	58	95.1	1	1.6	61	67.0
	X²: 0.658		p= 0.956		(p>0.05)		N.S.	
ESTADO CIVIL								
Con Pareja	2	3.2	59	95.2	1	1.6	62	68.1
Sin Pareja	1	3.4	28	96.6	0	0.0	29	31.9
	X²: 0.475		p= 0.789		(p>0.05)		N.S.	
RESIDENCIA								
Urbano	1	11.1	8	88.9	0	0.0	9	9.9
Asentamiento Humano	0	0.0	38	100.0	0	0.0	38	41.8
Rural	2	4.5	41	93.2	1	2.3	44	48.3
	X²: 4.342		p= 0.362		(p>0.05)		N.S.	
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Analfabeta	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	3.3
Primaria	0	0.0	22	95.7	1	4.3	23	25.3
Secundaria	3	5.4	53	94.6	0	0.0	56	61.5
Superior	0	0.0	9	100.0	0	0.0	9	9.9
	X²: 4.861		p= 0.562		(p>0.05)		N.S.	

HABITOS DE FUMAR

Sí	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
A veces	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	3	3.3	87	95.6	1	1.1	91	100.0
	$\chi^2:0.0$		$p= 0.0$		$(p 0.05)$		SIG.	

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

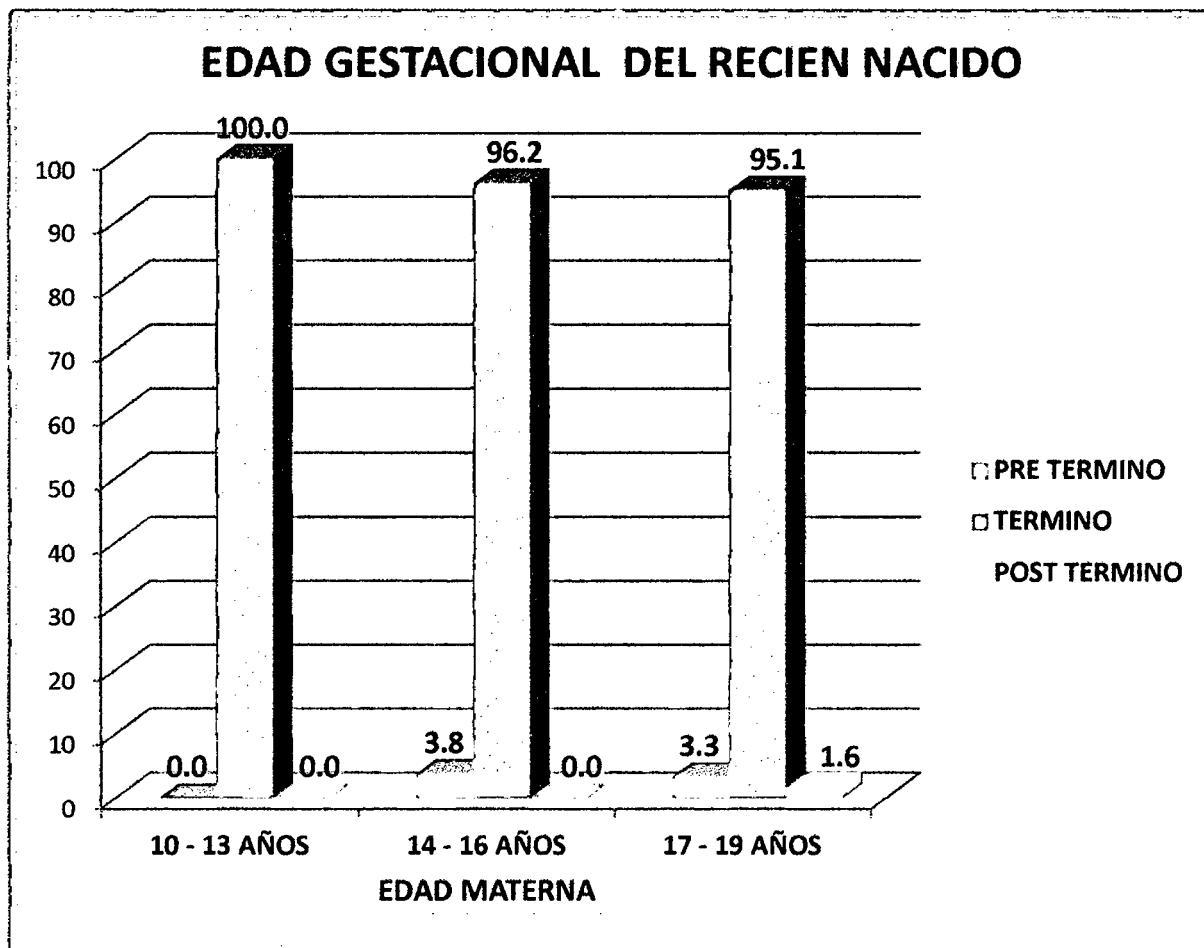


GRÁFICO N° 03:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA EDAD MATERNA. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

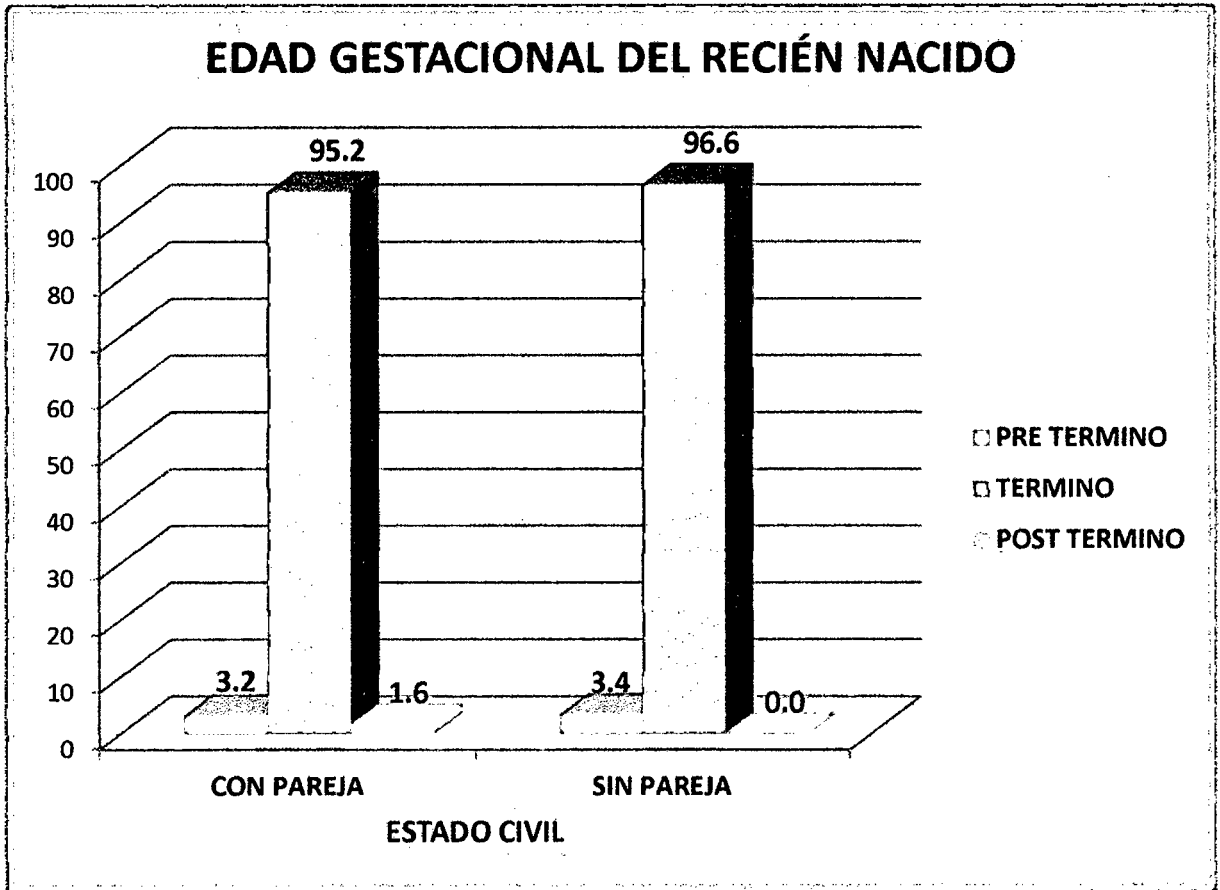


GRÁFICO N° 04:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL ESTADO CIVIL.

HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO

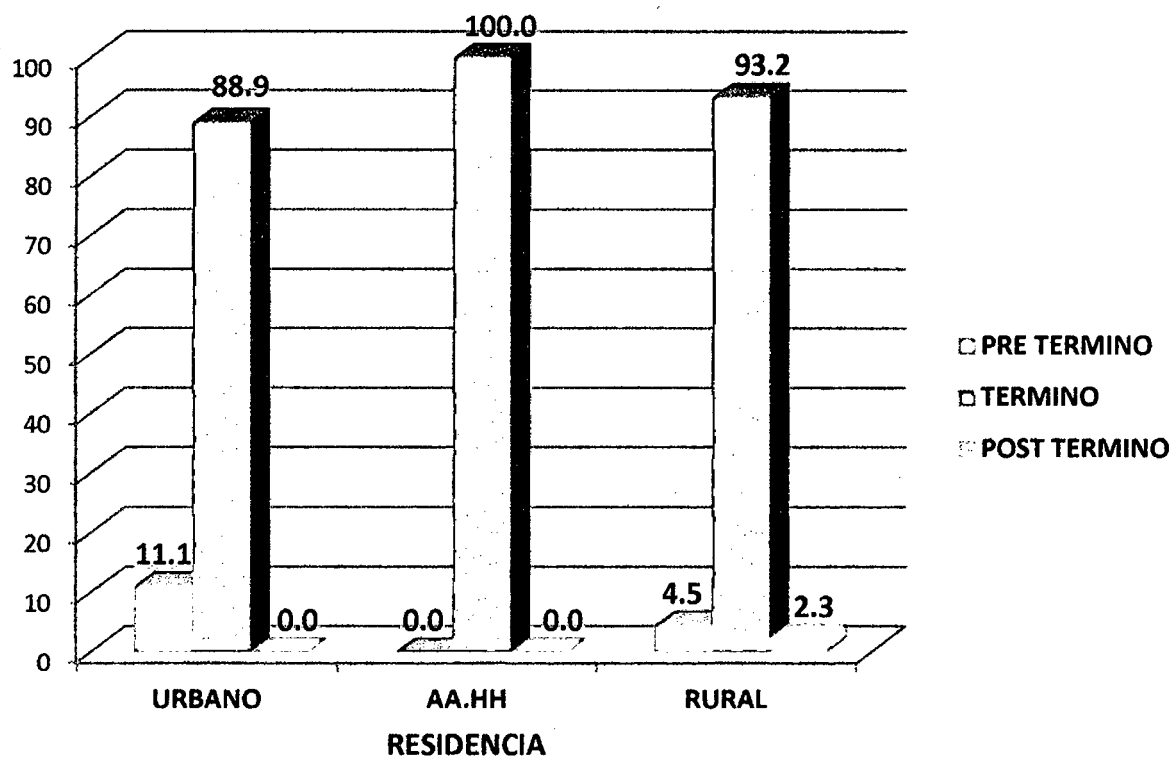


GRÁFICO N° 05:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA RESIDENCIA. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

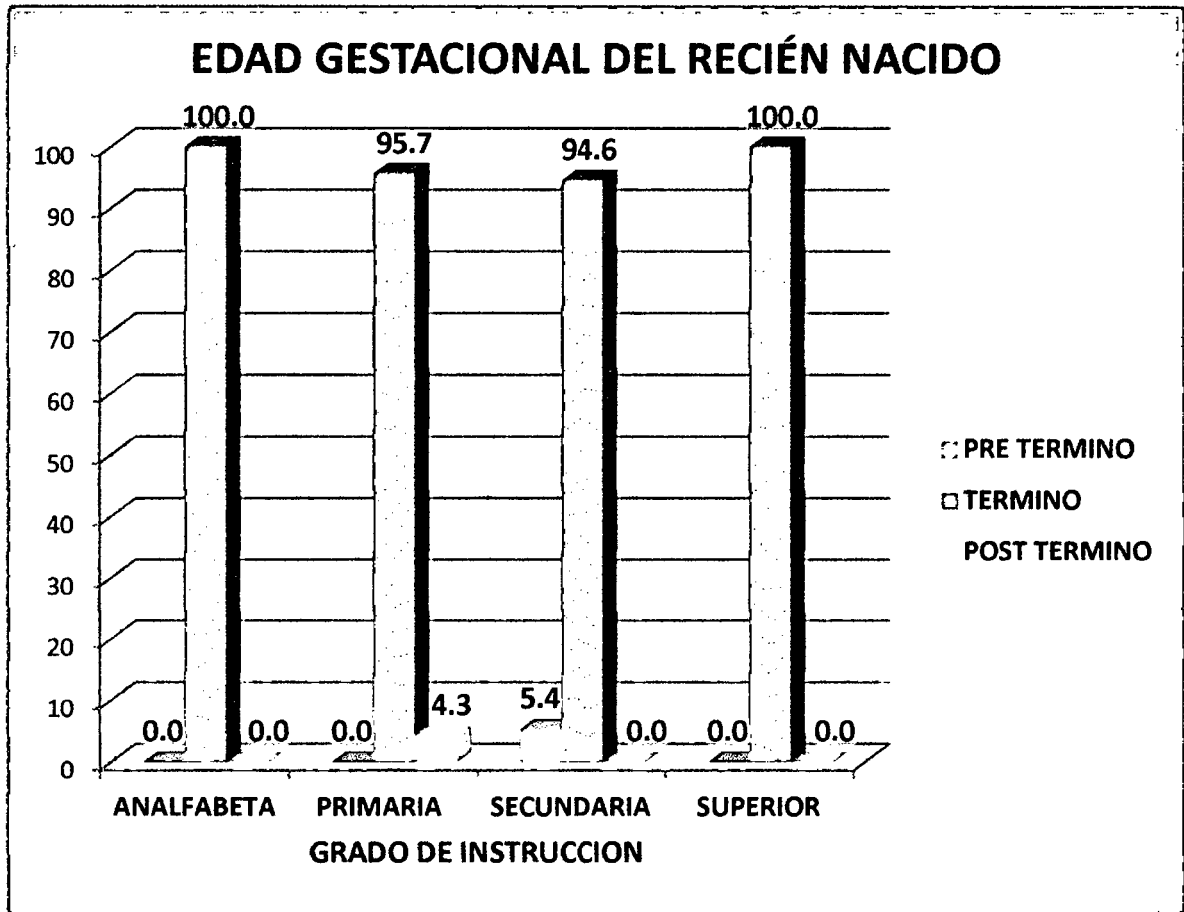


GRÁFICO N° 06:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

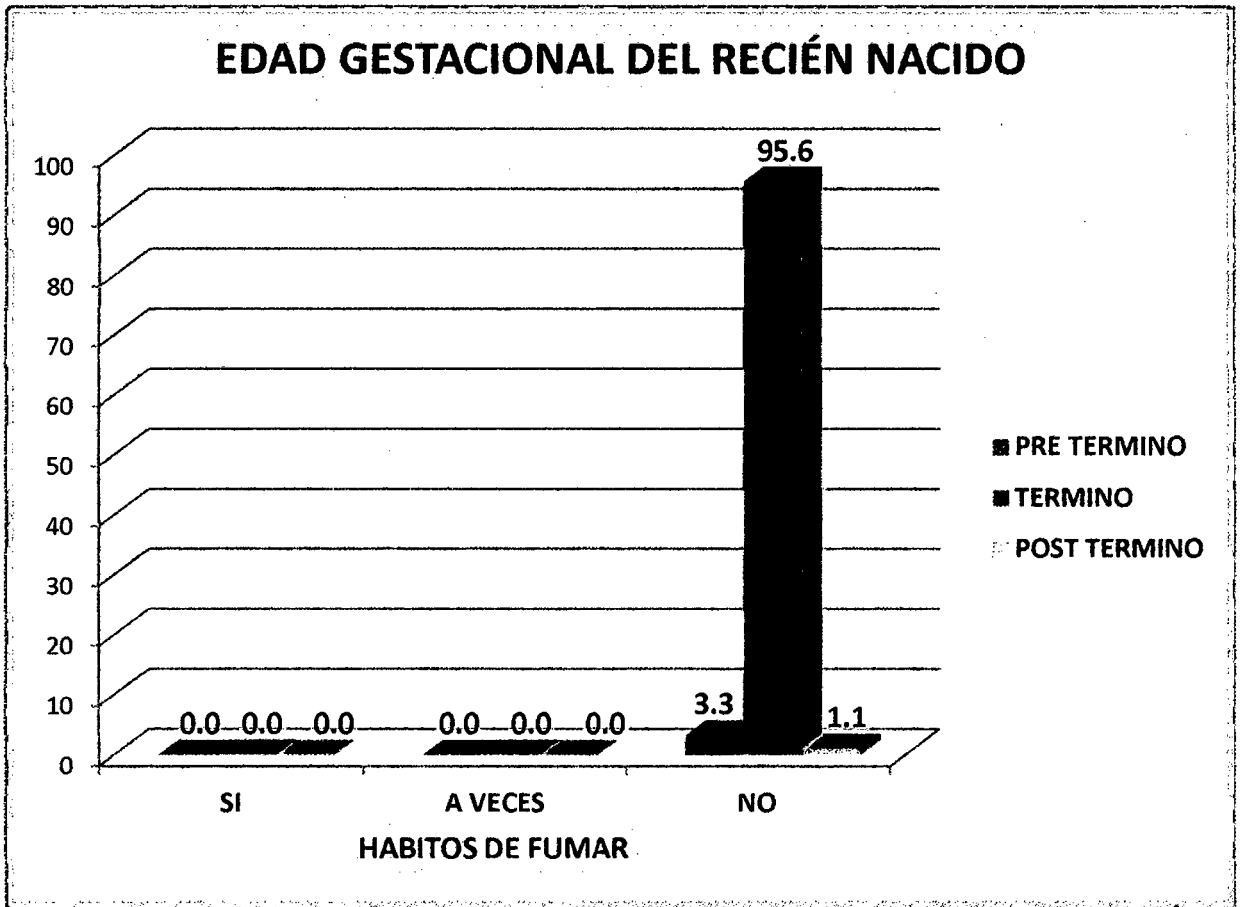


GRÁFICO N° 07:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LOS HABITOS DE FUMAR. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 04: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADOS A FACTORES NUTRICIONALES EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

FACTORES NUTRICIONALES EN ADOLESCENTES	EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO							
	PRE TÉRMINO		TÉRMINO		POST TÉRMINO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
TOTAL	3	3.3	87	95.6	1	1.1	91	100.0
ÍNDICE DE MASA CORPORAL								
Peso bajo	1	9.1	9	81.8	1	9.1	11	12.1
Normal	2	3.1	62	96.9	0	0.0	64	70.3
Sobrepeso	0	0.0	9	100.0	0	0.0	9	9.9
Obesidad	0	0.0	7	100.0	0	0.0	7	7.7
	X²: 9.188		p= 0.163		(p>0.05)		N.S.	
GANANCIA DE PESO								
Adecuado	0	0.0	24	100.0	0	0.0	24	26.4
Inadecuado	3	4.5	63	94.0	1	1.5	67	73.6
	X²: 0.546		p= 0.473		(p>0.05)		N.S.	
ANEMIA DE LA GESTANTE								
Si presenta	0	0.0	13	100.0	0	0.0	13	14.3
No presenta	3	3.8	74	94.9	1	1.3	78	85.7
	X²: 0.697		p= 0.706		(p>0.05)		N.S.	

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

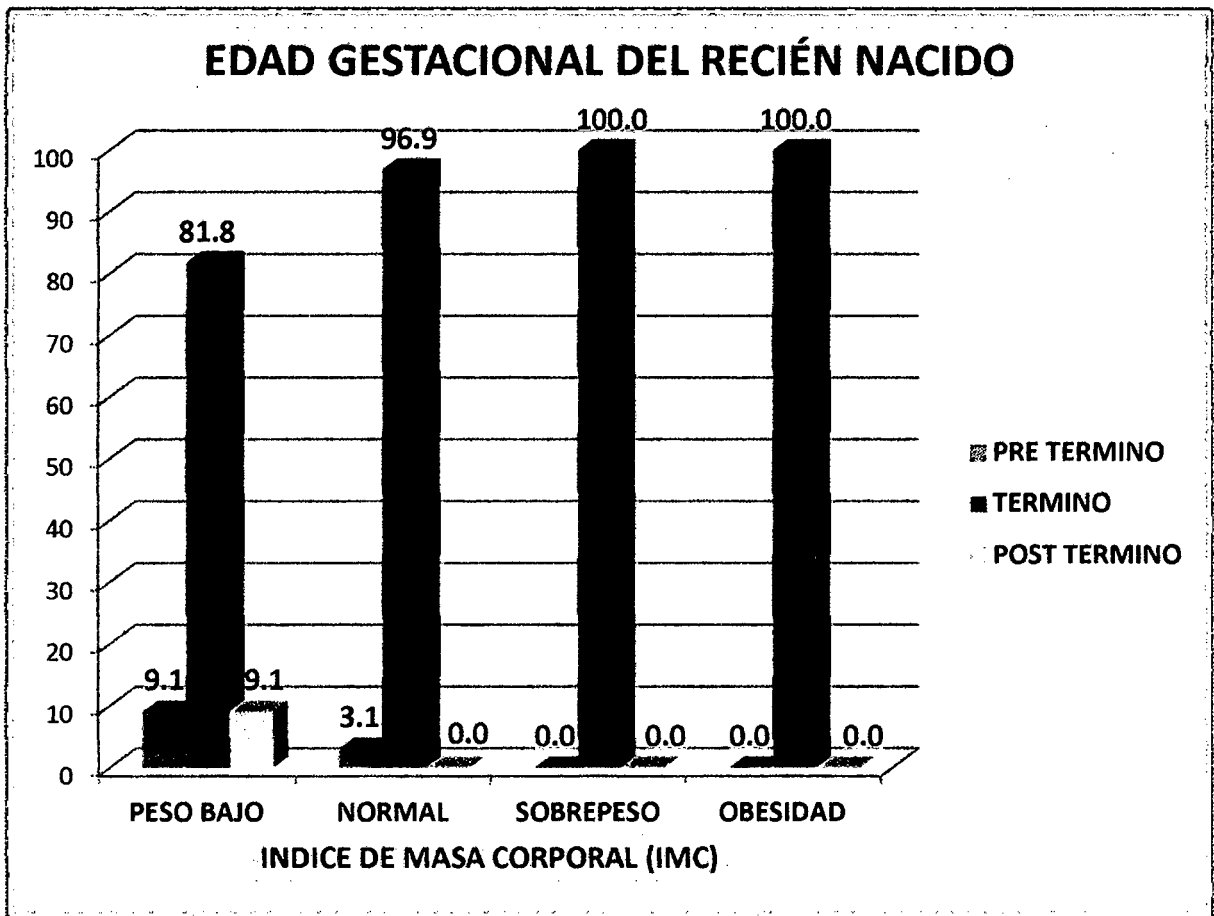


GRÁFICO N° 08:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC). HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

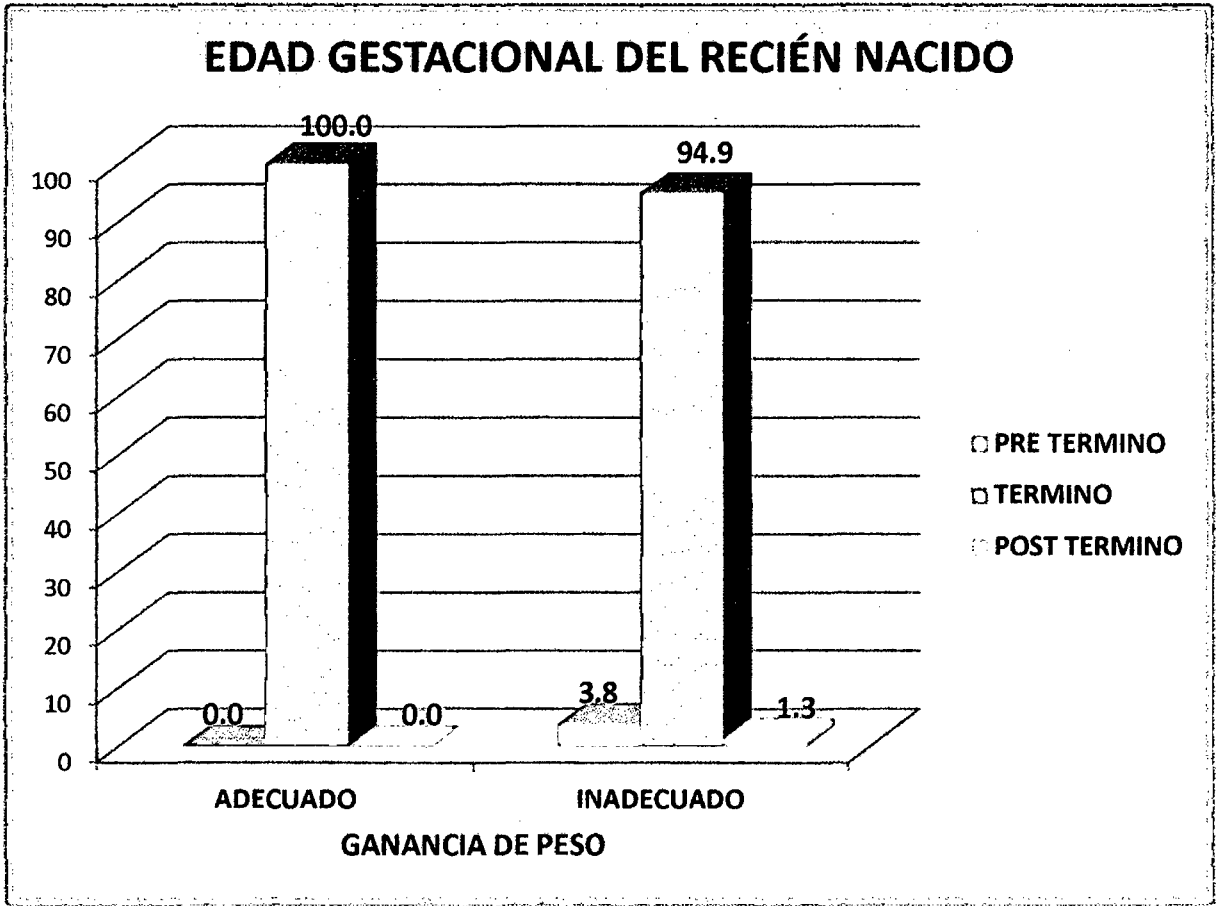


GRÁFICO N° 09:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA GANANCIA DE PESO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

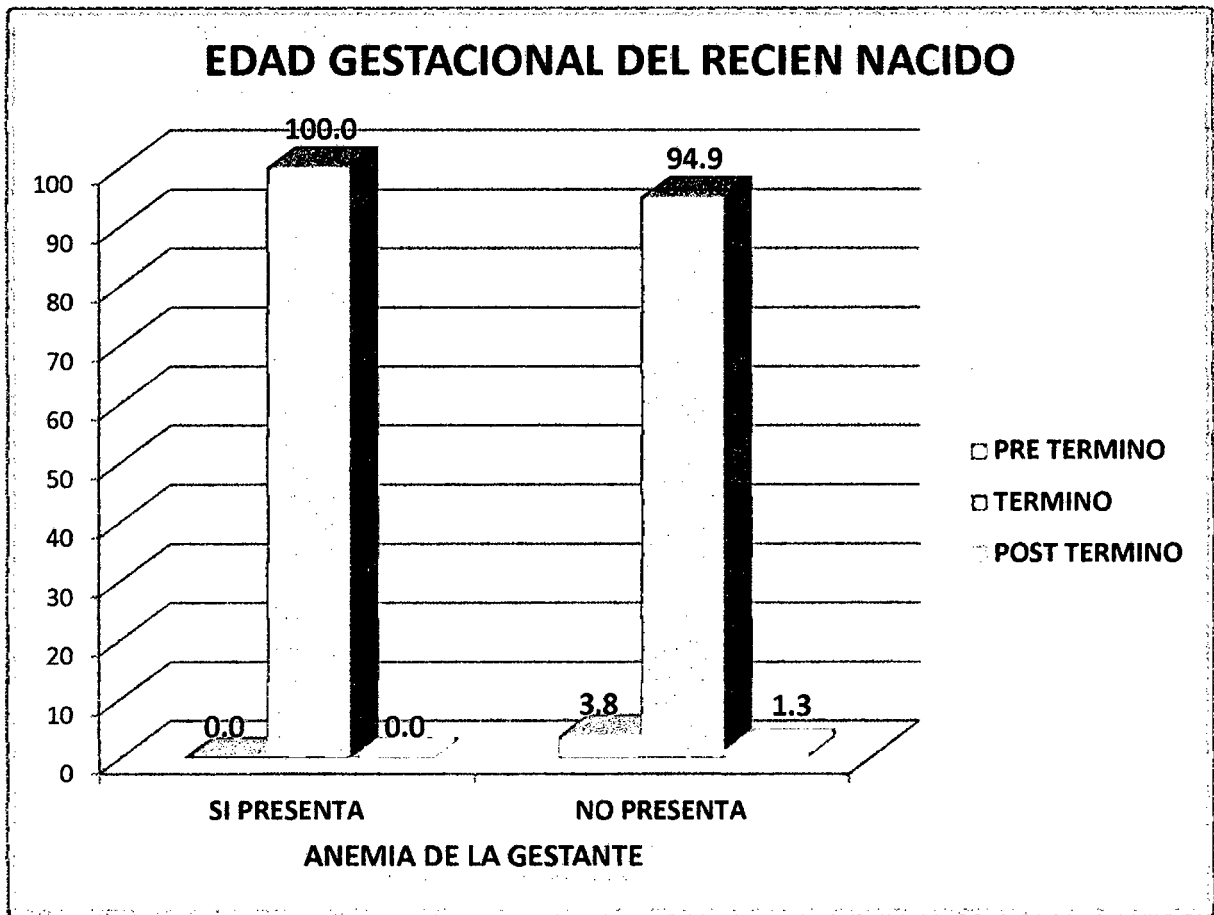


GRÁFICO N° 10:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA ANEMIA DE LA GESTANTE. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 05: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADOS A FACTORES OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

FACTORES OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES	EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO							
	PRE TÉRMINO		TÉRMINO		POST TÉRMINO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
TOTAL	3	3.3	87	95.6	1	1.1	91	100.0
CONTROL PRENATAL								
Adecuado	1	1.5	65	97.0	1	1.5	67	73.6
Inadecuado	2	8.3	22	91.7	0	0.0	24	26.4
	X ² : 2.919		p= 0.232		(p>0.05)		N.S.	
PARIDAD								
Primipara	2	2.6	75	96.2	1	1.3	78	85.7
Multipara	1	7.7	12	92.3	0	0.0	13	14.3
	X ² : 1.073		p= 0.585		(p>0.05)		N.S.	
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS								
Si presenta	1	3.7	25	92.6	1	3.7	27	29.7
No presenta	2	3.1	62	96.9	0	0.0	64	70.3
	X ² : 2.426		p= 0.297		(p>0.05)		N.S.	

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

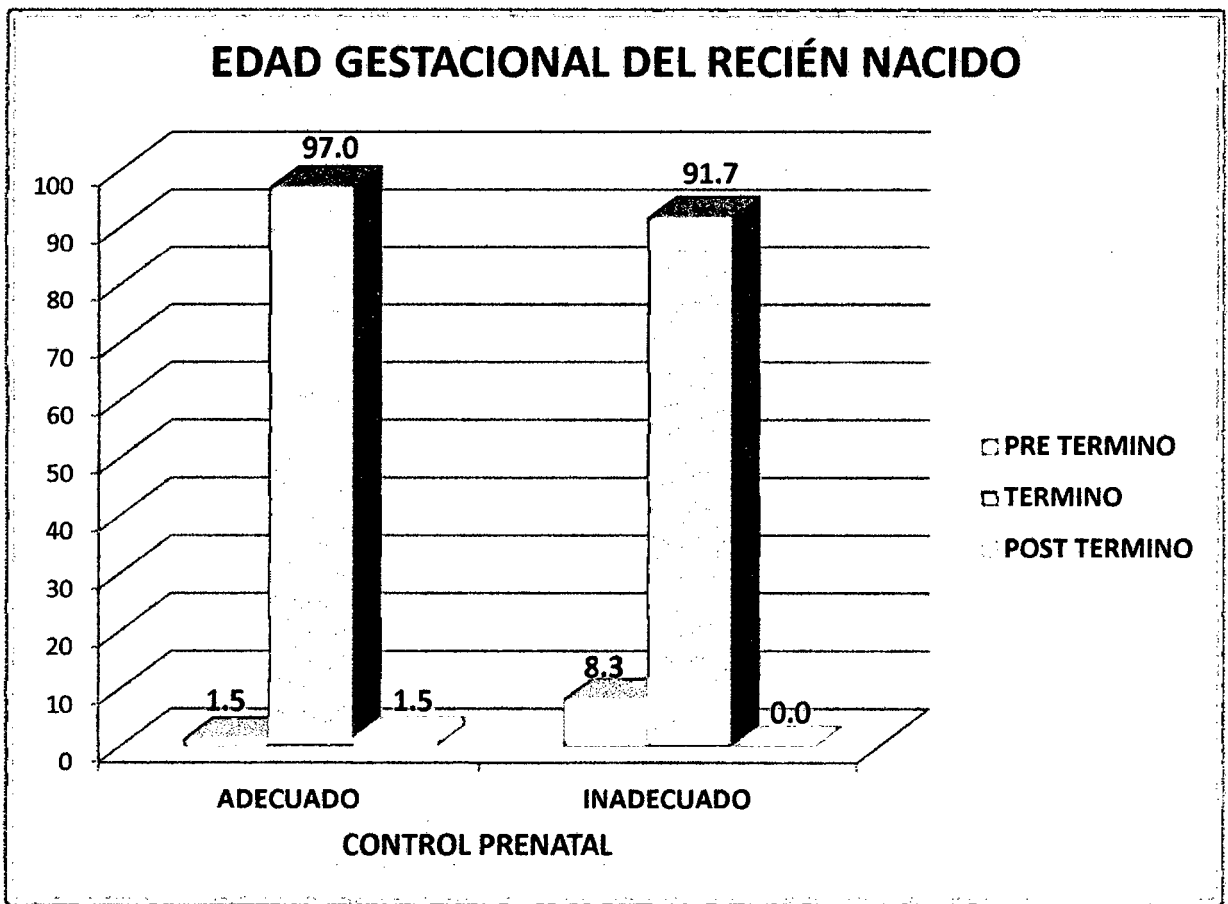


GRÁFICO N° 11:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

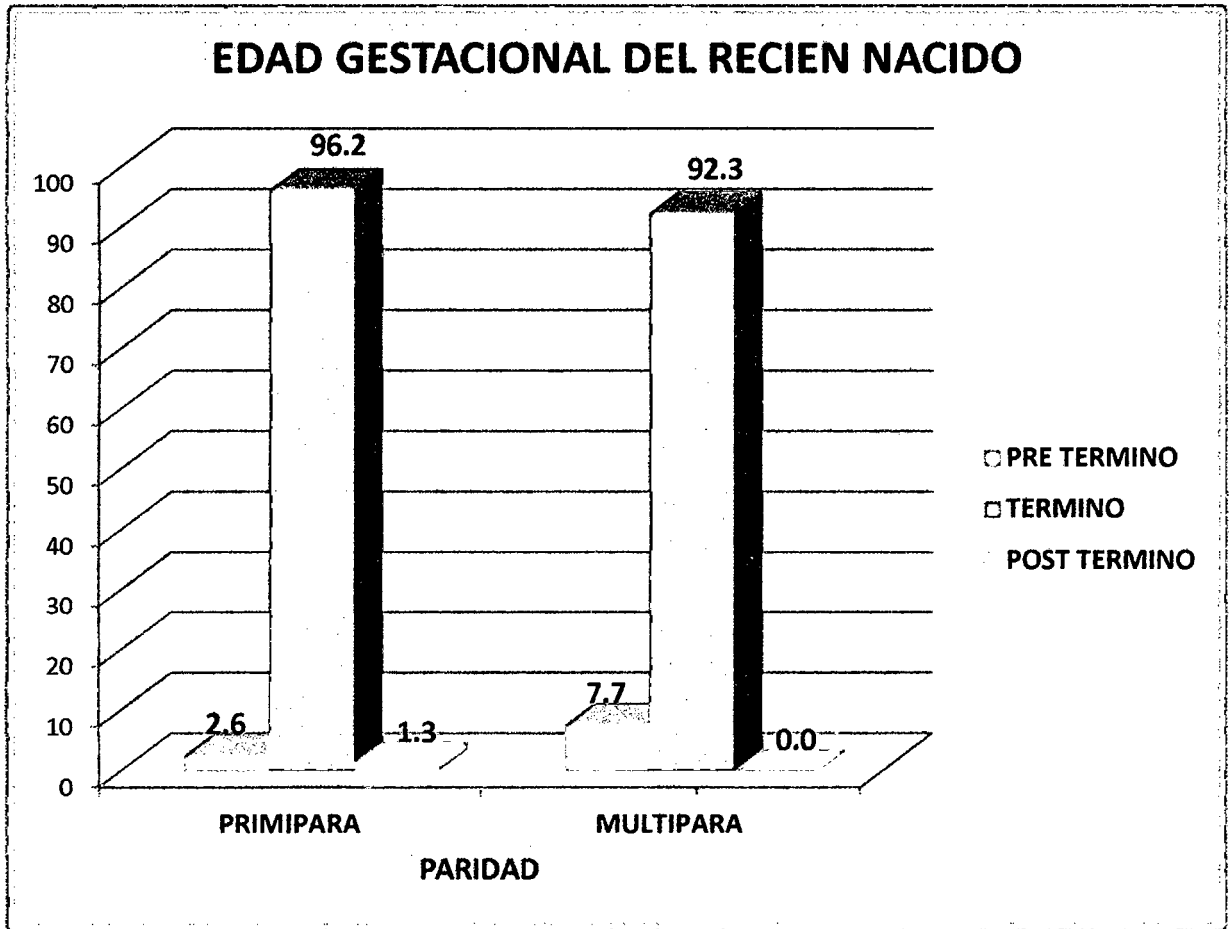


GRÁFICO N° 12:

**EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA PARIDAD.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.**

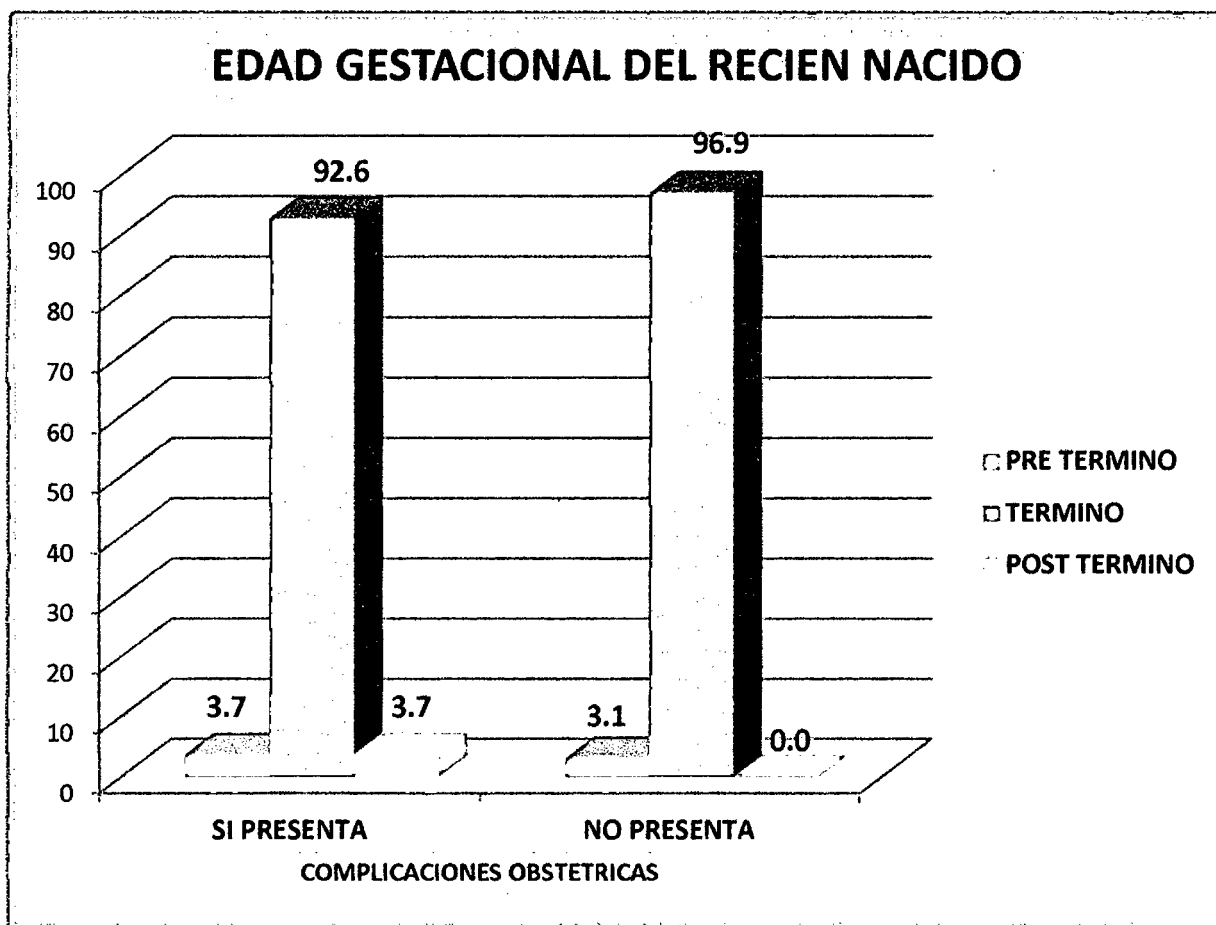


GRÁFICO N° 13:

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 06: PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADOS A FACTORES SOCIALES EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

FACTORES SOCIALES EN ADOLESCENTES	PESO DEL RECIÉN NACIDO									
	SOBREPESO		PESO ADECUADO		BAJO PESO		MUY BAJO PESO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
TOTAL	5	5.5	82	90.1	3	3.3	1	1.1	91	100.0
EDAD MATERNA										
10 – 13 años	0	0.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	4.4
14 – 16 años	2	7.7	23	88.5	0	0.0	1	3.8	26	28.6
17 – 19 años	3	4.9	55	90.2	3	4.9	0	0.0	61	67.0
	X²: 4.512		p= 0.608		(p>0.05)		N.S.			
ESTADO CIVIL										
Con Pareja	3	4.8	56	90.3	3	4.8	0	0.0	62	68.1
Sin Pareja	2	6.9	26	89.7	0	0.0	1	3.4	29	31.9
	X²: 3.694		p= 0.296		(p>0.05)		N.S.			
RESIDENCIA										
Urbano	2	22.2	6	66.7	1	11.1	0	0.0	9	9.9
Asentamiento Humano	3	7.9	35	92.1	0	0.0	0	0.0	38	41.8
Rural	0	0.0	41	93.2	2	4.5	1	2.3	44	48.3
	X²: 12.207		p= 0.058		(p>0.05)		N.S.			
GRADO DE INSTRUCCIÓN										
Analfabeta	0	0.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3	3.3
Primaria	2	8.7	21	91.3	0	0.0	0	0.0	23	25.3
Secundaria	1	1.8	51	91.1	3	5.4	1	1.8	56	61.5
Superior	2	22.2	7	77.8	0	0.0	0	0.0	9	9.9
	X²: 9.273		p= 0.412		(p>0.05)		N.S.			

HABITOS DE FUMAR

Sí	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
A veces	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	5	5.5	82	90.1	3	3.3	1	1.1	91	100.0
	X²:0.0		p= 0.0		(p 0.05)			SIG.		

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

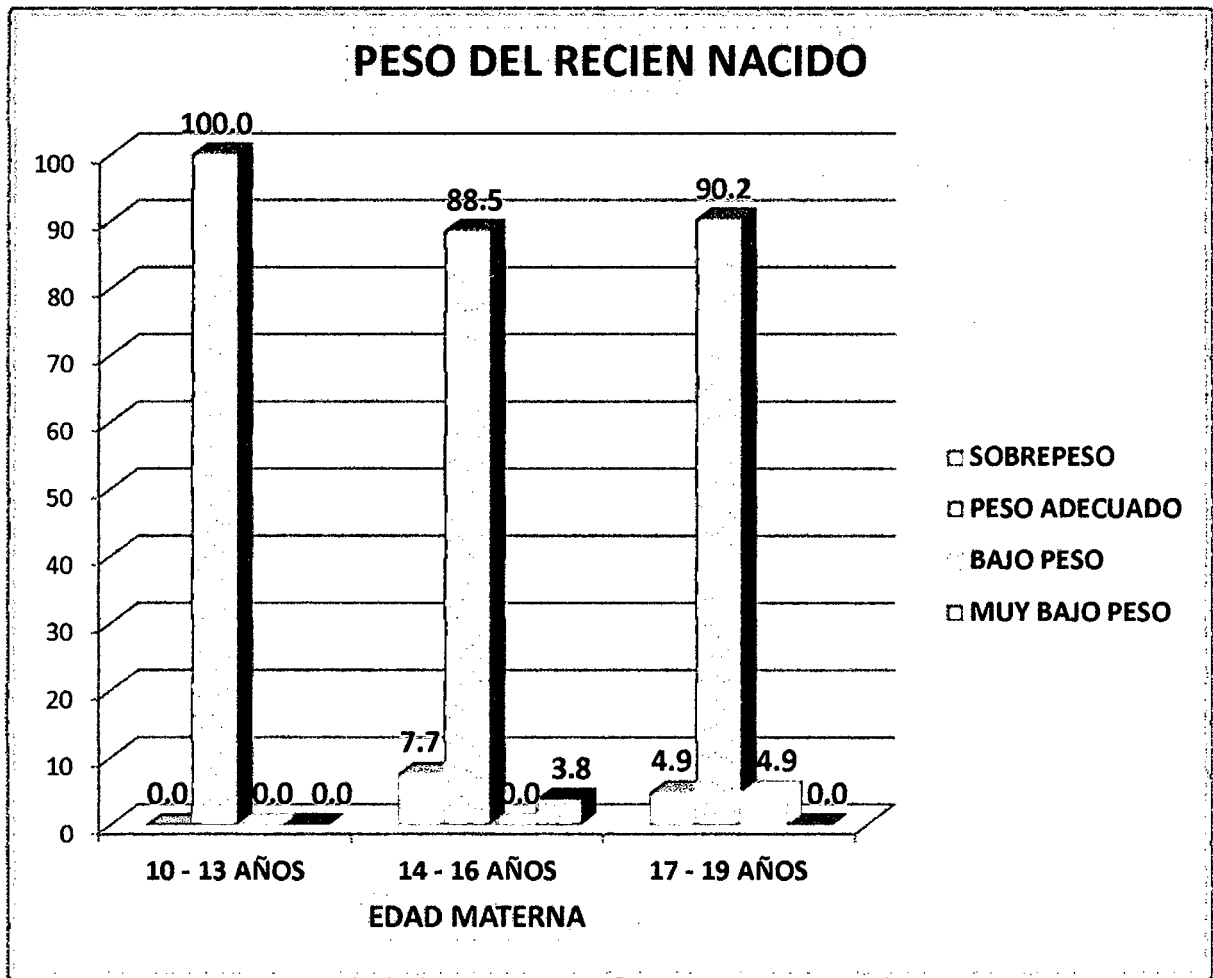


GRÁFICO N° 14:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA EDAD MATERNA. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

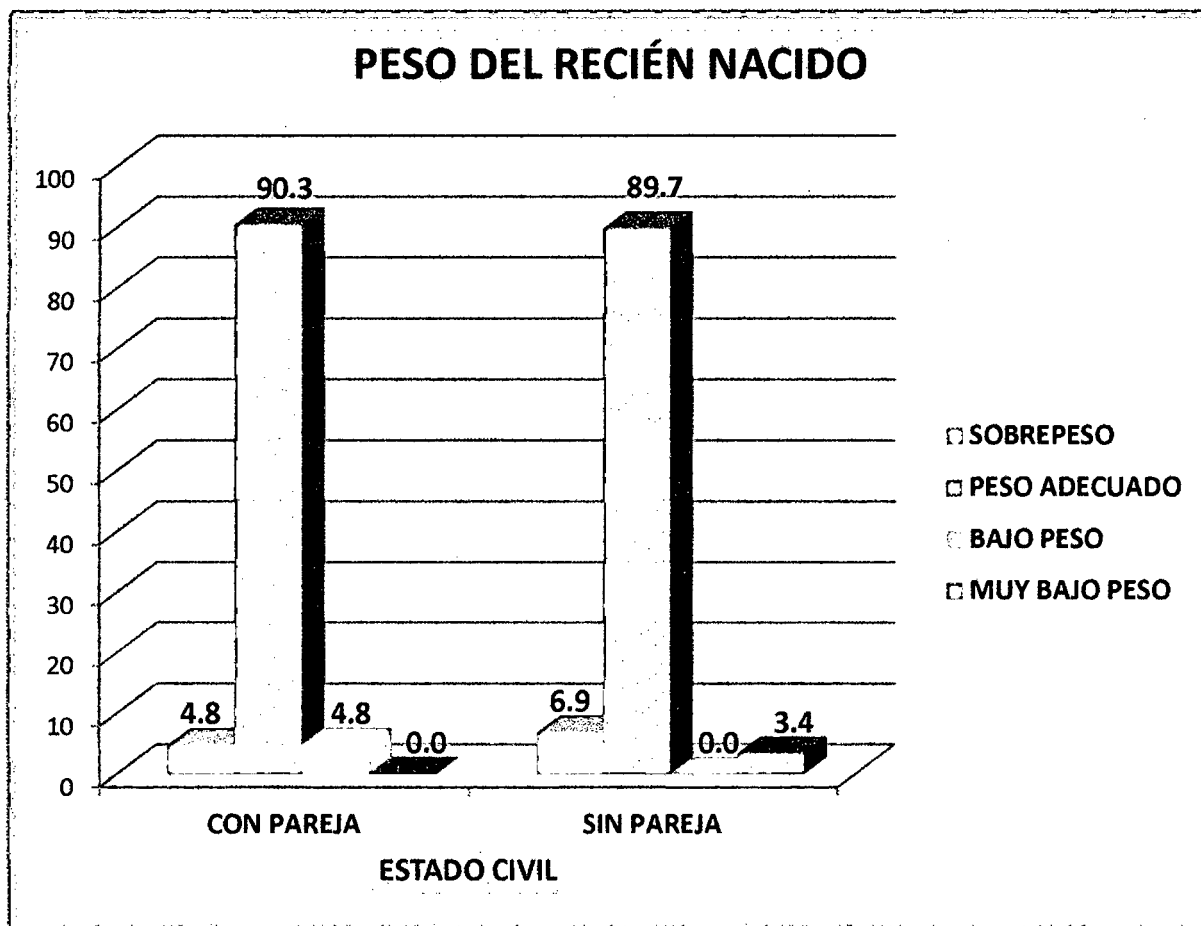


GRÁFICO N° 15:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL ESTADO CIVIL. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

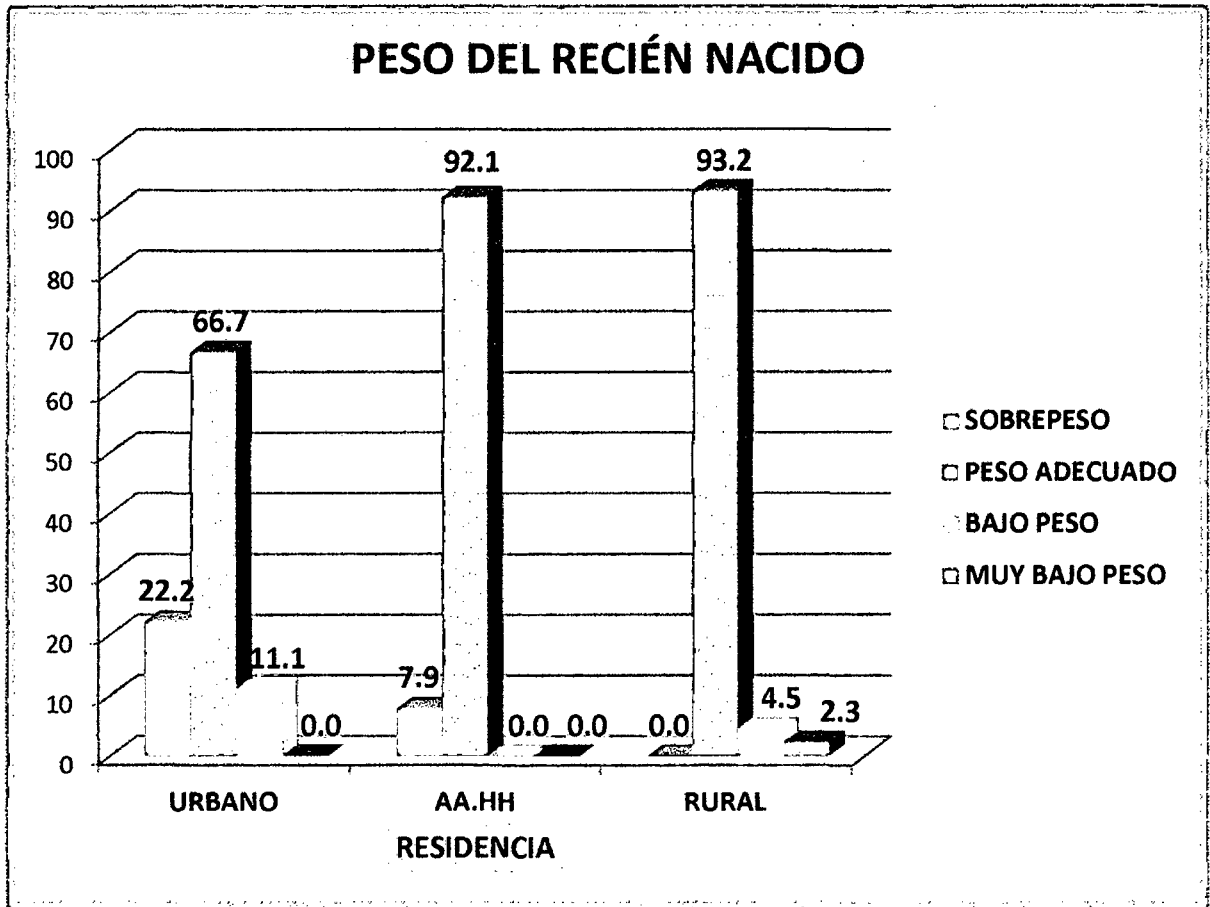


GRÁFICO N° 16:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA RESIDENCIA. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

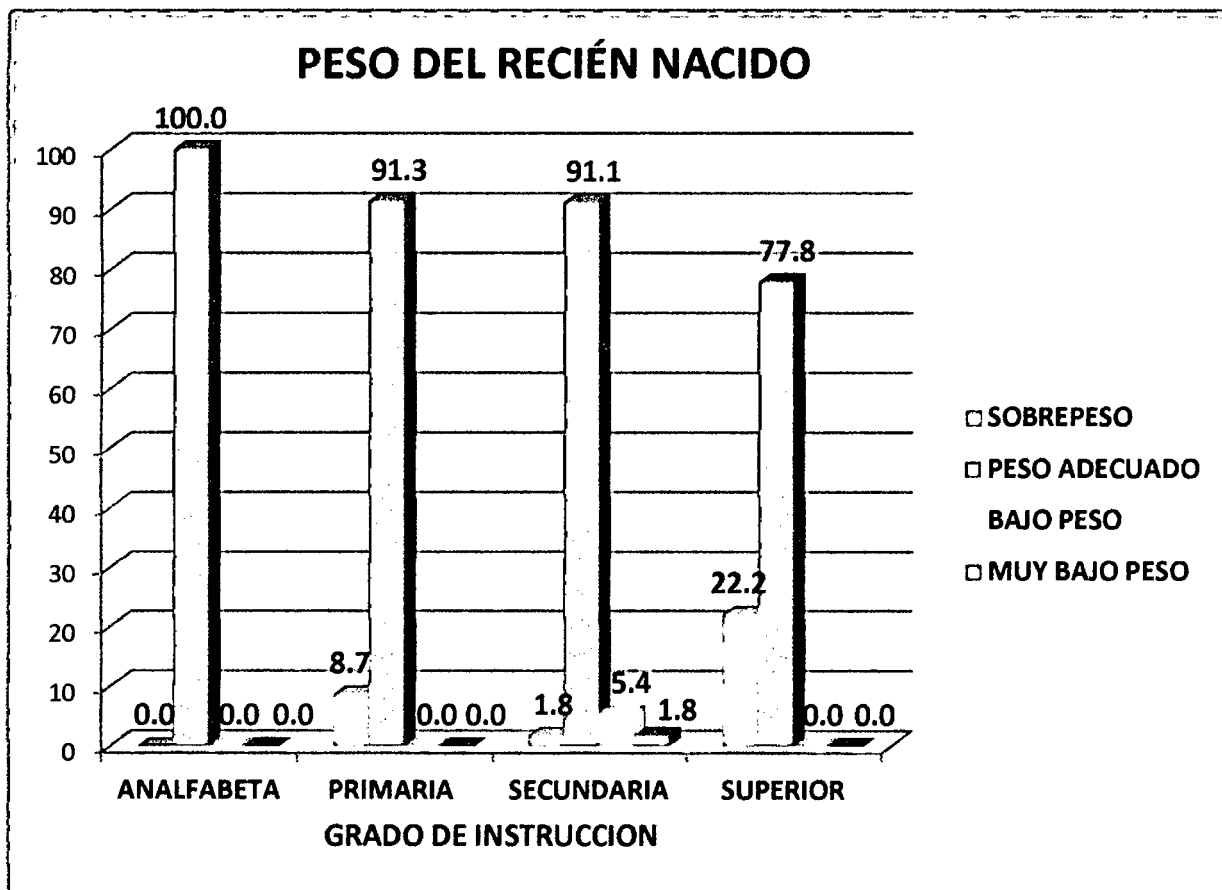


GRÁFICO N° 17:

**PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.**

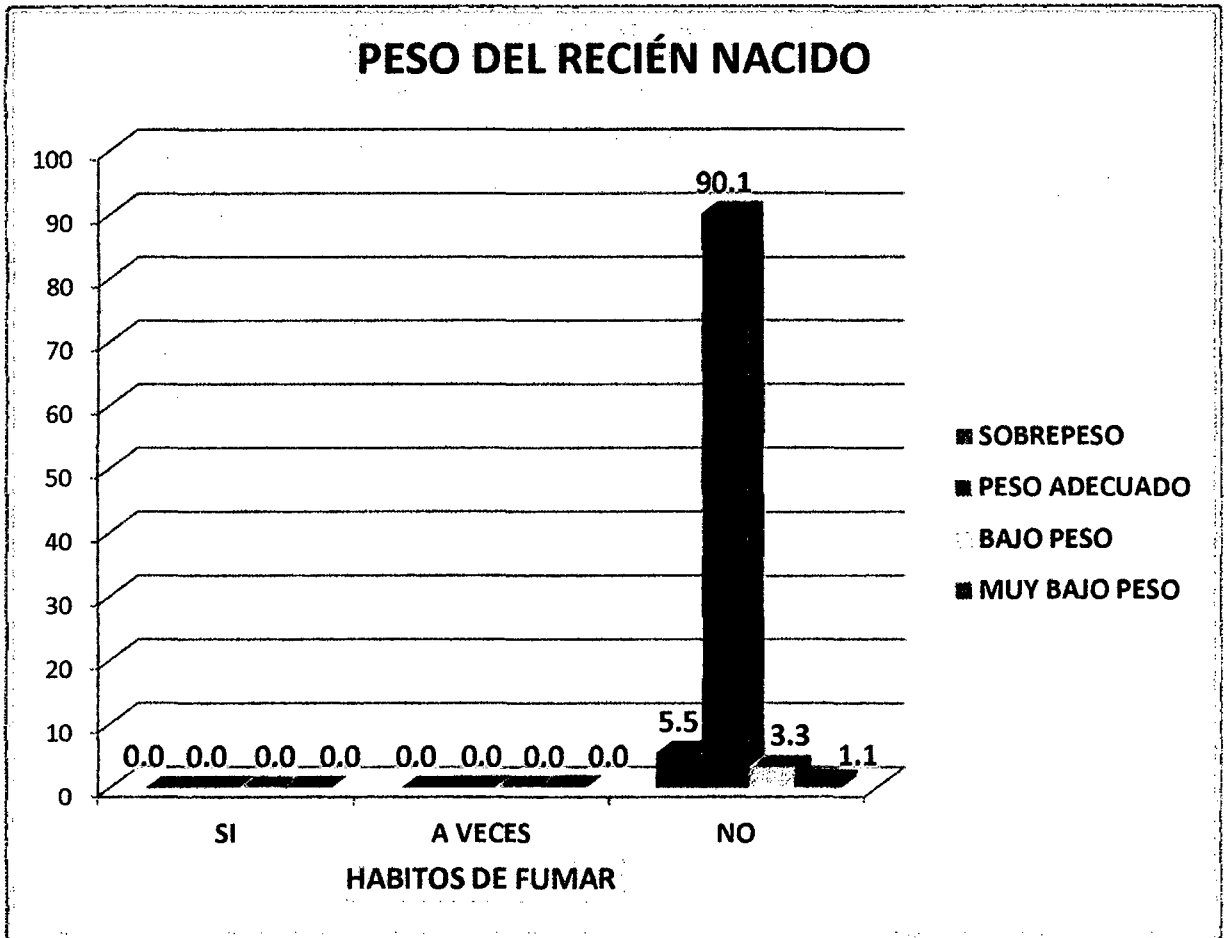


GRÁFICO N° 18:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LOS HÁBITOS DE FUMAR.

HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 07: PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADOS A FACTORES NUTRICIONALES EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

FACTORES NUTRICIONALES EN ADOLESCENTES	PESO DEL RECIÉN NACIDO									
	SOBREPESO		PESO ADECUADO		BAJO PESO		MUY BAJO PESO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
TOTAL	5	5.5	82	90.1	3	3.3	1	1.1	91	100.0
INDICE DE MASA CORPORAL										
Peso bajo	1	9.1	8	72.7	2	18.2	0	0.0	11	12.1
Normal	2	3.1	60	93.8	1	1.6	1	1.6	64	70.3
Sobrepeso	1	11.1	8	88.9	0	0.0	0	0.0	9	9.9
Obesidad	1	14.3	6	85.7	0	0.0	0	0.0	7	7.7
	$X^2: 11.820$		$p= 0.224$		$(p>0.05)$		N.S.			
GANANCIA DE PESO										
Adecuado	1	4.2	22	91.7	1	4.2	0	0.0	24	26.4
Inadecuado	4	6.0	60	89.6	2	3.0	1	1.5	67	73.6
	$X^2: 0.546$		$p= 0.909$		$(p>0.05)$		N.S.			
ANEMIA DE LA GESTANTE										
Si presenta	0	0.0	12	92.3	1	7.7	0	0.0	13	14.3
No presenta	5	6.4	70	89.7	2	2.6	1	1.3	78	85.7
	$X^2: 1.897$		$p= 0.594$		$(p>0.05)$		N.S.			

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

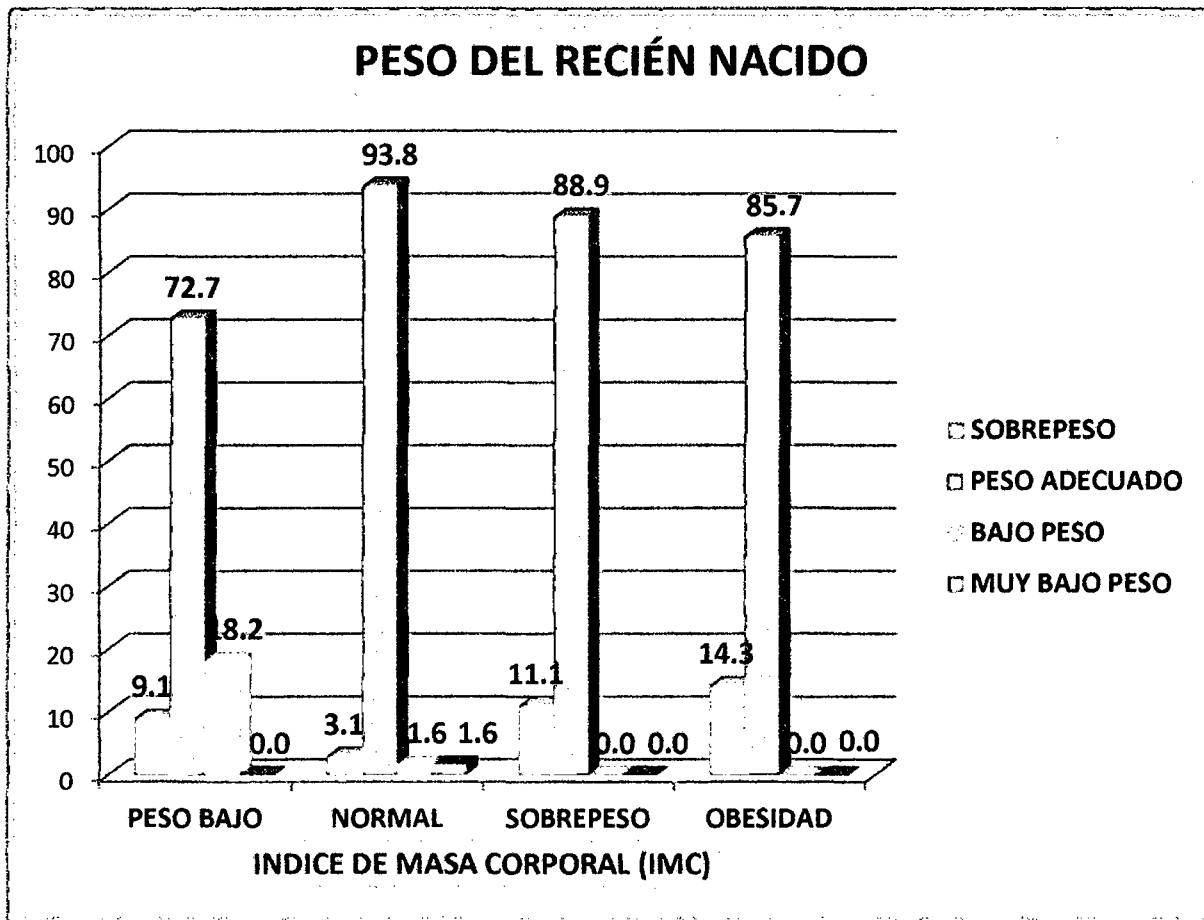


GRÁFICO N° 19:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC). HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

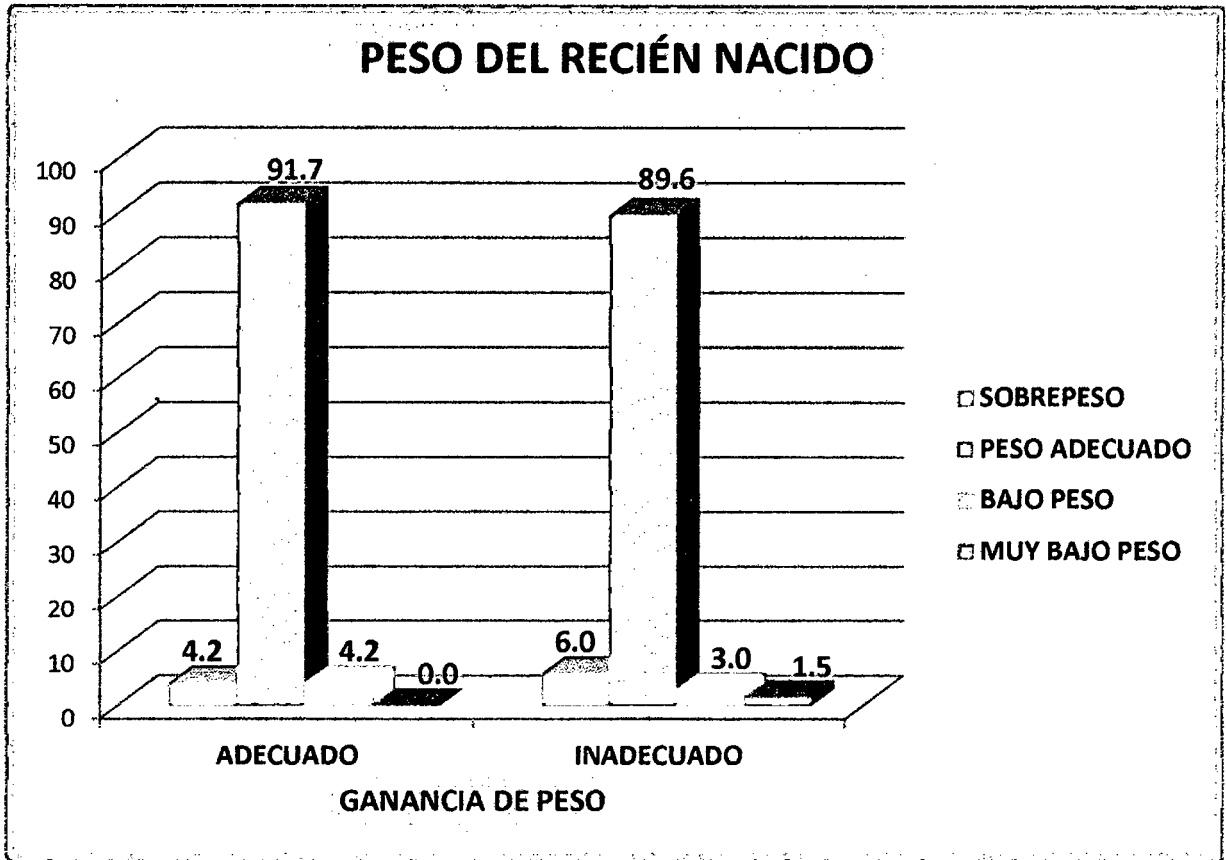


GRÁFICO N° 20:

**PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA GANANCIA DE PESO.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.**

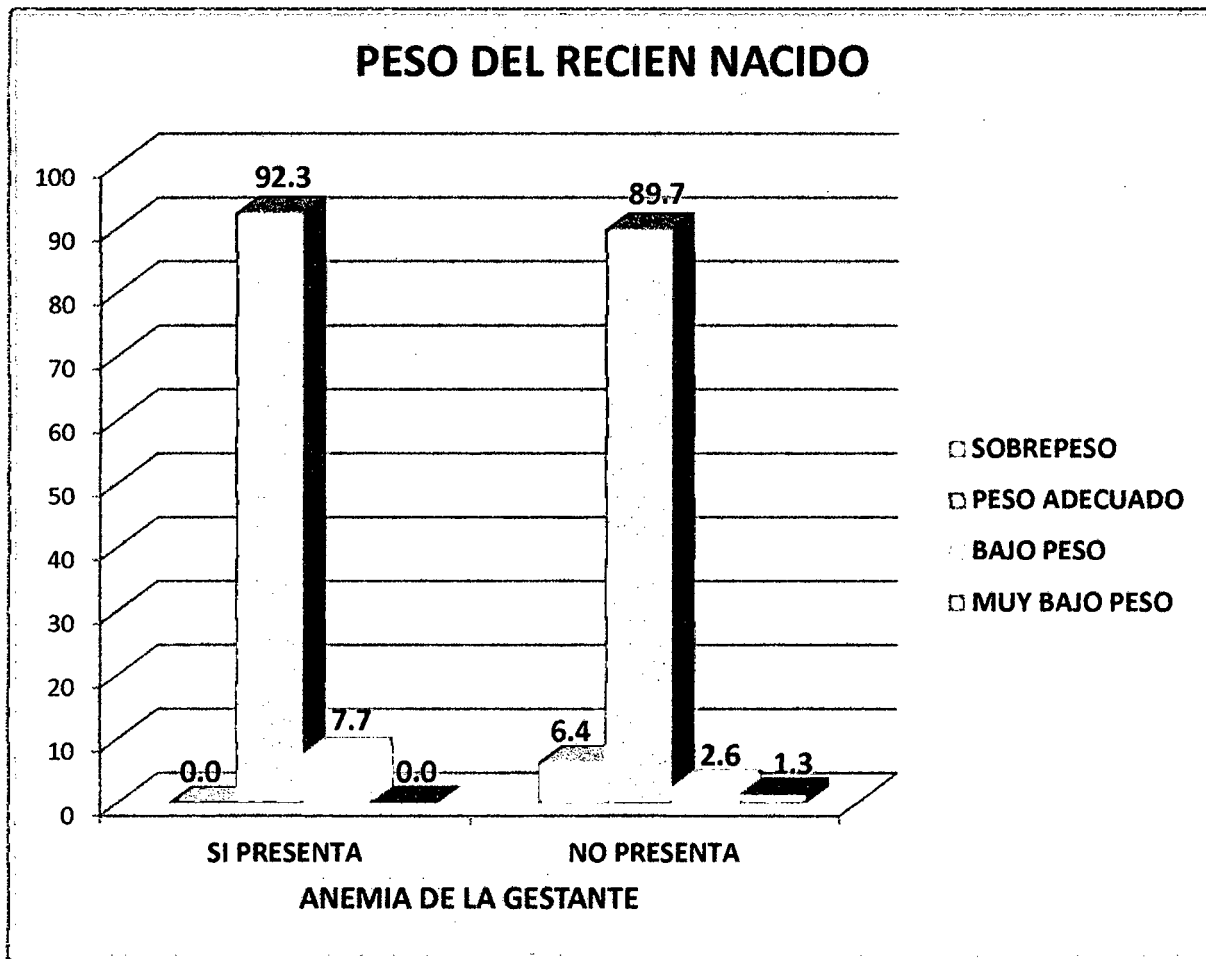


GRÁFICO N° 21:

**PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LA ANEMIA DE LA GESTANTE.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.**

TABLA N° 08: PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADOS A FACTORES OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

FACTORES OBSTÉTRICOS EN ADOLESCENTES	PESO DEL RECIÉN NACIDO									
	SOBREPESO		PESO ADECUADO		BAJO PESO		MUY BAJO PESO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
TOTAL	5	5.5	82	90.1	3	3.3	1	1.1	91	100.0
CONTROL PRENATAL										
Adecuado	3	4.5	63	94.0	1	1.5	0	0.0	67	73.6
Inadecuado	2	8.3	19	79.2	2	8.3	1	4.2	24	26.4
	X ² : 6.211		p= 0.102		(p>0.05)		N.S.			
PARIDAD										
Primipara	5	6.4	71	91.0	1	1.3	1	1.3	78	85.7
Multipara	0	0.0	11	84.6	2	15.4	0	0.0	13	14.3
	X ² : 7.773		p= 0.051		(p>0.05)		N.S.			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS										
Si presenta	1	3.7	24	88.9	2	7.4	0	0.0	27	29.7
No presenta	4	6.2	58	90.6	1	1.6	1	1.6	64	70.3
	X ² : 2.620		p= 0.454		(p>0.05)		N.S.			

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

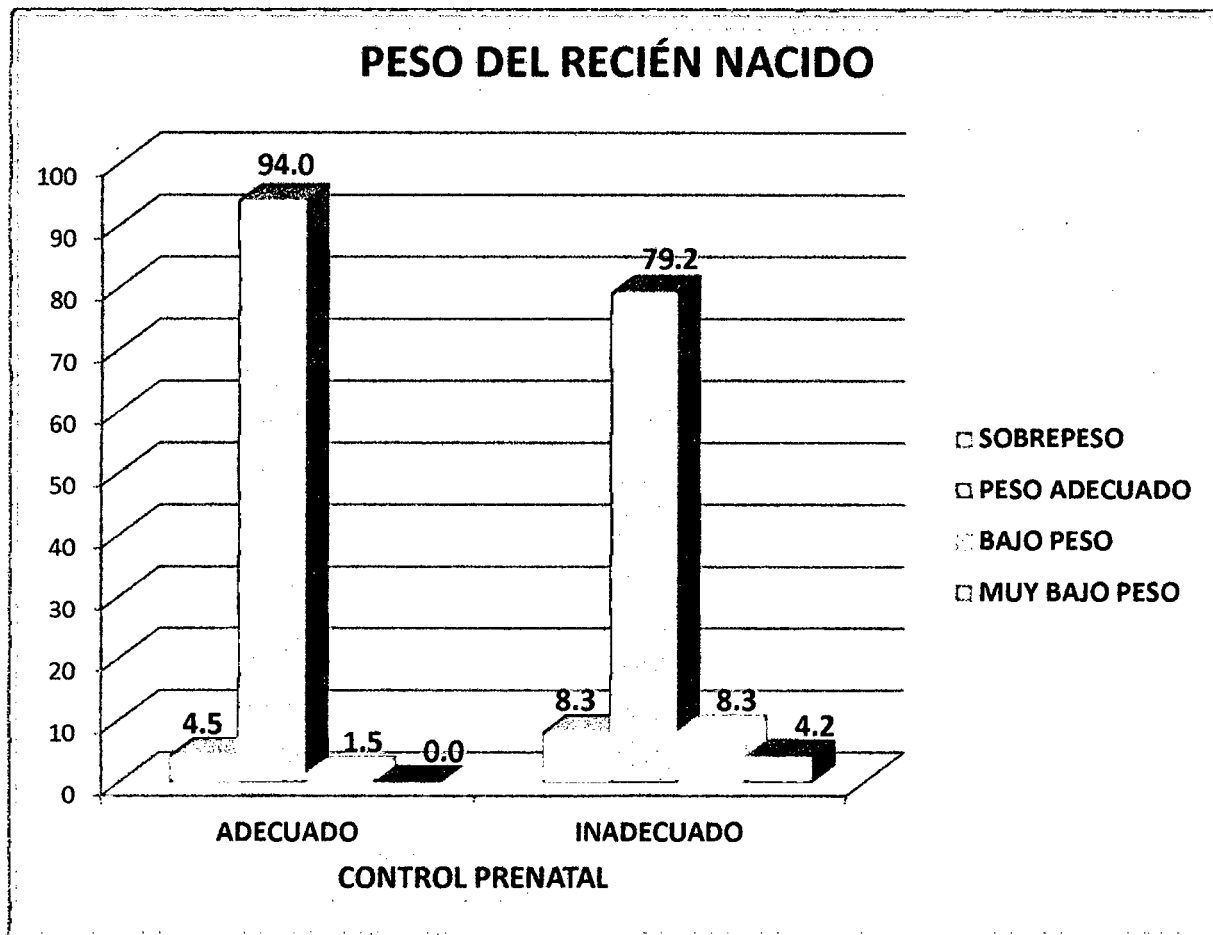


GRÁFICO N° 22:

**PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADOS AL CONTROL PRENATAL.
HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.**

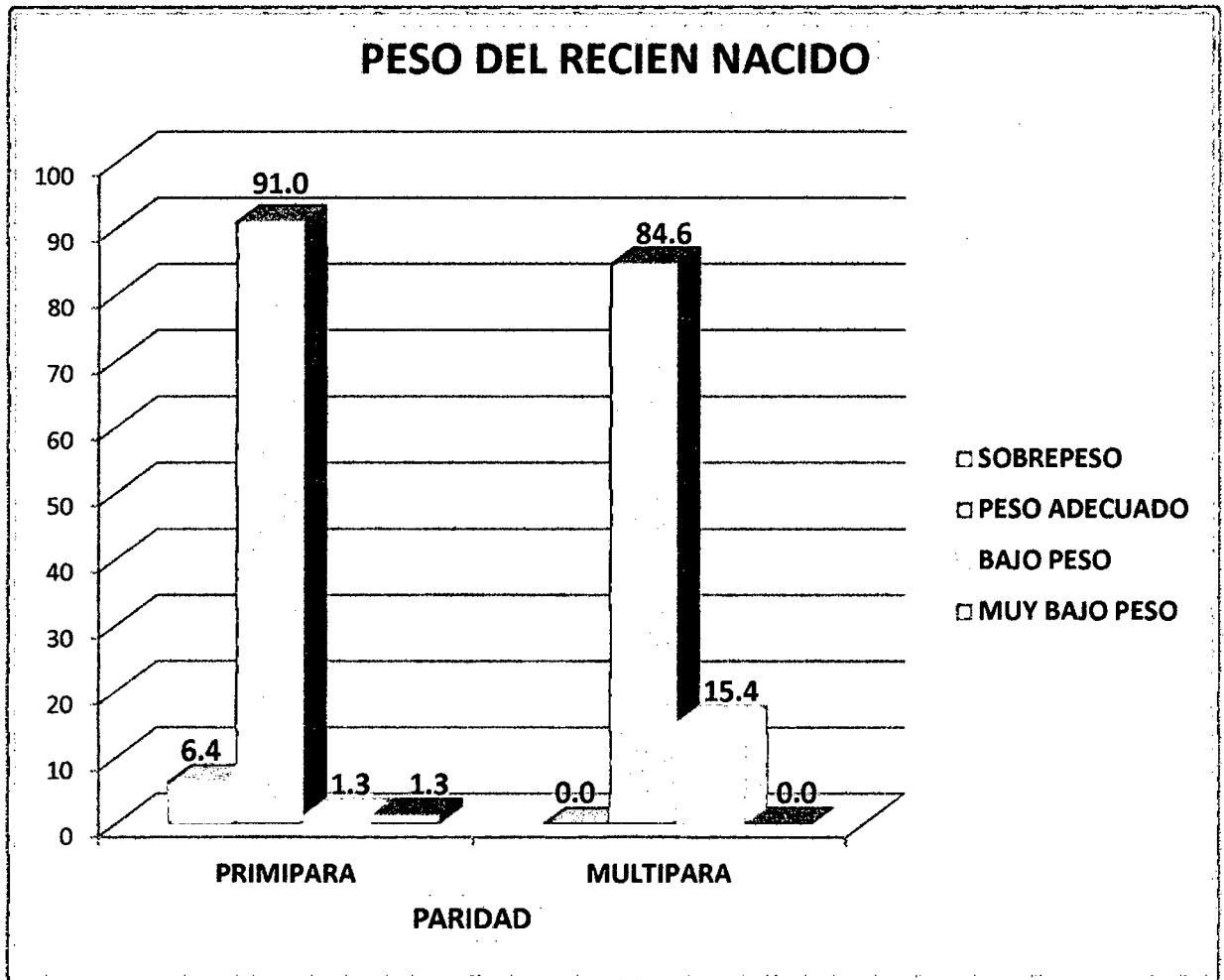


GRÁFICO N° 23:

PESO DEL RECIÉN NACIDO Y RELACIONADOS A LA PARIDAD. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

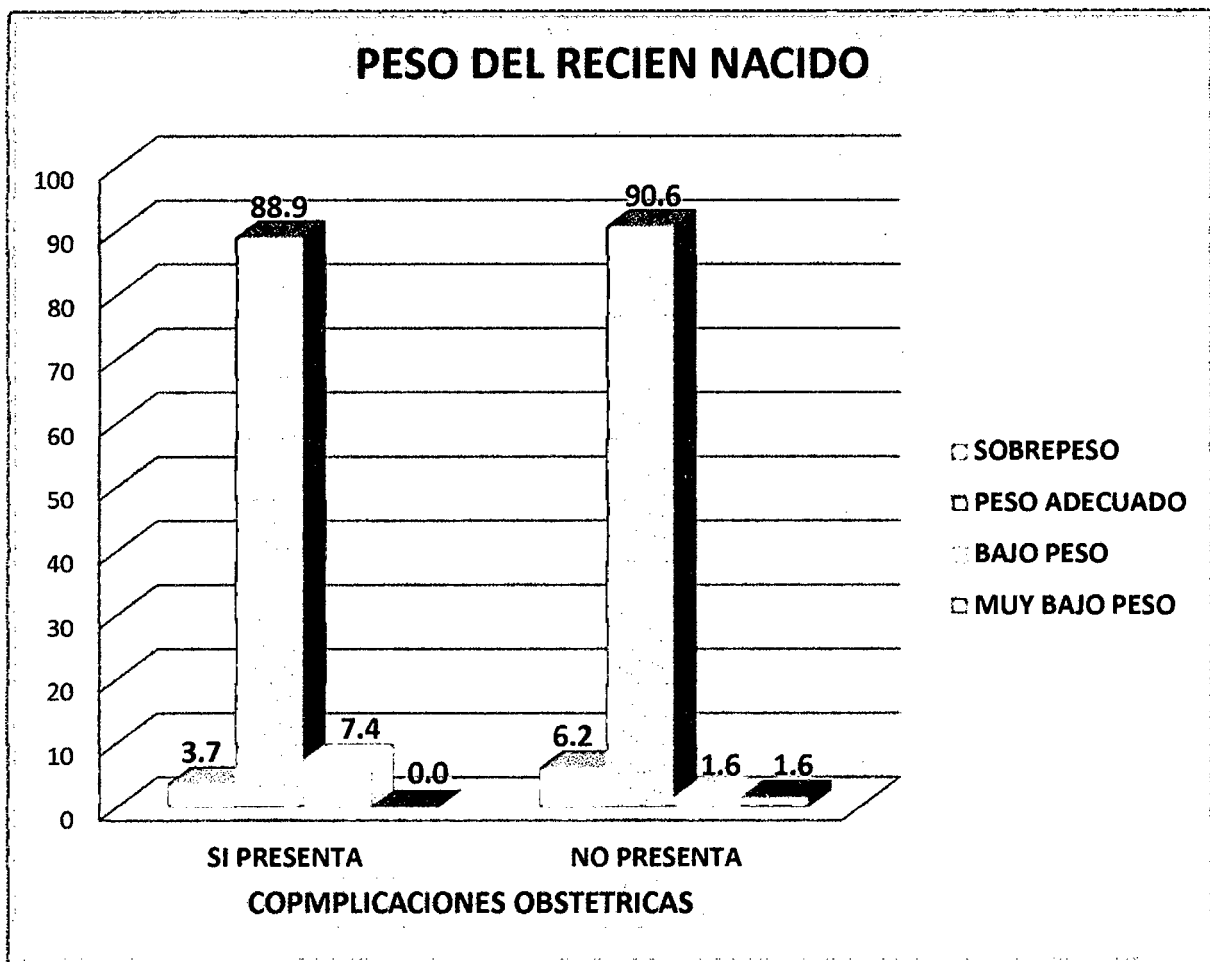


GRÁFICO N° 24:

PESO DEL RECIÉN NACIDO RELACIONADO A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA. CHIMBOTE, 2013.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

En la tabla N° 01; sobre la edad gestacional del recién nacido. Hospital de Apoyo La Caleta; se observa una prevalencia relativamente mayor de recién nacidos a término (95.6%); y una menor proporción de recién nacidos pre término y post término (3.3%) (1.1%).

Los resultados obtenidos son similares a lo encontrado por TICONA y HUANCO; quienes concluyeron que el 92.6% de las madres adolescentes presentan un embarazo a término y en promedio una edad gestacional discreta pero significativamente menor (38,9 sem.) que las adultas (39,2 sem); y el 6,7% presentó parto pre término, siendo significativamente mayor que en las adultas (4,3%) (99).

También los resultados concuerdan con CASTILLO y RICCER, quienes reportan un mayor porcentaje de recién nacidos a término (87,7%) y una menor proporción de recién nacidos pre término (12,3%) (100).

GERÓNIMO, Y.; en su investigación con respecto a la edad gestacional del recién nacido en madres adolescentes, reportó que la proporción de recién nacidos a término fue alta (89.6%) y con menor proporción los recién nacidos pre término (10.4%) (101).

FERNÁNDEZ, L. y OTROS, en su estudio en el Hospital "Julio Trigo López"; reportan que durante el periodo de estudio hubo 206 (12.3%) nacimientos de madres adolescentes; de las cuales el 83% de los recién nacidos alcanzaron de 37 a 41 semanas de vida intrauterina, el 12% menos de 37 semanas y el 5% 42 semanas o más (102).

En la tabla N° 02; en el peso del recién nacido. Hospital de Apoyo la Caleta; se observa una prevalencia relativamente mayor de recién nacidos que presentan un peso adecuado (90.1%); y una menor proporción de recién nacidos con sobrepeso, bajo peso y muy bajo peso (5.5%, 3.3% y 1.1%).

Los resultados obtenidos son similares a lo encontrado por GERÓNIMO, Y. En su estudio con respecto al peso del recién nacido en madres adolescentes se encontró que la frecuencia de nacimientos de recién nacidos con peso adecuado fue 83.3%, con bajo peso fue 10.4%, con sobrepeso 4.2% y con peso extremadamente bajo fue 2.1% (101).

Los resultados obtenidos también son similares a lo encontrado por FERNÁNDEZ, L. y OTROS, quienes en su estudio realizado en el Hospital "Julio Trigo López"; reportan que el peso promedio de los recién nacidos de madres adolescentes fueron de 3095 gr y osciló en general entre 2513 gr y 3677 gr. El peso menor fue de 1350 gr y el mayor de 4450 gr (102).

LÓPEZ, J. y OTROS; observa en su estudio que el mayor grupo de pacientes que aportó bajo peso estuvo comprendida entre las edades de 30 a 34 años con el 35.65%, seguido de las de 25 a 29 años con el 26.09%, las edades de 20 a 24 años 13.91% y finalmente las edades de 15 a 19 años con un 13.9% (103).

VÁSQUEZ, A y OTROS; reportan en su estudio que el 10.9% de las adolescentes tuvieron hijos menores de 2500 gr y de ellos el 4% con menos de 2000 gr (104).

A la vez éstos resultados difieren con lo encontrado por TICONA y HUANCO; quienes reportan que los recién nacidos de madres adolescentes presentan significativamente un mayor riesgo de nacer con bajo peso que los recién nacidos de madres adultas (99).

La mayoría de los autores señalan que tanto las edades precoces (menores de 18 años) como las tardías (mayores de 34 años) representan un factor de riesgo; ya que producen afectaciones en el peso del neonato; por lo que puede verse lo polémico de este aspecto solamente (104).

En la tabla N° 03; cuando se relaciona la edad gestacional del recién nacido y los factores sociales en adolescentes, se observa que:

En la **Edad Materna**, se observa que el 3.8% de adolescentes de 14 – 16 años presentaron recién nacidos pre término, el 100% de adolescentes en edad de 10 – 13 años tuvieron recién nacidos a término y el 1.6% de adolescentes en edad de 17 – 19 años presentaron recién nacidos post término, observando que hay comportamiento independiente entre la edad materna y la edad gestacional.

No se encontró asociación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados son similares a la investigación realizada por CASTILLO y RICCIER, quienes reportan que la mayoría de madres (48.1%) tienen edades de 14 a 19 años, de los cuales el 91.3% tuvieron recién nacidos a término mientras que el 8.7% de madres tuvieron recién nacidos pre término (100).

CHINCHAYAN, G.; reporta en su estudio que el 100% de las madres menores de 18 años alumbraron recién nacidos a término (105).

A la vez estos resultados difieren con lo encontrado por MONTERROSA, A.; que en su estudio de una población de 57 adolescentes de 13 y 14 años de edad, encontró que sólo 6 adolescentes (10.6%) tuvieron partos pre términos (40).

A la vez también éstos resultados difieren con lo encontrado por GRANADA, M.; quien explica que el mayor riesgo se presenta en mujeres menores de 19 años. Se discrepa con el autor quien refiere que en mujeres menores de 19 años el riesgo de tener un recién nacido pre término es mayor; ya que en el primer embarazo sorprende a la mujer con un sistema reproductivo insuficientemente desarrollado; pudiendo presentarse recién nacidos pre término por mala adaptación del útero a su contenido (74).

Por otro lado se observa que en el grupo de madres adolescentes tardías se dio un aumento en el índice de recién nacidos a término 95.1%, esto probablemente ocurra debido a que posiblemente las madres que atraviesan la adolescencia tardía presentan un sistema reproductivo que prácticamente ha culminado su desarrollo por lo tanto tiene más posibilidades de tener un recién nacido a término.

En el **Estado Civil** se observa que de las madres adolescentes sin pareja el 3.4% tuvieron recién nacidos pre término, el 96.6% del mismo grupo tuvieron recién nacidos a término y el 1.6% de madres adolescentes con pareja tuvieron recién nacidos post término.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados son similares a lo encontrado por CASTILLO y RICCAR, quienes registraron que en la mayoría de madres casadas, convivientes y

solteras prevalece los recién nacidos a término (84.2%, 89.5%, y 83.9%), mientras que el 16.1% de madres solteras tuvieron recién nacidos pre términos (100).

GERÓNIMO, Y.; reporta que el 18,8% de madres adolescentes sin pareja presentaron recién nacidos pre término y el 93.7% de madres adolescentes con pareja presentaron recién nacidos a término (101).

Los resultados de la presente investigación no son similares a lo encontrado por SEVILLANO, J. y ÁLVAREZ, R.; quienes registraron que el 16.7% de adolescentes sin pareja, presentaron recién nacidos pre término extremos y el 33.3% recién nacidos pre término moderados. El 73.1% de adolescentes con pareja tuvieron recién nacidos pre término leves (106).

A la vez estos resultados difieren con lo encontrado por CACEDA, M.; quien en su estudio relacionado a las complicaciones durante el embarazo según el estado conyugal, reportó que ante la prueba de Chi Cuadrado no proporcionó resultados significativos entre sus variables; sin embargo se encontró que el mayor porcentaje estuvo conformado por gestantes sin pareja; las cuales sí presentaron complicaciones durante el embarazo (parto pre término) (21).

Es importante resaltar que el embarazo de la adolescente sin pareja, casi siempre corre riesgo de ser rechazada por padres y grupo social;

produciéndose una alteración en su estado emocional (estrés) que podría condicionarle complicaciones durante su embarazo, parto o puerperio (107).

Las madres adolescentes sin pareja presentan un riesgo significativo para la edad gestacional, ya que es en esta etapa donde la madre necesita aun más el apoyo emocional de la pareja, es ahí donde la pareja juega un papel importante en la evolución del embarazo.

En la **Residencia**, se observa que el 11.1% de madres adolescentes que residen en zona urbana presentaron recién nacidos pre término, el 100% de madres adolescentes que residen en asentamientos humano tuvieron recién nacidos a término y el 2.3% de madres adolescentes que residen en zona rural presentaron recién nacidos post término.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados son similares a lo encontrado por BERNAOLA y LIÑAN; quienes reportan en su estudio que el 77.3% de madres adolescentes residen en asentamiento humano. Probablemente en estas zonas las familias son de recursos económicos bajos, hogares desintegrados y no le dan mayor importancia al tema sobre educación sexual. Por otro lado se discrepa con las autoras cuando relacionan la residencia de la madre con la edad gestacional del recién nacido; ya que ellas reportan que el 60.0% de las madres adolescentes que residen en zonas rurales tuvieron recién nacidos pre término (62).

Estos resultados son similares también a lo encontrado por GERÓNIMO, Y.; quien evidencia que el 12,5 % de madres adolescentes que residen en asentamiento humano presentaron recién nacido pre términos, el 100% de madres adolescentes que residen en zona urbana presentaron recién nacidos a término y el 90.0% de madres adolescentes que residen en zona rural presentaron recién nacidos a término (101).

VARINAS I., en su estudio encontró que el porcentaje de adolescentes que ya han sido madres o que están embarazadas por primera vez se registra en un 20%. La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres del país, migrantes, de zonas rurales y en poblaciones menos educadas (108).

En el **Grado de Instrucción**, se observa que el 5.4% de madres adolescentes con grado de instrucción secundaria presentaron recién nacido pre término, el 100% de madres adolescentes analfabetas y de grado de instrucción superior presentaron recién nacidos a término y el 4.3% de madres adolescentes con grado de instrucción primaria presentaron recién nacidos post término.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados de la presente investigación es similar a lo encontrado por CASTILLO y RICCER, quienes reportan en su estudio; un mayor porcentaje de

madres adolescentes con nivel secundario (60.8%); y con mínima proporción madres sin instrucción (2.3%). En la mayoría de madres con estudios de primaria, secundaria y superior; prevalece los recién nacidos a término (93.9%, 86.7% y 88.3%). Por otro lado se discrepa con las autoras cuando relacionan el grado de instrucción de la madre con la edad gestacional del recién nacido; ya que ellas reportan que el 33.3% de las madres adolescentes sin instrucción tuvieron recién nacidos pre término (100).

Similares resultados obtuvieron CISNEROS, D. y ÑUÑUVERO, V. (2007), el porcentaje mayor de adolescentes primíparas presenta grado de instrucción secundaria. (63.4%) (109).

GRANADA, M., menciona en su estudio que la mujer con escolaridad nula, tiene mayor probabilidad de perder a su hijo o de dar a luz a niños pre término o con anomalías congénitas (74).

Por otro lado la OMS, reporta que el mayor porcentaje de recién nacidos se presenta cuando la madre es analfabeta o sólo tiene primaria completa y secundaria incompleta. La incidencia es mínima en las clases socioeconómica media y alta; lo cual coincide con el presente estudio donde se evidencia que el 5.4% de las madres con nivel secundario tuvieron recién nacidos pre término (110).

En el **Hábito de fumar** se observa que de las madres adolescentes que no fuman el 3.3% presentaron recién nacidos pre término, el 95.6% presentaron recién nacidos a término y el 1.1% recién nacido post término.

Existe una relación significativa entre ambas variables.

WISBORG y COL; en un estudio de seguimiento en Dinamarca reporta que las fumadoras tienen un riesgo del 40 % por encima de las no fumadoras. Se conoce que el hábito de fumar incrementa el riesgo de parto pre término (111).

De los datos obtenidos podemos analizar que estos hábitos nocivos como el hábito de fumar constituye un riesgo no solo en un parto pre término sino también un riesgo sustancial del daño cerebral.

En la tabla N° 04: cuando se relaciona la edad gestacional del recién nacido y los factores nutricionales en madres adolescentes, se observa que:

En el **Índice de Masa Corporal**, se observa que el 9.1% de madres adolescentes tiene peso bajo presentaron recién nacidos pre término, el 100% de madres adolescentes con sobrepeso y obesidad presentaron recién a término y el 9.1% de madres adolescentes con peso bajo presentaron recién

nacidos post término, por lo que existe un comportamiento independiente entre la variable de Índice de Masa Corporal y edad gestacional.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados coinciden con lo encontrado por AGURTO, C. y MENDIETA, G., quienes reportan que entre las madres de IMC PG normal el 92.3% presenta edad gestacional a término y el 7.7% edad gestacional pre término, a diferencia de las madres de IMC PG sobrepeso y obesidad donde el 100% presentan edad gestacional a término (112).

La mayoría de estudios relacionan el bajo peso materno y el deficiente estado nutricional materno con la prematuridad, obteniendo resultados significativos; es así que VILLENA (1997) observó de manera significativa en el grupo de gestantes de bajo peso, una mayor frecuencia de trabajo de parto pre término y prematuridad (113).

Sin embargo; algunos estudios coinciden con el presente estudio al no encontrar tal asociación, es así que el informe de RAMIREZ (1990), encontró que tanto la estatura como el peso pre gravídico no se asocian al parto pre término (114).

El Informe del Comité de Expertos de la OMS, refiere que no es clara la asociación entre el estado nutricional materno y la edad gestacional al nacer,

pues para el RCIU y la prematuridad; la nutrición materna es solo uno de los factores causantes (81).

En la **Ganancia de Peso**, se observa que el 4.5% de madres adolescentes con ganancia de peso inadecuado presentaron recién nacidos pre término, el 100% de madres adolescentes con ganancia de peso adecuado presentaron recién nacidos a término y el 1.5% de madres adolescentes con ganancia de peso inadecuado presentaron recién nacidos post término.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados coinciden a lo encontrado por AGURTO, C. y MENDIETA, G., quienes reportan que la mayoría de madres adolescentes con ganancia de peso adecuado e inadecuado (por exceso y por defecto) tuvieron recién nacidos con una edad gestacional a término (112).

El promedio de ganancia de peso materno durante la gestación dependiendo del IMC PG, es para las mujeres con IMC PG bajo entre 12.5 y 18 kg, las mujeres con IMC PG normal deben ganar de 11.5 kg, y las de IMC PG de sobrepeso deben ganar de 7 a 11.5 kg, y las IMC PG obesas deben ganar solo un total de 7 kg (80).

Estos resultados no coinciden a lo encontrado por PACORA (1995); quien en varios estudios demuestra que existe una fuerte asociación entre el

aumento de peso durante la gestación y las posibilidades tanto de un parto prematuro como de un crecimiento deficiente del feto. Un aumento insuficiente de peso; especialmente durante la primera mitad de la gestación, se ha considerado como un riesgo de parto prematuro, tanto en los casos en los que la madre espera un solo bebé como cuando espera mellizos. Cuando la madre aumentó menos de 7 kg., la incidencia de partos prematuros fue de 25%. Esta cifra disminuyó hasta llegar sólo a 5% cuando la madre aumentó hasta 13.5% durante la gestación (115).

KRASOVEC (1991), refiere estudios como los de Ebbs, Tisdall y Scott; de Balfour y de Cameron y Graham; que apoyan la afirmación de que una dieta pobre durante la gestación induce mayor incidencia de abortos, natimuecos, prematuros y muertes neonatales (37).

En la **Anemia de la gestante**, se observa que el 3.8% de madres adolescentes que no presenta tuvieron recién nacidos pre término, el 100% de madres adolescentes que si presentan tuvieron recién nacidos a término y el 1.3% de madres adolescentes no presenta tuvieron recién nacidos post término.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Las anemias nutricionales son las más frecuentes en el embarazo, entre ellas la ferropénica representa aproximadamente el 75% de todas las

diagnosticadas y se debe fundamentalmente al incremento en la utilización de hierro (Fe). Las embarazadas necesitan hierro para reponer las pérdidas basales, aumentar la masa de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y de la placenta. Esta complicación del embarazo se ha asociado en varios estudios a prematuridad (116).

Así mismo estos resultados no coinciden con lo encontrado por KELLEY, S. y Cols; quienes en un estudio realizado en Atlanta, Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1999, encontraron que el nivel bajo de hemoglobina incrementa el riesgo de parto prematuro y los niveles altos de hemoglobina en la gestante conducen a un recién nacido pequeño para la edad gestacional (117).

Estos resultados no coinciden con lo encontrado por SCHOLL y Cols, quienes en un estudio en Estados Unidos en el año de 1992, comparan el riesgo de resultados adversos en el embarazo en dos grupos; mujeres con deficiencia de hierro (anemia ferropénica) y mujeres con anemia causada por otras patologías, encontrando que sólo las mujeres que tenían deficiencia de hierro durante el primer o segundo trimestre el riesgo de parto pre término y recién nacidos de bajo peso aumentaba (118).

En la tabla N° 05: Edad gestacional del recién nacido relacionados a factores obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta, se observa:

En el **Control Prenatal**, el 8.3% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal inadecuado presentaron recién nacidos pre término, el 97% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal adecuado presentaron recién nacidos a término y el 1.5% del mismo grupo tuvieron recién nacidos post término.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas.

Los resultados encontrados coinciden a lo encontrado por GERÓNIMO, Y., reporta que el 12.5% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal inadecuado presentaron recién nacidos pre término y el 91.7% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal adecuado presentaron recién nacidos a término (101).

CASTILLO y RICCAR, reporta en su estudio que la mayoría de madres tienen de 8 ó más CPN (57,3%), seguido de 5 ó 7 CPN, y 3 ó 4 CPN (17,9% y 14,5% respectivamente) y con mínima proporción las madres sin control y de 1 ó 2 CPN (5,3% y 5,0%) tuvieron recién nacidos a término, mientras que el 38,5% de madres con 1 o 2 CPN tuvieron recién nacidos pre término (100).

Resultados que sugieren que el control prenatal y la determinación de los factores de riesgo son de valor considerable en relación a la morbilidad perinatal, siendo un arma muy útil en la prevención de nacimientos de niños pre términos y post término (85).

El control, prenatal en los últimos años ha logrado disminuir la morbilidad materna y fetal, pero en nuestro país aún sigue siendo un problema dado que la madre no asiste puntualmente a sus controles y esto es a causa de problemas socioeconómicos y culturales de las propias gestantes.

Frente a esto se puede afirmar que las madres adolescentes que realizan un control prenatal Adecuado tienen recién nacidos a término, mientras que la mayoría de madres adolescentes que presentan un control prenatal Inadecuado tienen recién nacidos pre términos, de ahí la importancia que tiene el control prenatal y la determinación de factores de riesgo en relación con la morbilidad perinatal, ya que a través del CPN se vigila la evolución del embarazo desde el inicio en intervalos adecuados, observando las complicaciones frecuentes en cada trimestre del embarazo, minimizando así la frecuencia de nacimientos pre término (101).

En la **Paridad** se observa, el 7.7% de madres adolescentes multíparas presentaron recién nacidos pre término, el 96.2% de madres adolescentes primíparas presentaron recién nacidos a término, y el 1.3% del mismo grupo presentaron recién nacidos post término.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados son similares a lo encontrado por: CASTILLO y RICCER, reporta la mayoría son primíparas y multíparas (45.4% y 44.3%) y con menor proporción gran multípara (10.3%). En la mayoría de madres, sean primípara, multíparas y gran multíparas, prevalece los recién nacido a término (86.6%, 90.4% y 81.5%) (100).

Frente a esto coincidimos con GRANADA M. quien afirma que la paridad es también un factor de riesgo en las mujeres que tienen más de 8 embarazos y en las nulíparas, en la gran multíparas el riesgo es que las fibras uterinas han perdido su capacidad de contraerse y estirarse, lo cual interviene en la evolución normal del parto prolongado con posibilidad de sufrimiento fetal, en el caso de las nulíparas la causa de riesgo es la mayor consistencia de las vías blandas (74).

El embarazo en la adolescente acarrea importantes riesgos pues existe la preocupación de que su organismo presente los cambios fisiológicos y anatómicos que le permitan aceptar un embarazo y mantenerlo a término y el periodo intergenésico también juega un papel importante en relación a la edad del recién nacido, las lesiones en el aparato reproductor, los nacimientos muy seguidos dejan menos oportunidades a la madre para recuperarse del desgaste del embarazo ocurriendo la mayor probabilidad de que su niño nazca prematuramente.

En las **complicaciones obstétricas** se observa que el 3.7% de las madres adolescentes que si presenta tuvieron recién nacidos pre término y post término, el 96.9% de la las madres adolescentes que no presenta tuvieron recién nacidos a término.

No se observa asociación estadística significativa entre las complicaciones obstétricas y la edad gestacional.

Cabe mencionar que dentro de la población de madres con complicaciones obstétricas se encontró: Ruptura prematura de membranas (77.8%), enfermedad hipertensiva del embarazo (18.5%) así como con desprendimiento prematuro de placenta (3.7%). No encontrándose casos de placenta previa. (Anexo N 05)

Estos resultados coinciden a lo reportado por GERÓNIMO, Y., quien precisa que el 95.5% de madres adolescentes sin antecedentes de complicaciones obstétricas presentaron recién nacidos a término y el 15.4% de madres adolescentes con antecedentes de complicaciones obstétricas presentaron recién nacidos pre término (101).

Los resultados no coinciden con DE LA CRUZ, I., quien en su estudio encontró que la mayor frecuencia de nacimientos pre términos fueron de madres que presentaron complicaciones durante el embarazo, esto probablemente se asocia a procesos en los que existe incapacidad por parte

del útero para retener al feto, interfiriendo con el embarazo, desprendimiento precoz de la placenta o estímulos que produzcan contracciones uterinas precoces y efectivas (55).

Es importante recalcar que durante la gestación ciertas características del ambiente materno ejercen influencias, dando como resultado complicaciones que ponen en peligro la salud de la madre y el hijo recién nacido (74).

En la tabla N° 06; Peso del recién nacido relacionados a factores sociales en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta, tenemos que:

En la **Edad Materna**, se observa que el 7.7% de madres adolescentes en edad de 14-16 años presentaron recién nacido con sobrepeso, el 100% de las madres adolescentes en edad de 10 – 13 años presentaron recién nacidos con peso adecuado y el 4.9% de las adolescentes en edad de 17 – 19 años presentaron recién nacido con sobrepeso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados son similares a la investigación realizada por: GERÓNIMO que reporta en su estudio que el 50% de madres adolescentes entre 10 a 13 años presentaron recién nacidos de peso extremadamente bajo; el 15.4% de madres adolescentes entre 14 a 16 años presentaron recién nacidos de bajo peso; el 84.8% de madres adolescentes entre 17 a 19 años presentaron recién

nacidos de peso adecuado; y el 6.1% de madres adolescentes entre 17 a 19 años presentaron recién nacidos con sobrepeso (101).

ROMANO, F. y BLANC., reporta en su estudio que tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer de incidencia de 8.27%; no coincidiendo con la literatura consultada ya que las madres adolescentes (menores de 20 años) son consideradas de alto riesgo, debido a que sus hijos tienen mayor posibilidad de nacer con bajo peso (<2500g) (119).

Es importante recalcar que durante la gestación ciertas características del ambiente materno ejercen influencias, dando como resultado complicaciones que ponen en peligro la salud de la madre y del hijo recién nacido (74).

En conclusión; los resultados anteriormente descritos comprueban que el bajo peso al nacer no puede atribuirse a la edad materna.

El análisis de datos permite concluir que el comportamiento de las madres adolescentes es independientemente de la etapa en que su edad se encuentre, probablemente sea por el hecho de experimentar una nueva etapa improvisada que le haga tomar conciencia en cuanto a los cuidados prenatales para tener un bebe sano.

En el **Estado Civil** se observa que el 6.9% de madres adolescentes sin pareja presentaron recién nacidos con sobrepeso, el 90.3% de madres

adolescentes con pareja presentaron recién nacidos con peso adecuado, el 4.8% de madres adolescentes con pareja presentaron recién nacidos con bajo peso al nacer y el 3.4% de madres adolescentes sin pareja presentaron recién nacidos de muy bajo peso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados de la presente investigación son similares a lo encontrado por: URMENETA y Otros, reportan en su estudio que el 97.8% tienen pareja registrada en la historia obstétrica (indica el reconocimiento paterno). La edad de la pareja de la madre adolescente está entre los 17 y 50 años (edad media 20,8). Menciona que las madres adolescentes que tienen pareja tienen menor riesgo de procrear un hijo con bajo peso (120).

A la vez estos resultados coinciden con lo encontrado por: GERÓNIMO, Y.; reporta que el 6.3% de madres adolescentes sin pareja presentaron recién nacidos de peso extremadamente bajo, el 18.8% de madres adolescentes sin pareja presentaron recién nacido de bajo peso, el 90.6% de madres adolescentes con pareja presentaron recién nacidos con peso adecuado y el 6.3% presentaron recién nacido con sobrepeso (101).

Por lo tanto existe la probabilidad de que las madres adolescentes que viven con su pareja se sientan amadas, aceptadas, con buen estado emocional, que influye en el resultado de tener un recién nacido con peso adecuado (101).

En la **Residencia**, se observa que el 22.2% de las madres adolescentes que residen en zona urbana presentaron recién nacidos con sobrepeso, el 93.2% de las madres adolescentes que residen en asentamientos humanos presentaron recién nacidos con peso adecuado, el 11.1% de las madres adolescentes que residen en zona urbana presentaron recién nacidos de bajo peso y el 2.3% de las madres adolescentes que residen en zona urbana tuvieron recién nacidos de muy bajo peso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados coinciden a lo encontrado por GERÓNIMO, Y.; quien evidencia que el 5.0% de madres adolescentes que residen en zona rurales presentaron recién nacido de peso extremadamente bajo: 15.0% de madres adolescentes que residen en zonas rurales presentaron recién nacidos de bajo peso; el 100% de madres adolescentes que residen en zona urbana presentaron recién nacidos de peso adecuado y el 5.0% de madres que viven en zonas rurales presentaron recién nacidos con sobrepeso (101).

SHIMABUKU, R. y OLIVERO, M. encontraron como resultado que la incidencia nacional del recién nacido de bajo peso (RNBP) fue del 9,97% con 7,0% en la costa; 11,3% en la sierra y el 12,4% en la selva. Mediante el análisis de regresión logística multifaccional de razón de posibilidades más importantes fueron: altitud mayor a 2000m, sin educación o solo educación primaria, sin control prenatal y sin unión conyugal. Pero además cabe resaltar

que entre los resultados se obtuvo que las mujeres con talla menos de 1.45 cm tuvieron el 11,8% de RNBP y las de peso menos de 50Kg, tuvieron el 12,0%. Esto es más obvio en el área rural donde las mujeres pequeñas tienen casi el doble de RNBP que el promedio nacional (17,12% versus 9,97%). Similamente, en el área rural, la incidencia de madres que pesan menos de 50Kg es del 17,67% y el 9,24% en el área urbana (54).

Por otro lado el binomio urbano – rural parece ser determinante, ya que es más frecuente la maternidad en el medio urbano y está asociado a zonas de nivel socioeconómico medio – bajo. El medio urbano y las zonas deprimidas (urbano marginal y rural), como factores desencadenantes de la maternidad prematura y de bajo peso al nacer, están recientemente ligados a otro factor socio – económico (120).

En el **Grado de Instrucción**, se observa que el 22.2% de madres adolescentes con estudios de nivel superior presentaron recién nacidos con sobrepeso, el 100.0% de madres adolescentes sin grado de instrucción presentaron recién nacidos con peso adecuado y el 5.4% 1.8% de madres adolescentes con estudios secundarios presentaron recién nacidos de bajo peso, y de muy bajo peso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

El resultado de la presente investigación no coincide a lo encontrado por: GERÓNIMO, Y.; quien evidencia que el 12.5% de madres adolescentes con estudio de nivel primario presentaron recién nacidos de peso extremadamente bajo y el 12.5% presentaron recién nacidos de bajo peso; el 88.2% de madres adolescentes con estudios de nivel secundario presentaron recién nacidos de peso adecuado, y el 16.7% de madres adolescentes con estudios de nivel superior presentaron recién nacidos con sobrepeso (101).

Los resultados de la presente investigación no coinciden a lo encontrado por: CARDOSO, M.; menciona en su estudio, en cuanto a las madres adolescentes. El grado de instrucción más frecuente fue el de secundaria completa con un 42,4%, seguido de primaria completa 29%, sólo 2,1% eran analfabetas. A menor nivel educativo mayor probabilidad de tener un recién nacido de bajo peso (121).

De acuerdo a lo evidenciado podemos analizar que ambas variables tienen un comportamiento independiente, pero consideramos importante que el grado de instrucción influye en el conocimiento para una conducta social que no pueda poner en peligro la vida del recién nacido y obtener un parto prematuro.

En el **Hábito de fumar** se observa que de las madres que no fuman el 5.5% presentaron recién nacido con sobrepeso, 90.1% recién nacidos de peso

adecuado, 3.3% recién nacido de bajo peso y el 1.1% recién nacido de muy bajo peso.

Existe una relación significativa entre los antecedentes obstétricos con respecto al hábito de fumar y la edad gestacional. ($p= 0.00$).

Este factor influye tanto en el parto pre término como en el crecimiento intrauterino retardado. Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras. Las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido bajo peso (122).

Los productos tóxicos del cigarrillo acarrear deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal (116).

En la tabla N° 07; Peso del recién nacido relacionados a factores nutricionales en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta, se observa:

En el **Índice de Masa Corporal**, se observa que el 14.3% de madres adolescentes con IMC obeso presentaron recién nacidos con sobrepeso, el 93.8% de madres adolescentes con IMC normal presentaron recién nacidos con peso adecuado, el 18.2% de madres adolescentes con IMC de peso bajo

tienen recién nacido de bajo peso y el 1.6% de madres adolescentes con IMC normal presentaron recién con muy bajo peso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados son similares con lo encontrado por AGUILAR, J. MATTA, M., quienes reportan que entre las madres de IMC normal el 60% presenta recién nacido con peso adecuado, el 13.3% de madres adolescentes con IMC con sobrepeso presentaron recién con bajo peso (124).

AGURTO, Del C. y MENDIETA, G., en su estudio reporta que entre las madres con IMC PG bajo e IMC PG normal prevalece el peso al nacer adecuado (100%, 92.3% respectivamente) además la cuarta parte de las madres con IMC PG con sobrepeso y obesas, tuvieron un recién nacido grande para la edad gestacional (25% respectivamente) (112).

ZELAYA, encontró que el riesgo de tener un recién nacido de bajo peso al nacer depende significativamente de factores tales como el IMC PG menores de 20, es decir, existirá una relación directa entre el IMC PG de la madre y el peso del recién nacido (125).

En la **Ganancia de Peso**, se observa que el 6.0% de madres adolescentes con ganancia de peso inadecuado tienen recién nacido con sobrepeso, el 91.7% y el 4.2% de las madres adolescentes con adecuada ganancia de peso

el presentaron recién nacido con peso adecuado y con sobrepeso y 1.5% de madres que tienen ganancia inadecuada de peso tuvieron recién nacido con muy bajo peso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Estos resultados no son similares a lo encontrado por AGURTO, Del C. MENDIETA, G., quienes reportan que entre las madres de IMC PG bajo el 100% tuvo una ganancia adecuada de peso y presentaron recién nacidos de peso al nacer adecuado, mientras que para el IMC PG sobrepeso, entre madres de ganancia de peso adecuado el 100% de los recién nacidos presentaron un peso a nacer adecuado (112).

ZELAYA, en su investigación concluye en que los grupos de adecuado y bajo peso previo tanto el estado nutricional inicial como la ganancia de peso durante el embarazo ejercen una influencia importante sobre el peso del recién nacido, por el contrario en aquellas pacientes que iniciaron su embarazo con sobrepeso u obesidad, el peso de los recién nacidos si bien estuvo notablemente influido por el estado nutricional previo, fue independientemente de la ganancia de peso (125).

El aumento insuficiente de peso durante la gestación se correlaciona con lactantes de bajo peso al nacer y suele indicar mala nutrición materna y fetal. Cuando el peso de la mujer desciende a menos que su peso durante el primer

trimestre, o aumenta 900 gr. o menos al mes, o menos de 225 gr. por semana en el segundo y tercer trimestre, se considera insuficiente (5) (126).

El aumento excesivo de peso durante el embarazo aún no se define con precisión ni hay acuerdo sobre si debe considerarse como factor de riesgo; Pitkin (1997) define como aumento excesivo de peso a un aumento de 3 kg. o más al mes y otros lo consideran excesivo cuando es más de 4 kg. al mes o 1 kg. por semana. Algunas investigaciones demuestran que los resultados de la gestación son mejores conforme el aumento de peso es mayor, aunque otros indican que se presentan problemas cuando el peso aumenta más de lo que se desea. Sin embargo estudios sugieren que la gestante obesa tiene mucho más riesgo de desarrollar hipertensión, diabetes gestacional y tromboflebitis. Además se ha demostrado que, si el peso preconcepcional es adecuado para la talla, en ausencia de patología, un aumento de peso de la madre durante la gestación hasta el percentil 90 del patrón de ganancia de peso no se asocia con macrosomía fetal (126) (127).

En la **Anemia**, se observa que el 6.4% de madres adolescentes que no presentan tuvieron recién nacido con sobrepeso, el 92.3 y el 7.7% de las madres adolescentes que si presentan tuvieron recién nacidos con peso adecuado y con bajo peso y el 1.3% de madres adolescentes que no presentan tuvieron recién nacidos con muy bajo peso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

CARPIO, M.; observa que la anemia es un factor determinante según el riesgo relativo, ya que la presencia de anemia hace 7 veces más susceptible de que los niños tengan bajo peso al nacer. El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el principal factor desencadenante de las más de 5 millones de muertes neonatales que ocurren anualmente en el mundo. El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el principal factor desencadenante de las más de 5 millones de muertes neonatales que ocurren anualmente en el mundo (128).

ISRAEL, L. y LUGONES, B. reportan en su estudio que el 9,57 % de adolescentes gestantes presentan anemia (129).

Las embarazadas necesitan hierro para reponer las pérdidas basales, aumentar la masa de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y de la placenta. El hierro total requerido durante un embarazo normal es alrededor de 1 000 mg, pero esta demanda no se distribuye equitativamente a lo largo de la gestación. Las necesidades de hierro absorbido aumentan de aproximadamente 0,8 mg por día durante el primer trimestre a 4,4; durante el segundo y a 6,3 en el tercero. El déficit de Fe en la gestación determina una alteración de la salud materna, ya que la utilización completa de las reservas origina finalmente una anemia clínica capaz de producir, en función de su intensidad, alteración en el transporte de oxígeno con repercusión sobre la

fisiología fetal. Así se han comunicado prematuridad, BPN y aumento de la mortalidad perinatal (116).

En la tabla N° 08: peso del recién nacido relacionados a factores obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta, se observa:

En el **Control Prenatal**, el 8.3% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal inadecuado presentaron recién nacidos con sobrepeso y bajo peso, el 94% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal adecuado presentaron recién nacidos con peso adecuado y el 4.2% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal inadecuado presentaron recién nacido con muy bajo peso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados encontrados son similares a lo encontrado por GERÓNIMO, Y., reporta que el 4.2% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal inadecuado presentaron recién nacidos de peso extremadamente bajo, el 12.5% de madres adolescentes que tuvieron un control prenatal inadecuado presentaron recién nacido de bajo peso, el 87.5% de madres adolescentes que tuvieron un control prenatal adecuado presentaron recién nacidos de peso adecuado y el 4.2% de madres adolescentes que tuvieron control prenatal adecuado e inadecuado presentaron recién nacidos con sobrepeso (101).

En estudios realizados por: TICONA y HUANCO; reportan que el 16.5% de madres adolescentes no tienen control prenatal, el 30.9% tiene control prenatal inadecuado y tienen en promedio 4.1 control prenatal y con mayor frecuencia el 1º control prenatal es tardío (45% en el 3º trimestre) (99).

Existe la probabilidad de que un control prenatal inadecuado en la madre adolescente ocasione problemas en el recién nacido como el bajo peso al nacer, prematuridad, y otros tipos de trastornos.

En la **Paridad**, se observa que el 6.4% de madres adolescentes primíparas presentaron recién nacidos con sobrepeso, el 91% de madres adolescentes primíparas presentaron recién nacidos con peso adecuado, el 15.4% de madres multíparas tienen recién nacido de bajo peso y el 1.3% de madres adolescentes primíparas presentaron recién nacido de muy bajo peso.

No se encontró relación estadística significativa entre ambas variables.

GERÓNIMO, Y. menciona en su investigación que el 2,4% madres adolescentes con antecedentes obstétricos tuvieron recién nacidos de peso extremadamente bajo; el 12,2% de madres adolescentes con antecedentes obstétricos tuvieron recién nacidos de bajo peso; el 100% de madres adolescentes sin antecedentes obstétricos tuvieron recién nacidos de peso adecuado y el 4.9% de madres con antecedentes obstétricos tuvieron recién nacidos con sobrepeso (101).

A nivel local y regional no se registran datos sobre las variables en estudio.

En las **complicaciones obstétricas** se observa que el 6.2% y 90.6% de madres adolescentes que no presentan tuvieron recién nacido con sobrepeso y peso adecuado, 7.4% de madres adolescentes que si presentan tuvieron recién nacidos con bajo peso y el 1.6% de madres adolescentes que no presentan tuvieron recién nacido muy bajo peso.

Existe una relación no significativa entre las complicaciones obstétricas y la edad gestacional.

Cabe mencionar que dentro de la población de madres adolescentes con complicaciones obstétricas se encontró: Ruptura prematura de membranas (77.8%), enfermedad hipertensiva del embarazo (18.5%) así como con desprendimiento prematuro de placenta (3.7%). No encontrándose casos de placenta previa. (Anexo N 06)

Los resultados de la presente investigación no coinciden a lo encontrado por COLMENARES, B. reporta en su estudio, que los nacimientos con bajo peso, asocian con complicaciones durante el embarazo y que entre ellas, se encuentran las patologías hipertensivas (26,6%), trabajo de parto pre término (25.5%), patologías fetales (18.8%) entre otras, en menor porcentaje (130). Estas complicaciones predisponen al riesgo de tener recién nacidos de bajo peso.

Estos resultados coinciden a lo reportado por GERÓNIMO, Y., quien precisa que el 3.8% de madres adolescentes con antecedentes de complicaciones obstétricas presentaron recién nacidos de extremadamente bajo peso, el 15.4% de madres adolescentes con complicaciones obstétricas tuvieron recién nacidos de bajo peso, el 95.5% de madres adolescentes sin antecedentes de complicaciones obstétricas presentaron recién nacidos con peso adecuado y el 7.7% de madres adolescentes con antecedentes de complicaciones obstétricas tuvieron recién nacidos con sobrepeso (101).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- El 95.6% son recién nacidos a término, el 3.3% recién nacidos pre término y el 1.1% recién nacidos post término.
- El 90.1% de recién nacidos presentan un peso adecuado, el 5.5% sobrepeso, el 3.3% bajo peso y el 1.1% muy bajo peso.
- En los factores sociales: hábitos de fumar presentó relación estadística significativa con la edad del recién nacido; en cambio la edad materna, estado civil, residencia, grado de instrucción no presentaron relación estadística significativa con la edad gestacional del recién nacido.
- Los factores nutricionales: índice de masa corporal, ganancia de peso, anemia de la gestante no presentaron relación estadística significativa con la edad gestacional del recién nacido.
- Los factores obstétricos: control prenatal, paridad, complicaciones obstétricas no presentaron relación estadística significativa con la edad gestacional del recién nacido.
- Los factores sociales: hábitos de fumar presentó relación estadística significativa con el peso del recién nacido; en cambio la edad materna, estado civil, residencia, grado de instrucción no presentaron relación estadística significativa con el peso del recién nacido.

- Los factores nutricionales: índice de masa corporal, ganancia de peso, anemia de la gestante no presentaron relación estadística significativa con el peso del recién nacido.
- Los factores obstétricos: control prenatal, paridad, complicaciones obstétricas no presentaron relación estadística significativa con el peso del recién nacido.

5.2. RECOMENDACIONES:

En base a los resultados alcanzados en el presente trabajo de investigación se presentan las siguientes recomendaciones:

- Que se realicen investigaciones similares al presente estudio donde se involucren otro tipo de variables como antecedentes de aborto y periodo intergenésico en relación con la edad gestacional y el peso del recién nacido; en otros lugares como Asentamientos Humanos.
- Implementar y mejorar los programas sobre educación sexual dirigidos a la población adolescente, innovando nuevas técnicas de aprendizaje y estrategias de enseñanza para lograr una educación eficaz en ellos.
- Que las instituciones de salud desarrollen programas preventivos promocionales que estén enfocados en la educación sexual los cuales se inicien en etapa temprana de la adolescencia, ya que de esta manera se logrará alcanzar una ventaja en aquellas adolescentes que aún no han iniciado una vida sexual. Además que dicho desarrollo de programas preventivos promocionales cuenten con capacitaciones continuas para así poder lograr la concientización en el adolescente.
- Realizar programas educativos donde se cuente con la participación tanto de las madres adolescentes como de sus padres, a través de talleres vivenciales y sesiones demostrativas haciendo hincapié en el apoyo nutricional de la gestante y el control prenatal.

- Que la participación sea multidisciplinaria, donde las instituciones de salud participen activamente con las instituciones educativas, creando escuelas de padres en donde ellos también reciban información adecuada sobre la educación sexual, a través de talleres o seminarios y así fortalecer la comunicación entre padres e hijos.
- Promocionar la salud reproductiva en las adolescentes coordinando con el Ministerio de Educación, para que se incorporen dentro de las instituciones educativas clases sobre temas de educación sexual y que estos formen parte de la currícula educativa.
- Mejorar la cobertura y calidad de información, a través de la participación de las compañías de radio y difusión, haciendo que ellas comuniquen a la sociedad mensajes preventivos sobre educación sexual.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALWIN, J. (1992). Valoración del riesgo en medicina perinatal. Clínicas. Rev. Obst. y Ginec., 4:305 – 314. México.
2. GÓMEZ, M. (1996). Morbimortalidad en un servicio de prematuros. Volumen. MED Infabnt Méx., 1986; 43:294 – 298. México.
3. LUDMIR, A. (1996). Ginecología y Obstetricia. 1° Ed. Edit. Cunayte. PERÚ.
4. VERDURA, M., RAYMUNDO, M., FERNÁNDEZ, M. (2010). Bajo peso al nacer y prematurez en hijos de madres adolescentes de un centro materno neonatal de la ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina N° 205. Argentina. Accesado el 15-12-12. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista205/2_205.pdf
5. REEDER, S; MARTIN L.; KONIAK, D. (1995). Enfermería Materno - Infantil. 3° Ed. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. México.
6. WHALEY y WONG (1995). Enfermería Pediátrica. 4° Ed. Edit. Mosby Doyma Libros Madrid. España.
7. ISSLER, J. (2001). Embarazo en Adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107. Argentina.
8. ORELLANA, A. (2001). Comportamientos Sexuales y Conocimientos Sobre Anticoncepción en Adolescentes Estudiantes del 5^{to} de Secundaria en Cuatro

Instituciones Educativas Estatales de los Distritos Los Olivos y San Martín de Porres, Perú.

9. VARGAS, E. (2004). "Influencia de los programas de televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes". Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (CESO), No 82. Universidad de los Andes. Facultad de Ciencias Sociales. Bogotá.
10. GÓMEZ, P. y GAITAN, H. (2005). "DIU como Anticonceptivo de Emergencia: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Proveedores de Salud Latinoamericanos. Encuesta". En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 55(4): 261-266.
11. ENGENDERHEALTH Y CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS. Los Servicios Postaborto en las Adolescentes de la República Dominicana. Santo Domingo: Cesdem, 2002. Accesado el 15- 12- 12. Disponible en:
http://www.cesdem.com/html/los_servicios_de_post_aborto_para_las_adolescentes_de_la_rep_dom.pdf
12. EL PERUANO (2006). Prevención del Embarazo en Adolescentes 2000 – 2005 del Ministerio de Educación. Accesado el 9-12-12. Disponible en:
<http://www.abogadoperu.com/peruano>
13. MINISTERIO DE SALUD (2010). Boletín Informativo N° 02: Salud de las y los Adolescentes Peruanos. Accesado el 10-10-12. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletin_adolescentes/boletin02-2010.pdf

14. LA REPÚBLICA – MINSA (2009). El documento técnico: Análisis de Situación de la Salud de las y los Adolescentes. Accesado el 10-10-12. Disponible en:
<http://www.larepublica.pe/21-09-2009/minsa-presenta-analisis-sobre-la-situacion-de-los-adolescentes-en-el-peru>

15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – INEI (2007). Perú: Situación Social de las Madres Adolescentes, 2007. Accesado el 12-10-12. Disponible en:
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0871/libro.pdf>

16. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – INEI (2007). Perfil Sociodemográfico del departamento de Ancash. Accesado el 12-10-12. Disponible en:
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro16/index.htm>

17. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR – ENDES (2009). Accesado el 13-10-12. Disponible en:
<http://www.mindes.gob.pe>

18. CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS – PROMSEX (2010). El embarazo en Adolescentes: Un problema de salud pública, un asunto de derechos humanos y un determinante de pobreza y subdesarrollo. Accesado el 9-12-12. Disponible en:

http://espaciosseguros.promsex.org/docs/espaciosseguros_brochure_es.PDF

19. TERRA – Noticia 2012. Perú: El 12.5% de adolescentes estuvo embarazada alguna vez. Accesado el 02-11-12. Disponible en:
http://noticias.terra.com.pe/nacional/peru-el-125-de-adolescentes-estuvo-embarazadaalgunavez_01056a0130138310VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html
20. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL SAVE THE CHILDREN (2009). Embarazo en Adolescentes. Accesado el 02-11-12. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente
21. CACEDA, M. (1997). Informe de tesis: Influencia de factores socioculturales en complicaciones durante el tercer trimestre del embarazo en primigestas adolescentes. Hospital de Apoyo Belén Trujillo – 2000. Perú.
22. CUNNINGAN, D. y OTROS (1998). Obstetricia. 2° Ed. Edit. Panamericana. Buenos Aires. Argentina.
23. MINISTERIO DE SALUD (1998). Emergencias Obstétricas y Neonatales. 1° Ed. Lima. Perú.
24. DENEGRÍ, L. (1994). Factores de riesgo en la atención materno infantil. 11° Ed. Edit. Limusa. México.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1967). Factores de riesgo de la mortalidad perinatal.

26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997). Prevención de la morbilidad, mortalidades perinatales. Series de Informes Técnicos. Suiza.
27. MERCK, S. y COLABORADORES (2003). Problemas de salud en la infancia. Madrid. España.
28. RIZZARDINI, M. (1995). Prematuridad y bajo peso al nacimiento. En: Menenghello (1997). Pediatría. 3° Ed. Edit. Mediterráneo. Chile.
29. USHER, R. (1990). Prematurez extrema. En: Avery, G. (1996). Neonatología, fisiopatología y manejo del recién nacido. 3° Ed. Edit. Medicina Panamericana. Buenos Aires.
30. BODIASHINA, A. (1998). Manual de Obstetricia. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. México.
31. ÁLVAREZ, S. (1991). Salud pública y medicina preventiva. Manual moderno MA. México.
32. BERHMAN, A. (1992). Tratado de pediatría. 14° Ed. Volumen I. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. México.
33. ALVARADO, J. (2006). Apuntes de Neonatología. 2° Ed. Edit. Interamericana. UNMSM. Lima. Perú.
34. VENTURA, J. y OTROS (1999). En manual de neonatología. Capítulo 2. Mortalidad Neonatal. Edit. Técnicas Mediterráneo. Santiago de Chile.
Accesado el 04-10-12. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/RNConcep.htm>

35. GARCÍA, Y.; FERNÁNDEZ, L. ; FERNÁNDEZ R. (2006). El recién nacido pre término extremadamente bajo peso al nacer, Hospital General Docente Iván Portuondo, San Antonio de los Baños. Revista Cubana de Pediatría. Accesado el 9-12-12. Disponible en:
[http://scielo.php?pid=\)S0034-75312006000300004&scrip=sci_arttext](http://scielo.php?pid=)S0034-75312006000300004&scrip=sci_arttext).
36. LAMBROU, N. y MORSE, A. (2001). University Johns Hopkins – Ginecología y Obstetricia. Madrid. España.
37. KRASOVEC, K. y ANDERSON, M. (1990). Nutrición materna y resultados del embarazo: Evaluación antropométrica. Organización Panamericana de la Salud/ OMS. Publicación Científica No. 529 – Washington.
38. CRUZ, Y. (1993). Estudio de algunos factores maternos asociados con el bajo peso. Revista de Obstetricia y Ginecología. Cuba.
39. AGUILAR, J. (1999). Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio de Boyeros 1994 – 1995. Revista Cubana de Epidemiología. 1999. Pág. 122 – 126.
40. MONTERROSA, A. (1995). Embarazos en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología. Colombia.
41. BORTMAN, M. (1995). Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 3. N° 05. Pág. 314 – 320. Argentina.

42. DUANIS, N. (1996). Factores que inciden en el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Enfermería. 1998. Vol. 14. N° 03. Pág. 150 – 154.
43. MONTERROSA, A; BELLOS, J. (1996). Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. Revista col obstet. Ginecol. Colombia.
44. MARTÍNEZ, M. (1997). Ganancia de peso materno: relación con el peso del recién nacido. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Cuba.
45. SANTOS, J. (1998). Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en salvador, bahía. Revista Panamericana de Salud 1997. Vol. 2. N° 01. Pág. 1- 5. Brasil.
46. CHAVIANO, J. (1998). Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición 2000. Vol. 14. N° 02. Pág. 94 - 99.
47. JORDÁN, M. (1998). Estado nutricional de la embarazada y su relación con el peso al nacer- Estudio Longitudinal. Revista Colombiana de Obstetricia. Vol. 10. N° 03.
48. IBARRA, J. y COLAB (2002). Mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en el Hospital Regional de Río Blanco, Revista Biomédica Latinoamericana. México.

49. MIRANDA, W. (2001). Factores de riesgos maternos y perinatales en la adolescencia temprana en el Hospital Bertha Calderón. Revista de Gineco Obstetricia. Nicaragua.
50. CALDERON, J. y COLAB (2002). Factores de riesgo materno asociados al parto pre término. Revista Médica MISS. 1° Versión. México.
51. HERNÁNDEZ, J. y COLAB (2002). Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en dos hospitales gineco obstétricos de Matanzas "Julio Alfonso Medina" y Colón "Mario Muñoz Monroy". Revista de Obstetricia y Ginecología. Cuba.
52. ACEVEDO (2002). Tamaño del recién nacido según la variación de peso de la madre en el embarazo. Revisit American journal of Clinical Nutrition. Vol. 76. N° 01. Pág. 205 – 209. Estados Unidos de Norteamérica.
53. CASTAÑEDA, C. y COLAB (2009). Embarazo en la adolescencia y su relación con el bajo peso al nacer en el Policlínico Mártires de Corynthia. Revista de pediatría y neonatología, ginecología y obstetricia. Cuba.
54. SHIMABUKU, R. y OLIVEROS, M. (1996). Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Perú. Rev. Esp Pediatr. 55 (329):428-33- Perú.
55. DE LA CRUZ, I. y FLORES, M. (1996). Algunos factores maternos y su influencia en la edad gestacional del recién nacido pre término. Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. Perú.

56. JARA, F. (1999). Efecto redactor del peso materno preconcepcional, talla materna y de ganancia de peso gestacional sobre el peso del recién nacido para la edad gestacional en el hospital local de Huaycan 1997 – 1999. Tesis Posgrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.
57. YU – TANG, J. (2000). Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías, 1995 – 1997 del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Callao. Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Volumen 61, N° 1. Lima. Callao.
58. OSORIO, M. (2003). Factores asociados al bajo peso al nacer en gestantes a término del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Enero 1998 – Setiembre 2000. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú.
59. URCIA, R. (2000). Relación estado nutricional de la gestante con el peso y talla del recién nacido. Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo. Junio – Julio 2000. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Chiclayo. Perú.
60. VELÁZQUES, C. (2002). Peso materno como factor de riesgo del bajo peso al nacer en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Barranca – Cajatambo. Enero – Diciembre 2002. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada San Pedro. Barranca. Perú.

61. URBINA C. y; PACHECO J. (2006). Embarazo En Adolescentes. Rev. Per Ginecol Obstet. 2006; 52(1):118-123. Lima.
62. BERNAOLA, K. y LIÑAN, M. (2007). Algunos Factores Maternos en adolescentes asociados al Recién Nacido Pre término, Servicio de Gineco – Obstetricia. Hospital de Apoyo La Caleta. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú.
63. SERRANO, C. (2007). Tipos de apgar y edad gestacional del recién nacido pre término. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2005 - 2006. Nuevo Chimbote. Perú.
64. SUÁREZ, T. (2009). Influencia del Estado nutricional de la gestante en la ganancia de peso del recién nacido y edad gestacional. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú.
65. SERRANO, C. (2012). Algunos factores maternos en los nacimientos pre términos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2011. Nuevo Chimbote. Perú.
66. OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL HOSPITAL DE APOYO LA CALETA (2012). Chimbote. Perú.
67. LABORI, J. (2002). Atención del embarazo con Enfoque de Riesgo. Boletín Práctica Médica. Cuba. Accesado el 26-02-13. Disponible en:

<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/boprime/v2n0900/02.htm>.

68. CASTAÑEDA, G. (2003). Notas de clase. Departamento de salud. Asignatura Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas "Comandante M. Fajardo". Cuba. Accesado el 26-02-13. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos38/enfoque-de-riesgo/enfoque-de-riesgo.shtml>
69. RODRIGUEZ, A. (1997). Enfoque de Riesgo en la Atención Estomatológica. Dirección Nacional de Estomatología. Ministerio de Salud Pública. Accesado el 27-02-13. Disponible en:
<http://www.bus.sdl.cu/revistas/est/vol/54-1-97/est07197.htm>.
70. OMS (1986). Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex. OPS – OMS. Washington.
71. BEAGLEHOLE, R. (1994). Epidemiología Básica. 1° Ed. Publicación de la PPS. Publicación Científica: 551. Washington. D.C. Estados Unidos.
72. PITA, S.; VILA, A.; CARPENTE, J. (2002). Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. España. Accesado el 27-02-13. Disponible en:
<http://wwwrevistaciencias.com/publicaciones/EEylAykAVkCnoAgYY.php>
73. FRIESNER, A.; RAFF, B. (1993). Enfermería Materno Infantil. Edit. El Manual Moderno S.A. México.

74. GRANADA, M. (1990). La mujer y el proceso reproductivo. 11Ed. Edit. Interamericana. México.
75. PIZARRO, A. (1996). A tu salud "Si mujer servicios integrales para la mujer". 1 Ed. Edit. Managua Imprimetur.
76. BETHEA, D. (1987). Enfermería Materno Perinatal. 4° Ed. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. México.
77. CARRERA, M. y COLAB. (1998). Protocolo de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus. 3° Ed. Edit. Masson. España.
78. MARROQUIS, L. (1988). Estudio preliminar sobre factores de riesgo para la ocurrencia del parto pre término. Hospital Maternidad de Lima. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima. Perú.
79. VARIOS (2009). Tabaquismo y embarazo. Universidad Nacional de Trujillo. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetriz. Trujillo – Perú. Accesado el 14-01-14. Disponible en:
<http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/TabaquismoyEmbarazo.pdf>.
80. LOWDERMILK, P. (1998). Enfermería Materno Infantil. 1° Ed. Edit. Harcourt Brace. España.

81. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. (1995). El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría – Informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra.
82. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD – INS. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición: Ficha de monitoreo del peso de la gestante. Perú.
83. ENPLENITUD (2013). Anemia en las embarazadas. Accesado el 01-03-13. Disponible en:
<http://www.enplenitud.com/anemia-en-las-embarazadas.html>
84. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1996). Control prenatal y parto de bajo riesgo. Publicación Científica N° 1205. Washington.
85. CONNONAF (1992). An assessment of key and aetiological factor associated with preterm births and perinatal mortality, Aust Obstet Gynecol.
86. ALVARADO, J. (2006). Apuntes de Obstetricia. 2° Ed. Edit. Interamericana. UNMSM. Lima – Perú.
87. RODRIGUEZ, M. y MORA, M. (2001). Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido de bajo peso al nacer. Rev. Cubana Enfermer; 22 (2). Cuba. Accesado el 14-01-14. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_2_01/enf06201.pdf
88. CONDE. J. y COLAB (2000). Morbilidad y mortalidad asociada a gestación múltiple. Obstetricia y Ginecología. Vol. 95.

89. GRANDI, C. y LARGUIA, A. (2003). Contribución de la prematuridad extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. Rev. del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá; 22 (1): 29 – 32. Argentina.
90. WIKIPEDIA (2012). Adolescencia. Wikipedia, La enciclopedia libre. Consultado el 18-11-12. Disponible en:
<http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Adolescencia&oldid=62142616>.
91. WIKIPEDIA (2012). Estado civil. Wikipedia, La enciclopedia libre. Consultado el 18-11-12. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estado_civil&oldid=60748096.
92. COBIELLA, N. (2009). La Vivienda. Consultado el 18-11-12. Disponible en:
<http://www.educar.org/inventos/lavivienda.asp>
93. EUSTAT - EUSKAL ESTADISTIKA ERAKUNDEA - INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA (2004). Nivel de Instrucción. Consultado el 15-12-12. Disponible en:
http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html#axzz2EUq286E9
94. LUMLEY, J. (2004). Intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo. Estados Unidos. Consultado el 24-01-13. Disponible en:
<http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001055>

95. PICHARDO, F. (2009). Nutrición y dietética para enfermería. México D.F.
Accesado el 14-01-14. Disponible en:
<http://www.mailxmail.com/curso-nutricion-dietetica-enfermeria-/factores-que-influyen-alimentacion-definiciones>
96. BURROUCHS, A. (1992). Enfermería Materno - Infantil. 6° Ed. Edit. Interamericana. México D.F.
97. CASTILLO, C. (2010). El Laboratorio en la Embarazada. Accesado el 13-12-12. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/40195413/Anemia-en-Gestantes>
98. WIKIPEDIA (2012). Alfa de Crombach. Wikipedia, La enciclopedia libre. Accesado el 18-11-12. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Alfa_de_Cronbach&oldid=62176898.
99. TICONA, M. y HUANCO, D. (2000). Riesgos en el recién nacido en madres adolescentes en el hospital Hipólito Unanue. Revista de Ginecología. Volumen 39. Tacna.
100. CASTILLO, S. y RICCIER, I. (2004). Factores Socioculturales y antecedentes obstétricos de las madres, relacionado a la Edad Gestacional del Recién Nacido. Hospital de Apoyo La Caleta. Tesis para optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú.

101. GERONIMO, Y. (2010). Edad Gestacional y Peso del Recién Nacido relacionado a factores sociales y obstétricos en madres adolescentes. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Tesis para optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú.
102. FERNÁNDEZ, L. y OTROS (2004). Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes en el Hospital Julio Trigo López. Revista Cubana Obstétrica Ginecológica 2004; 30(2). Accesado el 02-12-13. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm.
103. LÓPEZ, J. y OTROS (2004). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer en el Policlínico Integral Docente del Municipio Playa. Revista Cubana Obstétrica Ginecológica. Cuba.
104. VÁSQUEZ, A. y OTROS (2001). Embarazo y adolescencia: Factores biológicos maternos y perinatal más frecuente. Revista Cubana Obstétrica Ginecológica. Cuba.
105. CHINCHAYAN, G. y OTROS (1999). Nacimientos pre término y a término: Influencia de algunos factores maternos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. Perú.
106. SEVILLANO, J. y ÁLVAREZ, R. (2012). Factores de riesgo maternos y obstétricos en adolescentes relacionado al recién nacido pre término. Hospital

La Caleta. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.
Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú.

107. JOELLEN, W. y HAWKINS, L. (1984). Enfermería ginecológica y obstétrica.
Edit. Harlas S.A. México.
108. VARINAS, I. (2007). Prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos. República Dominicana. Accesado el 05-08-13. Disponible en:
http://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescent_e2011.pdf
109. CISNEROS, D. Y ÑUÑUVERO, V. (2007). Factores socioculturales relacionados al nivel de conocimientos en el cuidado del recién nacido en adolescentes primíparas. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú.
110. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010). Embarazo en adolescentes: Un problema culturalmente complejo. Accesado el 02-12-13. Disponible en:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>.
111. Williams (2011). Obstetricia. 23 ed. Ed. Médica Panamericana. Madrid. España.

112. AGURTO, C. y MENDIETA, G. (2004). Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso durante la gestación relacionado con la edad gestacional y peso del recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú.
113. VILLENA – HEINSEN, C. (1997). Embarazo, parto y puerperio de mujeres de bajo peso. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 62. N° 05. Pág. 352 – 357.
114. RAMIREZ, M. (1990). Parto pre término: Factores de riesgo. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú.
115. PACORA, P. (1995). Crecimiento fetal de un grupo poblacional de Lima. Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada San Martín de Porres. Lima. Perú.
116. ÁLVAREZ, F. y URRRA, C. (2001). Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Accesado el 30-8-13. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res02301.htm
117. KELLEY, S. y OTROS. (2000). Altos y bajos niveles de hemoglobina durante el embarazo: Los riesgos diferenciales para los partos prematuros y pequeños para la edad gestacional. Obstetricia y Ginecología. Noviembre 2000; 96(5 Pt1): 741-8.

118. Scholl, T. y OTROS (1992). La anemia por deficiencia de hierro: Aumento del riesgo de parto prematuro en un estudio prospectivo. *American Journal Clínicas. Nutr.* 1992: 55:985-8.
119. ROMANO, M. y BLANC, L. (2008). Madres Adolescentes: Factor de riesgo para bajo peso al nacer y prematuridad. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Angelai Llano de la ciudad de Corrientes. *Rev. de Posgrado de la VI Cátedra del Medicina.* N° 179. Argentina.
120. URMENETA, M. y OTROS. (2001). Las madres adolescentes. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Lima.
121. CARDOSO, M. (1999). Perfil socio demográfico de la madre adolescente del recién nacido de bajo peso. Hospital de Central Universitario Antonio María Pineda. Barquisimeto. Enero – Julio. 1998. Tesis para optar el título de especialista en Puericultura y Pediatría
122. PUPO, H.(2011). Caracterización de factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Policlínico Mártires del Corynthia. 2002-2010. Trabajo de terminación de Maestría para optar por el título de Máster en Atención Integral a la Mujer.
123. ÁLVAREZ, F. y URRA, C. (2001). Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Accesado el 30 - 8 - 13. Disponible en :
http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol14_3_01/res02301.htm

124. AGUILAR, J. y MATTA, M. (2012). Peso del recién nacido relacionado a factores nutricionales en madres primíparas adultas jóvenes. Puesto de Salud Túpac Amaru. Chimbote. Perú.
125. ZELAYA, M. (2002). Incidencia de bajo peso al nacer en el Policlínico Docente Antonio Maceo. Rev. Cubana de Pediatría. Vol. 76Nº02. Cuba.
126. DIDONA, N. (1998). Enfermería materno infantil. 7º Ed. Edit. Interamericana. México.
127. KRASOVEC, K. (1991). Nutrición materna y producto del embarazo – Evaluación antropométrica. Organización panamericana de la salud. Publicación Científica. 529. Estados Unidos de Norteamérica.
128. CARPIO, M. (2012). Anemia en gestantes relacionado al recién nacido con bajo peso al nacer. Accesado el 30-8-13. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos93/anemia-gestantes/anemia-gestantes.shtml#conclusioa>
129. ISRAEL, L. y LUGONES, B. (2013). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Accesado el 31-8-13. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100001

130. COLMENARES, B. (2009). Morbilidad en recién nacidos de bajo peso de madres adolescentes. Revista de Ginecología y Obstetricia. Accesado el 08 - 12- 2013. Disponible en:
<http://www.revistacienciascom/publicaciones/EEFkpZpFEkFcVMutZN.php>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 02

**CUESTIONARIO SOBRE FACTORES SOCIALES, NUTRICIONALES Y
OBTÉTRICOS.**

Autoras: Aguilar Joaquín, Tania Lucía y Matta Meza, Adelina Corina.

I. FACTORES SOCIALES:

1.1. EDAD MATERNA: _____

- a) Adolescente temprana: 10 – 13 años. ()
- b) Adolescente intermedia: 14 – 16 años. ()
- c) Adolescente tardía: 17 – 19 años. ()

1.2. ESTADO CIVIL:

- a) Con pareja ()
- b) Sin pareja ()

1.3. RESIDENCIA:

- a) Urbano ()
- b) Asentamiento Humano ()
- c) Rural ()

1.4. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Analfabeta ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior ()

1.5. HÁBITOS DE FUMAR:

- Sí. ()
- A veces. ()
- No. ()

II. FACTORES NUTRCIONALES:

2.1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):

- Peso: _____ kg.
- Talla: _____ cm.
- IMC: _____

- a) Peso bajo o déficit de peso (menos de 19.8) ()
- b) Normal (19.8 a 26.0) ()
- c) Sobrepeso o exceso de peso (26.1 a 29.0) ()
- d) Obesidad (mayor de 29.0) ()

2.2. GANANCIA DE PESO: _____ kg.

- a) Ganancia de peso adecuado. ()
- b) Ganancia de peso inadecuado. ()
 - Por exceso. ()
 - Por defecto. ()

2.3. ANEMIA DE LA GESTANTE:

- a) Si presenta. ()
- b) No presenta. ()

III. FACTORES OBSTÉTRICOS:

3.1. CONTROL PRENATAL: _____

- a) Adecuado (más de 7 CPN). ()
- b) Inadecuada (menos de 7 CPN). ()

3.2. PARIDAD

- Primípara. ()
- Multípara. ()

3.3. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:

- a) Si presenta. ()
 - Enfermedades hipertensivas durante el embarazo. ()
 - Placenta previa. ()
 - Desprendimiento prematuro de placenta. ()
 - Rotura prematura de membrana. ()
- b) No presenta. ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 02

CUESTIONARIO SOBRE DATOS DEL RECIÉN NACIDO:
EDAD GESTACIONAL Y PESO

Autoras: Aguilar Joaquín, Tania Lucía y Matta Meza, Adelina Corina.

I. EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO: _____

- 1.1. Recién nacido pre término (< de 37 semanas) ()
- 1.2. Recién nacido a término (de 37 a 41 semanas) ()
- 1.3. Recién nacido post término (> de 41 semanas) ()

II. PESO DEL RECIÉN NACIDO: _____

- 2.1. Recién nacido con sobrepeso (> 4.000 gr.) ()
- 2.2. Recién nacido de peso adecuado (>2.500 gr. - < 4.000 gr.) ()
- 2.3. Recién nacido de bajo peso (< 2.500 gr.) ()
- 2.4. Recién nacido de muy bajo peso (< 1.500 gr.) ()
- 2.5. Recién nacido de peso extremadamente bajo (< 1.000 gr.) ()

ANEXO N° 03

GANANCIA INADECUADA DE PESO EN ADOLESCENTES RELACIONADO CON
LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA
CALETA. CHIMBOTE, 2013.

GANANCIA INADECUADA DE PESO EN ADOLESCENTES	EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO							
	PRE TÉRMINO		TÉRMINO		POST TÉRMINO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
POR EXCESO	0	0.0	18	100.0	0	0.0	18	26.9
POR DEFECTO	3	6.1	45	91.8	1	2.0	49	73.1
TOTAL	3	4.5	63	94.0	1	1.5	67	100.0

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

ANEXO N° 04

GANANCIA INADECUADA DE PESO EN ADOLESCENTES RELACIONADO CON
EL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA.

CHIMBOTE, 2013.

GANANCIA INADECUADA DE PESO EN ADOLESCENTES	PESO DEL RECIÉN NACIDO									
	SOBREPESO		PESO ADECUADO		BAJO PESO		MUY BAJO PESO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
POR EXCESO	3	16.7	15	83.3	0	0.0	0	0.0	18	26.9
POR DEFECTO	1	2.0	45	91.8	2	4.1	1	2.0	49	73.1
TOTAL	4	6.0	60	89.6	2	3.0	1	1.5	67	100.0

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

ANEXO N° 05

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES RELACIONADO CON
LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA
CALETA. CHIMBOTE, 2013.**

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES	EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO							
	PRE TÉRMINO		TÉRMINO		POST TÉRMINO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO	0	0.0	5	100.0	0	0.0	5	18.5
PLACENTA PREVIA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	3.7
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA	1	4.8	20	95.2	0	0.0	21	77.8
TOTAL	1	3.7	25	92.6	1	3.7	27	100.0

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.

ANEXO N° 06

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES RELACIONADO CON
EL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA.

CHIMBOTE, 2013.

GANANCIA INADECUADA DE PESO EN ADOLESCENTES	PESO DEL RECIÉN NACIDO									
	SOBREPESO		PESO ADECUADO		BAJO PESO		MUY BAJO PESO		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi	Fi	Hi
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO	0	0.0	5	100.0	0	0.0	0	0.0	5	18.5
PLACENTA PREVIA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
DESPRENDIMIENTO REMATURO DE PLACENTA	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	3.7
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA	1	4.8	18	85.7	2	9.5	0	0.0	21	77.8
TOTAL	1	3.7	24	88.9	2	7.4	0	0.0	27	100.0

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital de Apoyo La Caleta.