

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“Factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado a la edad gestacional y el peso en Recién Nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017”

PRESENTADO POR:

- ❖ Bach. FERNÁNDEZ PRIETO, ROMINA ALEJANDRA
- ❖ Bach. ZAVALETA VENTURA, GIULIANA PATRICIA

ASESORA:

- ❖ Dra. SERRANO VALDERRAMA, LUZ CARMEN

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

NUEVO CHIMBOTE 2019 – PERU

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº “B” DE:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Luz Carmen

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MG. PINTO FLORES, IRENE

PRESIDENTA

LIC. OBESO DÍAZ, HILDA

SECRETARIA

DRA. SERRANO VALDERRAMA, LUZ CARMEN

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el Aula E-1 de Zafraenó, siendo las 12 horas del día 26 de junio, 2019, dando cumplimiento a la Resolución N° 141-2019-UNS/FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Mg. Truce Prieto Flors (secretario) (a), y Sra. Carmen Serrano Valde (a), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Licenciado Enfermería, realizado por el, (la), (los) tesista (as) Fernandez Prieto, Romina Alejandra y Verdete Ventura, Guiliuuo Patricie, quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:

Factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionados a la edad gestacional, el peso en recién nacido. Hospital Eliazor Cruzman Borón, 2017

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado, después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Muy Buena asignándole un calificativo de 18,4 puntos, según artículo 103° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente (Resolución N° 492-2017-CU.-R-UNS)

Siendo las 13 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

Prieto Flors
Nombre: Truce Prieto Flors
Presidente

Hilote Obeso
Nombre: Hilote Obeso Sney
Secretario

Carmen Serrano
Nombre: Carmen Serrano Valderrama
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



DEDICATORIA

A Dios, que me ha guiado y dado fortaleza para seguir adelante, quien me dio vida y cuidado hasta hoy y por darme el aliento cada día para seguir cumpliendo mis metas.

A mis queridos padres MIGUEL Y CARMEN, que son el regalo más hermoso que Dios me ha dado. Quienes me apoyaron para poder realizar este sueño de ser una gran profesional.

A mi abuelita MARIA, a mis tíos ROSA y RAUL por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

GIULIANA

DEDICATORIA

A ti nuestro Dios que me guiaste en el camino tan arduo de la vida, y me diste salud y sabiduría para alcanzar todas mis metas.

A mis adorados padres JORGE Y JULIA Por ser mis ejemplos de perseverancia y constancia por el valor mostrado para salir adelante y porque me brindaron todo su apoyo moral para culminar mi carrera profesional.

A la memoria de mi abuelita LUZGARDA por quererme mucho, por creer en mí y porque siempre me apoyaste y fuiste quien me enseñó que el mejor conocimiento que se puede tener es el que se aprende por sí mismo.

A mi abuelito VICTOR por sus consejos que me han ayudado a lo largo de mi vida y porque este orgulloso de la persona en la cual me he convertido

ROMINA

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora la Dra. Luz Carmen Serrano Valderrama, una profesional excelente que formó parte del presente trabajo de investigación y quien colaboró con sus enseñanzas a la realización del mismo, agradecerle por la paciencia, por su tiempo dedicado a nuestro trabajo para que podamos finalizarlo con éxito.

AGRADECIMIENTO

A NUESTRA ALMA MATER LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, porque nos abrió las puertas a un mejor futuro y brindarnos la oportunidad de adquirir y madurar en conocimientos, donde quedan nuestros recuerdos de estudios, amigos y aprendizaje para nuestro futuro.

A NUESTRAS DOCENTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y valores, que nos transmitieron durante nuestra formación profesional.

AL PERSONAL DE OBSTETRICIA DEL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO del Hospital Eleazar Guzmán Barrón por su apoyo en la recolección de datos para el presente trabajo de investigación.

ROMINA Y GIULIANA, LAS AUTORAS.

INDICE GENERAL

	PÁG.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE GENERAL	ix
INDICE DE TABLAS	x
INDICE DE GRAFICOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRAC	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
OBJETIVOS	39
OBJETIVO GENERAL	39
OBJETIVOS ESPECIFICOS	39
HIPOTESIS	40
II. MARCO TEORICO	42
III. MATERIALES Y METODOS	49
IV. RESULTADO Y DISCUSIÓN	57
4.1. RESULTADOS	57
4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	67
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1 CONCLUSIONES	78
5.2 RECOMENDACIONES	79
VI. REFERECIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA N° 01	
FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.	57
TABLA N° 02	
EDAD GESTACIONAL EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.	59
TABLA N° 03	
PESO EN RECIÉN NACIDO. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.	61
TABLA N° 04	
FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES RELACIONADO A LA EDAD GESTACIONAL EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.	63
TABLA N° 05:	
FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES RELACIONADO EL PESO EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.	65

ÍNDICE DE GRAFICAS

	PÁG.
GRÁFICA N° 01 EDAD GESTACIONAL EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.	60
GRÁFICA N° 02 PESO EN RECIÉN NACIDO. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.	62

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional de corte Transversal, retrospectivo tiene por objetivo general conocer los factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionados a la edad gestacional y el peso en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón.2017. La población conformada por los recién nacidos de madres adolescentes. Se aplicaron los instrumentos: Factores de riesgo en gestantes adolescentes y la Edad gestacional y peso en recién nacidos. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante la prueba estadística de independencia de criterio (Chi cuadrado) con un nivel de significancia menor a 0,05 a través del programa Software SPSS 21.

Llegando a las siguientes conclusiones:

1. En los Factores de Riesgo en gestantes adolescentes: 44,5% son adolescentes entre 17-19 años, el 70,7% tienen pareja, el 49,6% residen en zona urbano marginal, el 40,5% con secundaria completa, el 51,7% tiene más de 6 controles pre natales, el 24.9% presentan antecedentes obstétricos, y el 38.8% presentaron complicaciones obstétricas.
2. El 61,2% fueron recién nacidos pretérmino (menos de 37 semanas), el 38.8% fueron a término (37 a 42 semanas) y no se presentaron recién nacidos post término (más de 42 semanas).
3. El 71,7% de los RN tienen peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 20,3% de los RN bajo peso al nacer (1500-2499 gr.), el 8% de los RN con muy bajo peso al nacer (< 1500 gr.) y no se evidenciaron recién nacidos con extremadamente bajo peso al nacer (<1000 gr.).
4. Si existe relación estadística significativa entre factores riesgo y la edad gestacional: edad, residencia, control pre natal, complicaciones obstétricas. No existiendo relación estadística significativa con el estado civil, grado de instrucción y antecedentes obstétricos
5. Si existe relación estadística significativa entre factores riesgo y peso del recién nacido: edad, antecedentes obstétricos y complicaciones obstetricias. No existe relación estadística significativa con estado civil, residencia, grado de instrucción y control pre natal.

Palabras claves: Gestante adolescente, Edad Gestacional y Peso del Recién Nacido.

ABSTRACT

The present research work is descriptive, correlational cross-sectional, retrospective has the general objective to know the risk factors in pregnant women related to gestational age and weight in newborns. Eleazar Guzmán Barrón Hospital.2017. The population made up of newborns of adolescent mothers. The instruments were applied: Risk factors in pregnant adolescents and gestational age and weight in newborns. The processing and analysis of the data was carried out by means of the statistical test of criterion independence (Chi square) with a level of significance of less than 0.05 through the Software SPSS 21 program.

Reached the following conclusions:

1. In the Risk Factors in pregnant teenagers: 44.5% are adolescents between 17-19 years old, 70.7% have a partner, 49.6% reside in marginal urban areas, 40.5% have complete secondary education , 51.7% had more than 6 prenatal controls, 24.9% had obstetric history, and 38.8% had obstetric complications.
2. 61.2% were preterm newborns (less than 37 weeks), 38.8% were full term (37 to 42 weeks) and no post-term newborns were present (more than 42 weeks).
3. 71.7% of the NB have normal weight (2500 gr. - 3500 gr.), 20.3% of the NB underweight at birth (1500-2499 gr.), 8% of the NB with very low birth weight (<1500 gr.) and no newborns were observed with extremely low birth weight (<1000 gr.).
4. If there is a significant statistical relationship between risk factors and gestational age: age, residence, prenatal control, obstetric complications. There is no significant statistical relationship with marital status, level of education and obstetric history
5. If there is a statistically significant relationship between risk and weight factors of the newborn: age, obstetric history and obstetric complications. There is no significant statistical relationship with marital status, residence, educational level and prenatal control.

Key words: Adolescent Gestant, Gestational Age and Newborn Weight.

I. INTRODUCCION

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema de salud pública, con datos sobresalientes en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Es así como en América Latina un 15 a un 25% de los recién nacidos son hijos de madre menor de 20 años (OMS 2017).

El embarazo adolescente es aquel que sucede en mujeres de 13 a 18 años, es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. El embarazo en una pareja de jóvenes es un evento inesperado, sorpresivo. Generalmente se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad (Valdés, 2012).

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es una de las etapas de transición más importantes en la vida, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos físicos y bilógicos que marcan el comienzo de la adolescencia.

Según la OMS la adolescencia se divide en 3 etapas

Adolescencia temprana (10-13 años) biológicamente, es el periodo con mas cambios corporales y funcionales como la menarquia 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.

Adolescencia intermedia (14-16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencias y actividad sexual; se sienten vulnerables 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 por la moda.

Adolescencia tardía (17-19 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 a las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (OMS, 2016).

Las gestantes adolescentes son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún se está formando. La mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas (25 por mil nacidos vivos), sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores

de 40 años. Cerca del 40% de las adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer. Las dos variables más importantes y determinantes de la morbi - mortalidad en los recién nacidos son la prematuridad y el bajo peso al nacer (López y Lugones, 2013).

A pesar de los esfuerzos para reducir el grave problema de salud pública que constituye el embarazo en adolescentes, éste sigue siendo un reto para el personal de salud, las familias afectadas, el sistema educativo, y la sociedad en su conjunto; debido a que el embarazo y la maternidad en la adolescencia son factores de riesgo para su vida, educación y el desarrollo psicosocial para la joven madre y el recién nacido. La OMS estima que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es el doble para las mujeres entre 15 a 19 años que para las mujeres de 20 a 24 años. Para las adolescentes de 10 a 14 años, la tasa de mortalidad materna puede llegar a superar hasta cinco veces la de las mujeres embarazadas que tienen entre 20 a 24 años (Rodríguez y Hernández, 2012).

Los problemas de salud que afectan a la adolescente embarazada, particularmente, están asociados con un incremento de complicaciones médicas, en muchos casos, estos embarazos de alto riesgo no son controlados y las gestantes acuden al hospital recién en labor de parto, poniendo en riesgo su vida y la del niño, además de causar alteraciones en los servicios de atención que prácticamente tienen que trabajar a ciegas en su intervención (Vásquez, 2010).

El embarazo en la adolescencia continúa siendo una de las grandes preocupaciones nacionales no solo por las repercusiones orgánicas que trae consigo este especial estado sino también por los relevantes trastornos psico-emocionales, sociales y económicos que afectan el desarrollo personal de la madre, pareja y el hijo de ambos (Fernández, 2014).

La adolescencia es el período 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. Según la teoría de Erick del desarrollo social, la adolescencia es un período singular dentro de la vida, que se distingue de la niñez porque la capacidad cognoscitiva de la persona se expande. El embarazo en cualquier sub etapa de la adolescencia dificulta la resolución del desarrollo normal durante ese período. 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.

Como consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la gestante adolescente recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso u otro problema. Con respecto a los riesgos que, desde el punto de vista de la salud, se sabe que el parto antes de los 18 años conlleva peligros de salud. (Reeder y Koniak, 1995).

Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo grado de instrucción. Para muchas adolescentes que viven en situación de pobreza un/a hijo(a) representa no solo 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 menos recursos (González y Gutiérrez, 2010).

El embarazo adolescente en el Perú subió al 14,6 % en el año 2015, lo que representó un incremento del 1,6 % desde el año 2000, mientras que la población total de Perú asciende a 31 151 643 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática publicados en Lima. Respecto a la maternidad temprana, el reporte indicó que, en los últimos 14 años, creció en un 1 % el porcentaje de adolescentes que ya son madres y 0,6% en las que quedan embarazadas por primera vez. El embarazo en adolescentes de 15 años subió de 1,0 % a 1,9 %, entre los años 2000 y 2015, en las de 16 años aumentó de 4,7 % a 5,4 %, y en las de mayor edad pasó de 22,3 % a 26,7 %. Del total de mujeres de 15 a 19 años de edad con educación primaria, el 29,3 % ya eran madres el año pasado; porcentaje que baja a 11,2 % entre las adolescentes con educación secundaria y a 4,9 % entre las jóvenes con educación superior. De otro lado, El Instituto Nacional de Estadística e Informática, proyectó que la población asciende a 31.151.643 habitantes, al 30 de junio de 2016. El 50,1 % son hombres y el 49,9 % mujeres, mientras que la población urbana alcanza el 76,7 % y la rural el 23,3 % (INEI, 2015).

El Ministerio de Salud, indica que a nivel mundial los adolescentes representan el 20% de la población total encontrándose el 85% en países en 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 porcentaje de la población infantil. El 51.93% de la población adolescentes tienen edades comprendidas entre los 10 a 14 años (MINSA, 2015).

Según el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil, en el Perú, la maternidad está empezando desde los 11 años, en el año 2016 se registraron 1.538 casos de madres entre los

11 y 14 años de edad que acudieron a esta institución para declarar el nacimiento de sus hijos. Ese mismo año, se registraron 3 950 madres de 15 años de edad. Los mayores registros ocurrieron en la selva (40%) y en la costa norte del Perú (Tumbes, Tacna, Ica y Lambayeque). El embarazo adolescente en el Perú es una problemática que tiende a crecer. La cifra de madres menores de 15 años pasó de 936 casos en el año 2014 a 1 040 nacimientos en el año 2015 (RENIEC. 2016).

Considerando que la población femenina de 12 a 17 años en el año 2016 aumento aproximadamente a 11,500 es interesante apreciar que los 214 embarazos reportados en el año 2016 lo cual representa una tasa de embarazo precoz del orden del 2% sobre la población adolescente de 12 a 17 años. La existencia de embarazos en adolescentes conlleva también a un factor de riesgo relacionado a la probabilidad del inicio de familias (MINSA, 2015).

Al respecto el Plan Nacional de Acción por la Infancia, indica que el embarazo adolescente interrumpe el proceso de maduración de la adolescente y en general, los que viven en situaciones de pobreza, disminuye las oportunidades de desarrollo, quienes con frecuencia deben abocarse a la crianza sin haber completado sus estudios. La maternidad adolescente es un índice creciente de la pobreza en la familia peruana y pone en riesgo la integridad física y emocional del recién nacido (PNAIA, 2012-2021).

El Plan Nacional de Acción reporta que en el año 2010 al año 2016, se han registrado en el Distrito de Chimbote 1228 embarazos en adolescentes menores de 18 años. En tanto que, en la provincia del Santa en el mismo período, se han registrado un total de 2364 embarazos

en adolescentes, siendo un 51.95% embarazos provenientes del Distrito de Chimbote (INEI, 2013).

El Jefe del INEI en el año 2016, de 207 mil 800 adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres o son primigestas. Esta cifra representa el 14,6% del total de adolescentes del país, el 11,7% de ellas son madres y el 2,9% están embarazadas por primera vez. Este porcentaje se ha venido incrementando; en el año 2017 se estimó en 12,5%, se ha incrementado a 14,6% en el año 2016, es decir, 2,1 puntos porcentuales más. Asimismo, indicó que, en el año 2016, el embarazo de las adolescentes del área rural (22,0%) es cerca del doble del área urbana (Pereda, 2014).

El embarazo durante la adolescencia afecta en varias dimensiones:

En lo social: las adolescentes que son madres tienen menos oportunidades educativas. De acuerdo al censo realizado en cada región, más del 10 % de mujeres entre 15 y 24 años dejan las aulas de clase, finalizando así un proyecto de vida trazado. Del total de gestantes adolescentes en el Perú, solo una de cada diez continúa en el colegio. Las gestantes adolescentes ven la necesidad de contribuir al trabajo familiar en actividades agrícolas, labores domésticas, el cuidado de sus hermanos o la misma violencia e inseguridad debido a que recorren largas distancias para llegar a la escuela en áreas rurales. Los padres las excluyen del colegio por temor a ser víctimas de violencia o resulten embarazadas (Varas, 2010).

El entorno psicosocial de las madres adolescentes se ve afectado por factores familiares, grado de instrucción de la madre, nivel socioeconómico y estado civil. Las intervenciones más eficaces deben darse a nivel de la salud mental de las madres adolescentes de manera de aminorar la incidencia de depresión materna la cual varía con los factores sociodemográficos

y está relacionado con un apoyo social inadecuado y la dependencia al sistema público de salud. Es una cadena de hechos interrelacionados que trae consecuencias importantes en el recién nacido, ya que la depresión materna está asociada con una mala interacción madre-hijo. El estado anímico de la madre adolescente influye y afecta adversamente la calidad y experiencia del embarazo, así como los resultados maternos y del hijo (Calvo, 2011).

En la salud física y mental: Está demostrado que madres adolescentes tienen mayores síntomas depresivos que las madres adultas ya que están experimentando situaciones y responsabilidades nuevas que son difíciles de asumir. Por otro lado, existe entre ellas mayor aislamiento social, la aptitud materna es menor debido a su corta edad y escasa experiencia, están expuestas a continuos cambios de colegio, poseen una relación inestable con el padre, presentan dificultades por la dependencia a sus familias además de los problemas físicos de sí mismas y de sus hijos. Las madres adolescentes están expuestas a varias situaciones estresantes tales como: bajos recursos económicos, cansancio físico y estrés, así como una imagen distorsionada de su propio cuerpo durante el posparto. Esta insatisfacción con el cuerpo por la ganancia de peso posterior al parto puede aumentar la incidencia de trastornos alimentarios, período en el cual estas patologías son más frecuentes. La relación de las adolescentes que han sido madres, tiene como factor común la existencia de conflictos preexistentes entre los padres (Whaley y Wong, 1995).

El embarazo en la adolescente es una situación muy delicada, pues se trata de madres que por su desarrollo anatómico y psicológico aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir rol de madre. Esto trae como consecuencia el aumento de factores de riesgo, y la posibilidad que esta madre tenga un recién nacido con repercusiones en el desarrollo futuro (Issler, 2011).

En relación a la edad gestacional, es la duración de la gestación y se calcula a partir del primer día del último período menstrual. La edad gestacional se expresa en días o semanas. El periodo neonatal, comprendido entre el momento del nacimiento hasta los 28 días de edad, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano. La oportunidad de supervivencia del recién nacido está influenciada por factores maternos, ambientales, sociales, genéticos, así como la oportunidad y calidad de la atención médica recibida. La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio (Alvarado, 2015).

Cada año 15 millones de recién nacidos son a término, es decir, 1 de cada 10 nacimientos. Más de un millón de recién nacidos prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando (MINSA, 2015).

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios (Merck, 2012).

Con respecto al bajo peso al nacer, la OMS define como recién nacido de bajo peso a cuando es inferior a 2500 gr (por debajo del percentil 10), independiente de la edad gestacional; siendo el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, pues se ha demostrado que al menos la mitad del total de muertes perinatales, ocurren en lactantes con esa condición. Asimismo, el bajo peso al nacer es un indicador que refleja la realidad objetiva de la situación de salud de la población, en especial de las mujeres en etapa de gestación que dependen de la calidad vida que lleva, influyendo en las posibilidades de supervivencia y desarrollo de sus hijos (OMS, 2015).

Ahora bien, las estadísticas en relación al bajo peso varía según países ; según lo señala el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-2001) se estima que el 2% de los nacidos vivos son de bajo peso, mientras que en los países subdesarrollados varía de 8 al 10%. La prevalencia del bajo peso al nacer en Sur América y México es del 8,1%. Respecto a ello, la publicación “Estado Mundial de la Infancia”, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2016, refiere que en el mundo la incidencia de bajo peso al nacer fue de 14%; América Latina y el Caribe con 9% y el Perú con 10% (MINSa, 2016).

El peso al nacer está influenciado de manera importante con el estado nutricional de la gestante adolescente y la ganancia de peso. A su vez es un parámetro que se relaciona estrechamente con la morbi-mortalidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental del recién nacido. La necesidad de considerar la salud de la mujer de manera integral más aún durante la gestación, por ser una etapa de mayor vulnerabilidad, es importante realizar el control periódico y poner énfasis en su estado nutricional (Díaz, 2014).

EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Nicaragua; Miranda, W. (2006), en su estudio “factores de riesgo maternos y perinatales en la adolescencia temprana que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón”, los resultados fueron los siguientes: existe cierto nivel de educación que es 4.75 veces más frecuente en adolescencia precoz que en las mujeres adultas. La falta de control prenatal en 1.73 veces más frecuente en adolescentes. El parto prematuro fue un factor de riesgo que está en 3,21 veces más frecuente en la adolescencia precoz.

México; Calderón, J. y colab. (2006), en su estudio factores de riesgo materno asociado al parto pre término en el Hospital Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro, el estudio de casos y controles, del 1 de septiembre del 2001 al 30 de junio del 2006. Encontrándose 138 mujeres que culminaron su embarazo antes de la semana 3. En el período 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 pre eclampsia y eclampsia. Los factores asociados al parto pre término con diferencia significativa fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia.

Cuba; López, J. y colab. (2006), investigó “Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer”, los principales resultados encontrados está que el crecimiento intrauterino retardado resultó ser la principal causa de recién nacido bajo peso. Los malos antecedentes obstétricos con mayor incidencia fueron el período intergenésico menor de 24 meses, el bajo peso preconcepcional y la muerte fetal. Las afecciones asociadas más frecuentes en el embarazo fueron la infección vaginal, la anemia y la hipertensión arterial; el retardo del crecimiento fetal, la rotura prematura de las membranas y el embarazo múltiple fueron las afecciones propias del embarazo que más se encontraron. Las edades maternas

extremas, la baja escolaridad, el hábito de fumar y la desnutrición materna aisladamente no tuvieron gran influencia en la incidencia de recién nacido bajo peso mientras que si la tuvo la insuficiente ganancia de peso durante el embarazo.

Argentina; Martín, F. y colab. (2006), en su investigación: Madres adolescentes: ¿factor de riesgo para bajo peso al nacer y prematuridad? corrientes, 2006. Resultados: Sobre un total de 1332 partos, la frecuencia de madres adolescentes fue de 278 (20.9%). De las 278 gestantes adolescentes incluidas en la muestra, 23 (8,27%) tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer; 44 (15,8%) tuvieron recién nacidos prematuros; 19 de ellos (6,8%) reunieron ambos resultados perinatales adversos. De las 595 gestantes incluidas en el grupo control, 51 (8,57%) tuvieron recién nacidos de bajo peso; 80 (13,45%) tuvieron recién nacidos prematuros; 45 (7,56%) de ellos reunieron ambos resultados perinatales adversos. Conclusión: Entre gestantes adolescentes y el grupo control, no hay diferencias significativas en cuanto al riesgo de obtener recién nacidos con bajo peso al nacer y prematuros.

Cuba; Castañeda, C. y colab. (2009), en su estudio Embarazo en la adolescencia y su relación con el bajo peso al nacer. El mismo estuvo representado por 1585 embarazadas con una muestra de 96 adolescentes embarazadas de las cuales 14 tuvieron hijos de bajo peso; se encontró que un 64,2% fue de parto pre término. Este aspecto conjuntamente con la inmadurez psicológica del adolescente y el cambio brusco de su vida, lleva también a otras complicaciones que afectan al recién nacido como es el Retardo de Crecimiento Intrauterino que reportó un 21,4% del bajo peso.

México; Soto, E. y colab. (2010), investigó “Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer”. Se determinó que los factores de riesgo asociados a un bajo peso del recién nacido fueron: antecedente de producto con bajo peso (RR=3,57), anemia con hemoglobina menor a 10g/dL (RR=2.37), enfermedad hipertensiva del embarazo (RR=2.12), edad menor de 16 años (R=1.8), talla de 1.45 a 1.55m (RR=1.55), analfabetismo(RR=1.51), ITU (RR=1.47), primigesta (RR=1.37), IMC más de 36 (RR=1.14), tabaquismo (RR=2.12), alcoholismo (RR=2.03), toxicomanías (RR=2.01) y alteraciones en la placenta (R=1.9).

Cuba; Guevara, J. y colab. (2010) en la investigación “Factores de riesgo del bajo peso al nacer”, analizaron las siguientes variables: edad materna, evaluación nutricional a la captación, ganancia de peso y enfermedades maternas asociadas al embarazo, y se concluyó que estas, con excepción de la edad, constituyeron factores de riesgo para el nacimiento de niños con bajo peso. Entre los factores de riesgo figuró, además, el parto pre término, y las enfermedades asociadas fueron: hipertensión arterial inducida por el embarazo, sepsis urinaria, infección vaginal y anemia.

Venezuela; Gala, H. y colab. (2010), investigó “Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana”. Evidenciaron que el período intergenésico corto fue la única variable que no se presentó como un factor de riesgo en la serie, pero la evaluación nutricional deficiente, la infección vaginal y la ganancia inadecuada mostraron mayor valor del OR (dado por 16,13; 9,72 y 8,13, respectivamente), así mismo la edad extrema, ITU y anemia tuvieron un OR (4.8; 3.6 y 8.4 respectivamente); sin embargo, las únicas variables que mostraron asociación causa - efecto con el BPN resultaron ser: infección vaginal, hábito de fumar, anemia y ganancia inadecuada de peso.

Cuba; Águila, A. y colab. (2011), En el estudio “Factores de riesgo asociados a la bajo peso al nacer y el nacimiento pre término. Cienfuegos”, hallaron que Resultaron significativas los nacimientos pre términos (OR=40,0), la presencia de anemia en los tres trimestres (OR=2,9), la sepsis vaginal (OR=8,7), y la amenaza de parto pre término (OR=7,0). Los antecedentes de amenaza de aborto y parto pre término, hijos anteriores con bajo peso al nacer y prematuro, así como los nacimientos pre términos, la anemia, la sepsis vaginal y la raza no blanca constituyeron factores de riesgo para la aparición del bajo peso al nacer.

Colombia; Zuluaga, F. y Urrea, B. (2011), en su estudio, “Detección del riesgo de bajo peso al nacer en los recién nacidos en el hospital básico Primitivo Iglesias en la ciudad de Santiago de Cali durante el período 2007 -2009” evidenciaron que la prevalencia durante los años 2007, 2008, 2009 fueron de 2, 39%, 3,41% y 3% respectivamente; obteniendo una prevalencia global de 2.92%. Los resultados encontrados respecto a los factores de riesgo asociados con BPN en el grupo control los más influyentes para los años fueron: estrato socio-económico bajo (100%), multiparidad (32%), pobre CPN (17.4%), antecedente de aborto (15.2%), HTA inducida por el embarazo (9%), infecciones vaginales y de vías urinarias (9%) y edad materna mayor a 35 años (2.17%).

Ecuador; Cruz, D. y Llivicura, M. (2012), en su estudio “Factores de riesgo perinatales para peso bajo en recién nacidos a término del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora”, encontraron que existe un 8.48% de peso bajo en los neonatos a término, 70.3% de retardo de crecimiento asimétrico y 28% simétrico. Los factores de riesgo son: peso materno postparto ≤ 55 Kg (OR: 3.04, $p < 0.0001$), índice masa corporal postparto ($p < 0.0001$), amenaza de parto prematuro (OR: 2.83, $p < 0.0001$), antecedente de bajo peso al nacer (OR:

2.48, $p < 0.048$), edad ($p = 0.047$), primiparidad (OR: 1.675, $p = 0.05$) y hemoglobina materna ($p < 0.04$).

Venezuela; Rodríguez, I. (2012), En su investigación factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes, 2012. Resultados: Hubo 15,13 % adolescentes con hijos prematuros; entre 17-19 años (67,31 %); índice de masa corporal: 18,5-24,99 kg/m² (71,13 %); no estudiaban (41,46%), no completaron la secundaria (78,54%), dedicadas a oficios del hogar (68,29 %); en concubinato (55,12 %), estrato socioeconómico: nivel V (52,68 %); sin consumo de alcohol, drogas o tabaco (100 %); venezolanas (97,56 %), raza mestiza (61,46%); residenciadas en zonas urbanas (62,44%); viven con familia materna y padre del niño (41,95%), familias disfuncionales (55,61 %); rechazo familiar (65,85 %); embarazos no deseados (88,29 %); sin intentos de aborto en 82,93 %. Menarquía con media de 11,81 \pm 1,09 años, inicio de relaciones sexuales: 14,67 \pm 1,11 años; mal control prenatal (64,39 %), primiparidad (72,68%) nacimiento por parto (56,59 %), entre 34 y menores de 38 semanas de gestación (79,51 %); neonato hembra (58,05 %); peso entre 1 501-2.500 g (45,37 %); adecuados para la edad gestacional (79,51 %); buen Apgar al minuto (56,59 %), a los cinco (74,63 %). Presentaron patologías maternas (100 %) y del neonato (89 %). Conclusiones: El bajo nivel socioeconómico y factores de riesgo familiar se relacionan con la prematuridad en el embarazo de estas adolescentes.

Cuba; Villafuerte, Y. (2014), en su investigación “Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Cienfuegos”. Resultados: se produjeron 450 nacimientos de niños con bajo peso. La hipertensión arterial como antecedente patológico materno constituyó la principal causa de morbilidad materna. Dentro de los antecedentes obstétricos se observó con más frecuencia el período intergenésico menor de dos años. Se evidenció que las enfermedades con mayor asociación al embarazo fueron la infección vaginal, la anemia y

la hipertensión arterial, con predominio de los recién nacidos pretérmino. Conclusiones: la modificación de los factores de riesgo tendría un impacto favorable en la disminución del bajo peso al nacer.

EN EL ÁMBITO NACIONAL

Lima; Urbina, C. y Pacheco, J. (2010), en su artículo “Embarazo en adolescentes”, hubo un total de 36 148 de nacimientos; de ellos 455 nacimientos 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 (94,8%). Según estado civil, la mayor parte era conviviente 207 (46,7%) y casada 179 (40,4%), solteras 57 (12,9%). 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 complicaciones 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 peso menos de 2500gr. (84,4%) de 2500 a 3999 gr. Y (3,7%) más de 4000gr.

Trujillo; Alarcón, R. (2011), En su investigación relación del peso del recién nacido con edad gestacional y antropometría materna en gestantes del hospital belén de Trujillo – 2011. La muestra se obtuvo de una población de 3700 historias clínicas peri natales y estuvo conformada por: 1500 gestantes con recién nacido vivo, con edad mínima de la madre 19

años, embarazo único y edad gestacional de 30 a 42 semanas. Esta investigación reporta 34.3 % de las gestantes con peso deficitario, según el IMC 38 % malnutridas en exceso y 5,8 % en déficit, 10.5 % con talla menor de 1.45 m. El peso del recién nacido está relacionado significativamente con la talla de la madre, con el IMC preconcepcional, así como con la edad gestacional. Se concluye que los indicadores antropométricos del estado nutricional materno resultaron indicadores predictivos efectivos del peso bajo al nacer.

Lima; Ticona, M. (2012), en la investigación “Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú” evidenció respecto a la población de Perú durante el 2007, una tasa de incidencia de bajo peso al nacer de 8.24 x 100 nacidos vivos. Los factores de riesgo fueron: enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia del tercer trimestre, enfermedad crónica, rotura prematura de membranas, madre con bajo peso al nacer, antecedente de bajo peso al nacer, ausencia o control prenatal inadecuado, analfabetismo o instrucción primaria, región sierra o selva, talla materna menor de 1.50m e intervalo intergenésico menor de dos años. Estos factores de riesgo tienen 68% de valor predictivo para bajo peso al nacer.

Tacna; Rendón, M. y Colab. (2012), en su investigación Factores maternos que influyen en el Peso al nacer, 19,4% fueron madres adolescentes y 11,2% mayores de 35 años, con un promedio de 25,6 años. El promedio de peso de recién nacidos fue 3.207 g. + 437 g., incrementándose conforme aumenta la edad materna; los RN de adolescentes presentaron 101 g. de peso menos que la población general y las mayores de 35 años 67 g. más ($p < 0,01$). La adolescencia se asocia a bajo peso y peso insuficiente y las mayores de 35 años a peso alto ($p < 0,001$). El 18,1% de madres tuvieron educación superior y 1,3% fueron analfabetas; el peso de recién nacidos se incrementa conforme aumenta la escolaridad, las

analfabetas tienen 131 g. menos que la población general. Las analfabetas presentaron mayor bajo peso al nacer y peso insuficiente, 5,6% y 28,2% respectivamente y las de educación superior alto peso 5,8%. El 61,9% de madres fueron primíparas; el peso de recién nacidos se incrementa conforme aumenta la paridad, hasta la paridad 5 y luego disminuyó. Los recién nacidos de primíparas presentaron 18 g. menos que la población general, las multíparas y grandes multíparas 27 y 45 g. mayor respectivamente ($p < 0,01$), las grandes multíparas presentan mayor porcentaje de bajo y alto peso y las primíparas peso insuficiente. Existe asociación entre edad materna, escolaridad y paridad con categorías de peso del recién nacido ($p < 0,01$). Conclusión: La edad materna, escolaridad y paridad influyen significativamente en el peso del RN a término de hospitales del Ministerio de Salud del Perú.

Ica; Huaroto, K. y Pauca, M. (2013), hallaron que el 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescentes, la edad materna extrema en el estudio < 19 años fue el 76, 7%, el estado civil casada tuvo el 20, 5%; 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja; infecciones; vaginosis bacteriana; nuliparidad; bajo peso al nacer; gemelaridad.

Lambayeque; Fernández, D. y Córdor, J. (2014), en su investigación “factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo durante el 2014”, obtuvo como resultados: Los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual (OR=6.7), no control prenatal (OR=11), embarazo múltiple actual (OR=2.1), antecedente de cesárea (2.9) y condición de multípara (OR=12.4) ($p < 0.05$). Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (32.3%), Preeclampsia (28.0%) e Infección del tracto urinario (18.3), mientras que las más frecuentes en el parto a término fueron Preeclampsia (32.3%), Infección del tracto urinario (15.7%) y Ruptura prematura de

membrana (10.7%). La anemia se asocia significativamente ($p < 0.05$) con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78.6% (OR=14.34). Las pacientes adolescentes correspondieron con mayor frecuencia al grupo etario de 17 a 19 años, siendo 83% para parto pretérmino y 72% para parto a término. CONCLUSION: Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino de las gestantes en el hospital y periodo de estudio fueron tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de multípara y anemia moderada, ITU, Preeclampsia, RPM.

Trujillo; Gonzales, J. (2014), En su investigación “Edad materna como factor de riesgo para bajo peso del recién nacido a término”. Trujillo, 2014. Se realizó primero una división en 3 grupos de edades maternas (A: <19 años, B: 19-35 años y C: > 35 años). Luego de esto, se subdividió en 2 subgrupos. En el primero se comparó al grupo A con el grupo B. El segundo se comparó al grupo B con el grupo C. Se asoció a quienes presentaron bajo peso y quienes no lo presentaron, se calculó el Odds Ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC 95%) utilizando la prueba de Chi Cuadrado. Al comparar el primer subgrupo (A y B) se obtuvo como resultado un valor de $p < 0,05$, OR de 3,18 con un IC de 95% (1,11 – 9,11). En la comparación del segundo subgrupo se obtuvo un valor de $p > 0,05$, OR de 0,66 con un IC de 95% (0,22 – 2,03). En el Hospital Belén de Trujillo las madres menores de 19 años son un factor de riesgo para el bajo peso de los recién nacidos a término en comparación con las madres mayores de 35 años que no lo son.

EN EL ÁMBITO LOCAL

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”, encontró que la frecuencia de nacimientos de recién nacidos pre término fue de 54.6 % pre termino leve, el 22.7% pre término moderado y

el 22.7% de pre término extremo. Los factores maternos que se relacionan significativamente son los antecedentes obstétricos ($p= 0.005$). Los factores que no presentaron relación significativa fueron: la edad materna, tenencia de pareja, residencia, grado de instrucción, control prenatal.

Nuevo Chimbote; Mayanga, R. y Vera J. (2007), en su investigación “Recién Nacidos Pretérmino asociado a Factores de Riesgo materno. Hospital La Caleta”. Conclusiones: la frecuencia de nacimientos de recién nacidos pretérmino, fue en el pretérmino leve de 71.8%, en el pretérmino extremo 17.3%, en el pretérmino moderado de un 10.9%. Los factores maternos que se relacionan significativamente con el nacimiento pretérmino se encuentran: La Paridad, el control prenatal, antecedentes obstétricos, las complicaciones obstétricas. Los factores maternos que no presentaron relación significativa fueron: edad materna, grado de instrucción, estado civil, intervalo intergenésico.

Nuevo Chimbote; Suarez, T. (2009), en su investigación “Influencia del estado nutricional de la gestante en la ganancia de peso del recién nacido y edad gestacional”. 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.

Chimbote; Álvarez, R. y Sevillano, J. (2012), En su investigación factores de riesgo maternos y obstétricos en adolescentes relacionados al recién nacido pretérmino. Hospital La Caleta Chimbote, 2012. Los resultados fueron: el 67.9% son recién nacidos pretérmino leve (34-36 semanas), el 20,8% pretérmino moderado (32-33 semanas) y el 11.3% pretérmino

extremo (28-31 semanas). Los factores de riesgo maternos: edad, grado de instrucción. Tenencia de pareja y residencia no presentaron relación estadística significativa con el recién nacido pretérmino. El factor de riesgo obstétrico: control prenatal si presento relación estadísticamente significativa. La paridad, el intervalo intergenésico, los antecedentes obstétricos y las complicaciones obstétricas no presentan relación estadísticamente significativa.

Nuevo Chimbote; Serrano, C. (2012), en su investigación “Algunos factores maternos en los nacimientos pre términos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote 2011”. Los resultados obtenidos fueron: el 52% de las madres tienen de 20 a 30 años, el 42% secundaria completa, el 58% de situación económica baja, el 52% presenta control prenatal inadecuado, el 54% presentaron complicaciones obstétricas y el 58% no presentaron antecedentes obstétricos, si existe relación estadística significativa entre los factores maternos: edad, estado conyugal, control prenatal, complicaciones obstétricas con la edad gestacional del recién nacido pre termino. No existiendo relación estadística significativa con la residencia, ocupación, grado de instrucción, situación económica y antecedentes obstétricos.

Chimbote; Aguilar, T. y Matta, A. (2013), en su investigación “Edad gestacional y peso del recién nacido relacionado a factores sociales, Nutricionales y obstétricos en Adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta”. Llego a las siguientes conclusiones: el 95.6% son recién nacidos a término, el 33.3% recién nacidos pre término y el 1.1% recién nacidos post término. El 90.1% de recién nacidos presenta 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.

La mayoría de adolescentes no toman en cuenta el estado nutricional durante la gestación, muchas de ellas desconocen sobre los alimentos más necesarios para esta etapa fisiológica importante esto conlleva a un alto riesgo perinatal, especialmente por una mortalidad neonatal e infantil significativamente mayor, asociadas especialmente a una mayor incidencia de recién nacidos menores de 2500 gramos e insuficiente apoyo social. (Quintero, 2010).

La prevención del bajo peso al nacer es una prioridad de la salud pública a nivel mundial y constituye un instrumento para la reducción de la mortalidad infantil, por eso el Sistema Nacional de Salud debe centrar su atención en las mujeres con alto riesgo, así como en los factores prenatales relacionados con su incidencia. El peso de un niño al nacer es la determinante más importante en la posibilidad de que sobreviva; y el bajo peso (inferior a 2.500 g) representa en la actualidad uno de los problemas prioritarios de la salud pública, asociado en la mayoría de las defunciones de niños menores de un año e influye en la calidad de vida futura (Sánchez y Pérez, 2013).

Investigaciones realizadas en nuestro país sobre el análisis de la incidencia y factores de riesgo de Bajo Peso al Nacer en 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú durante el año 2011 reveló una tasa de incidencia de bajo peso al nacer de 8.24 x 100 nacidos vivos con una incidencia de 12.57 x 100 nacidos vivos ubicándolo en uno de los primeros lugares a nivel nacional con neonatos de bajo peso al nacer. (Nakandakari y Jaramillo, 2012).

En la actualidad estos casos se presenta en todos los hospitales del Perú, de la Región de Ancash en Chimbote y Nuevo Chimbote, es por eso el interés de conocer e identificar y

valorar los principales factores de riesgo para que una gestante adolescente tenga un hijo con bajo peso al nacer, por eso la enfermera cumple aquí un rol muy importante el de preventivo promocional y de velar por el bienestar del binomio madre – hijo.

Durante el transcurso de nuestra practicas pre-profesionales observamos que era continuo ver a gestantes adolescentes en hospitales y en la comunidad, que no conocían temas básicos sobre la importancia de una adecuada ganancia de peso durante la gestación y sus beneficios para el recién nacido, observábamos también que algunos recién nacidos no presentaba peso y edad gestacional adecuados, vemos que esta es una problemática se presenta en el área de salud de nuestro país y en nuestra localidad, es por ello que parte la necesidad de conocer los factores de riesgo maternos en adolescentes; por eso consideramos necesario realizar la presente investigación.

Por lo anteriormente expuesto y dado la importancia para el profesional de enfermería en el área del recién nacido y para las gestantes, se formula el siguiente problema:

**¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES RELACIONADO A LA EDAD GESTACIONAL Y EL PESO EN RECIÉN NACIDOS?
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.**

El presente trabajo de investigación es importante porque nos permite conocer los factores de riesgo en gestantes adolescentes que influyen al bajo peso y la edad gestacional en los recién nacidos, el mismo que permitirá plantear estrategias que contribuirán al profesional de la salud a ampliar sus conocimientos y trabajar en el enfoque preventivo – promocional de esta problemática.

El embarazo en la adolescencia es una problemática derivada de una mala conducta sexual de los jóvenes, debido a un mal manejo de la información, una pobre o ausente educación de su sexualidad y ausencia del control de la natalidad dando como resultado un incremento considerable de los embarazos en adolescentes. Dichos factores no son absolutos y varían de un lugar a otro, e influye de en el desarrollo socioeconómico; por ello la importancia de realizar esta investigación para conocer si los factores maternos asociados con bajo peso al nacer se evidencian de igual manera en nuestra localidad (Schwartz, 2001).

Nos basamos en investigaciones realizados en otros lugares, con este estudio se dispondrá de datos locales de la población que contribuirá a conocer los factores maternos que conlleva a un recién nacido bajo peso. Los beneficiarios de este trabajo serán las futuras madres adolescentes, personal de salud, y toda la comunidad. Cada día el embarazo en adolescentes se convierte en un problema en América Latina, por su magnitud y repercusiones biológicas, culturales y sociales (García y Silva, 2017), así se encontró en siete países de América Latina que el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 años habían estado embarazadas, los indicadores respecto a la salud materna perinatal no han disminuido, resultando a nivel Latino Americano el Perú, uno de los países con la más alta tasa de mortalidad materna perinatal (ENDES, 2014).

Es importante mencionar que, en América Latina, el indicador de nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años para América del Sur es de 74% con un rango entre 55 y 90 por 1000 para los países andinos, según el informe del Estado de la Población Mundial (UNFPA, 2010). En siete países de América Latina se encontró que el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 fueron primigestas, de ellas, el 50% presentaron grado de instrucción analfabeta, y el 59% vivía en la pobreza (Valenzuela, 2016).

La mayor prevalencia de embarazos adolescentes se encuentra en el área rural y en zonas de la selva, donde es común que una mujer inicie su vida sexual a temprana edad. En el 2011, según cifras facilitadas por el MINSA, las gestantes adolescente fueron 12 970 entre los 12 y 17 años de edad. El departamento de Lima es el que concentra el mayor número de embarazos a nivel nacional con el 25,0%, seguido por los departamentos de Piura (7,9%) y San Martín (7,6%) respectivamente. Teniendo un promedio nacional del 4% de embarazos, los departamentos con menor porcentaje son Pasco, Huancavelica, Moquegua y Tacna que en conjunto hacen el 1,6% (León, 2017).

Y, según la misma fuente (Encuesta Demográfica y Salud Familiar ENDES del INEI), En el 2017, los embarazos en adolescentes aumentaron de 13,2%, en 2012, a 13,9%, con una creciente prevalencia en la costa norte y en Lima, entre los factores que podría influir, es el grado de instrucción que antes era considerada un factor protector para las jóvenes y las nuevas conductas sexuales de los adolescentes (ENDES, 2016).

Por lo tanto, la presente investigación se justifica porque, el embarazo en adolescentes es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo. También porque a pesar de todos los esfuerzos por parte del MINSA por controlar este problema, aún no se evidencian resultados favorables. Además son los factores, biológicos, obstétricos, sociales y económicos que van a incrementar los indicadores de morbi-mortalidad materna perinatal; el motivo es que por el hecho de ser adolescentes acuden tardíamente a su control prenatal o llegan al centro de atención en el momento del parto, lo que permite que la mujer pueda llegar a este momento

con alguna patología que va a generar complicaciones muchas veces poniendo en riesgo la salud de la madre y del niño elevando así los indicadores de mortalidad materna perinatal lo cual esta vinculados con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso al nacimiento, rupturas prematuras de membranas entre otras. Los resultados de la presente investigación serán de gran importancia, pues se conocerá la realidad local respecto al problema a investigar y con este conocimiento los responsables de la atención materna-perinatal formulen o reformulen programas de educación sexual y reproductiva dirigido a las mujeres en edad fértil, con la finalidad de posponer el embarazo en adolescentes por el riesgo materno que este significa.

1.1. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado a la edad gestacional y el peso en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores de riesgo en gestantes adolescentes. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.
- Identificar la edad gestacional en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.
- Identificar el peso en recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.
- Determinar los factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado a la edad gestacional en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.
- Determinar los factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado al peso en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.

1.2. HIPÓTESIS:

Hi: Existe relación significativa entre factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado a la edad gestacional y el peso en recién nacidos.

Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.

Ho: No existe relación significativa entre factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado a la edad gestacional y el peso en recién nacidos.

Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017.

IMPORTANCIA:

El objetivo importante del **MINSA** es que la mortalidad materno-neonatal disminuya año a año, esto refleja todo el significado que tiene la muerte perinatal y el cumplimiento de una adecuada atención prenatal es una garantía dentro del Programa Materno Infantil para tener niños sanos y madres saludables, por ello debe realizarse con el mayor rigor y cumplimiento establecido. Llevar un adecuado control prenatal y cumplirla constituye una prioridad para lograr aún mejores resultados en el binomio materno infantil.

Para las instituciones de salud, considerar dentro de las estrategias de intervención programas de Sexualidad y Salud Reproductiva que involucre la participación de la familia con la finalidad de motivar la comunicación de padres a hijos también que se desarrollen programas de capacitación a los docentes de las instituciones educativas en relación a la sexualidad humana a fin de fortalecer la orientación sexual a los estudiantes y también a los padres de familia

Al personal de salud, Continuar con la realización de los controles pre natales en forma precoz, oportuna, detectando los factores de riesgo presentes o potenciales en las mujeres, especialmente en las adolescentes y ampliar la cobertura de atención en cuanto a orientación y consejería en Planificación familiar. Las acciones que las establecimiento de salud realicen debe garantizar una atención basada en el enfoque de derechos humanos, sexuales y reproductivos, equidad e igualdad de género y considerando la interculturalidad de los adolescentes, prevaleciendo en todas y cada una de las acciones que se implementen.

Para la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, servirá como fuente bibliográfica o de referencia para futuras investigaciones similares al presente estudio.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el **Enfoque de riesgo** que es un método que se emplea para medir las necesidades de atención, herramienta que ayuda a definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Es un enfoque no igualitario, discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención, captando a grupos especialmente vulnerables de sufrir enfermedad, accidente o muerte. El enfoque asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos mayor posibilidad de contrarrestarlos; cambiando las condiciones que exponen a una persona o grupo a adquirir la enfermedad o el daño. La prevención primordial se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la prevención terciaria está dirigida a quienes ya están dañados o enfermos e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación (Mayanga y Vera, 2006)

La hipótesis en la que se basa el enfoque de riesgo es que mientras más exacta sea la medición de riesgo, se comprenderá adecuadamente las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones del personal de salud contribuyendo a mejorar la calidad de atención (Flores & Liñán, 2007).

El potencial de enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores de riesgo, medir la asociación entre estos 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 (Serrano, 2011).

El enfoque de riesgo tiene los siguientes componentes: Riesgo, factor (factor de riesgo o Factor protector), Vulnerabilidad y Probabilidad (Factor de daño o beneficio) (Gerónimo, 2011).

Riesgo, es una medida que refleja la probabilidad que una o más características o factores contribuyan a que se produzcan un hecho, daños o incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud. Se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención (Álvarez y Sevillano, 2012).

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. El conocimiento de riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integridad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada, sin embargo, no conduce a la certeza de que el daño se produzca (Krauskopf, 2007).

Factor, es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades. Se llama “Factor de Riesgo” a aquellos factores que se encuentran asociados positivamente con el riesgo de desarrollo de una enfermedad, pero no suficiente para causarla, y se denomina “Factor Protector” cuando no conduce un daño o enfermedad (Fletcher, 1990).

Un **Factor de riesgo** es cualquier característica o circunstancias detectables en personas o grupo de personas, asociados con un aumento en la probabilidad de experimentar daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud. Estos factores de riesgo (biológico, ambiental, de comportamiento, socio-culturales, económico) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción conllevando a incrementar aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud Su importancia radica en que son observables y/o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predice (Reeder, 1995), (Pizarro, 1996).

Para efectos de la presente investigación se considera como Factor de riesgo a las siguientes variables:

Factores maternos, son características que pueden influenciar favorable o desfavorablemente en la edad gestacional y el peso al nacer como: edad materna, grado de instrucción, residencia, tenencia de pareja, paridad, control prenatal, intervalo intergenésico, antecedentes y complicaciones obstétricas (Beaglehole, 1994).

Edad materna óptima para la gestación está comprendida entre los 20 a 30 años de edad. Es considerado como factores de riesgo la edad gestacional y un bajo peso en los recién nacidos de gestantes menores de 20 y mayores de 35 años (Orellana, 2004).

Estado civil, se define como aquella situación de convivencia de todo ser humano en relación con la pareja. El enfoque de riesgo en el estado conyugal se fundamenta en el hecho de que no todas las embarazadas adolescentes van a contar con pareja, por ello es necesario atender con una intervención preventiva primordial las necesidades del padre durante el embarazo, ya que con ellos podrá brindar mayor apoyo a su esposa a lo largo de la gestación, durante el parto, mejorando así su capacidad como padre (Andersen, 1994).

Residencia, lugar donde reside o habita la madre adolescente. Existen tres tipos: urbano, urbano marginal 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, etc. En las zonas de urbano marginal, las madres adolescentes viven en pueblos jóvenes constituidas por familias extensas o desintegradas, siendo este un factor de riesgo para las madres adolescentes quienes pueden ser víctima de 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, en muchos casos no cuentan con servicios de salud, educación, información cercana a su vivienda, estos pueden ser factores condicionantes para el desarrollo normal de la gestación (Pita, 2000).

Grado de instrucción, es el nivel educativo alcanzados por las madres adolescentes. La baja educación, es un factor de riesgo para tener recién nacidos de bajo peso. Muchos autores reportan que el mayor porcentaje de bajo peso se encuentran cuando la madre adolescente es analfabeta o suele tener primaria incompleta. La mujer peruana sobre todo aquellas que no han tenido acceso a la educación viven sumidas en una situación de marginación y pobreza, enfrentando riesgos muy graves de enfermar y morir. En cambio, una mujer con un nivel educativo adecuado adquiere buenos conocimientos, siguiendo un régimen más saludable durante el embarazo (Andersen, 1994).

El control prenatal, es la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada con el objetivo de asegurar una óptima condición de salud física y mental a la madre y el producto de la gestación, prevenir e identificar precozmente las condiciones patológicas que se presentan. La ausencia o inadecuado control prenatal, constituye un factor de riesgo para el nacimiento de un niño pre término, ya que a través de él se vigila la evolución del embarazo, teniendo presente las complicaciones más frecuentes en cada trimestre (Friesner, 1993).

Antecedentes obstétricos, son los datos de la madre adolescente importantes de conocer donde destacan el aborto, parto pre término, óbitos, embarazos múltiples y el periodo intergenésico corto, De esta manera podremos clasificar la gestación en función del riesgo obstétrico derivado de la patología, y además comenzar de manera precoz una atención conjunta a la gestante con el especialista responsable de su enfermedad en colaboración con el personal de salud responsable del control del embarazo (Agencia De Evaluación De Tecnologías Sanitarias De Andalucía, 2014).

Complicaciones obstétricas constituyen riesgos graves para la salud. Son alteraciones que interrumpen el curso normal de la gestación en la adolescente antes de completarse el

desarrollo normal fetal, son responsables de un gran número de nacimiento con bajo peso al nacer. Entre ellos se consideran las siguientes: ruptura prematura de membranas (RPM), hipertensión inducida por el embarazo (HIE), hemorragia del tercer trimestre, hiperémesis gravídica, amenaza de aborto, ITU, etc. (Caffo y Pangalima, 2012).

Edad gestacional, se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Permite hacer una relación entre las semanas de gestación, el crecimiento y el desarrollo fetal. En función de la edad gestacional en el momento del parto, según Alvarado A. en sus Apuntes de Neonatología lo clasifica en: parto pretérmino < 37 semanas, a término de 37 a 42 semanas y pos término < 42 semanas (Marinello, 2005).

Peso del recién nacido es un indicador fundamental para evaluar la salud de los niños. Es el reflejo de la nutrición que tuvo *in útero*, predice la supervivencia inmediata y, siendo el primer dato, es indispensable para evaluar el crecimiento. No obstante, sobre este indicador influyen diversos factores maternos y fetales que lo afectan. El peso del recién nacido según Alvarado A. en sus Apuntes de Neonatología está comprendido de la siguiente manera: Peso normal: 2,500 gr. a 3500 gr., Bajo peso al nacer: 1,500 a 2,499 gr., Muy bajo peso al nacer: < 1,500 gr. y Extremadamente bajo peso al nacer: < 1,000 gr (Varina, 2007).

Otro componente del enfoque de riesgo es la **Vulnerabilidad**, se define como la medida de susceptibilidad intrínseca, extrínseca de una persona a sufrir un daño a la salud y tener dificultad de recuperarse. Para el estudio de investigación, los Recién nacidos bajo peso e inadecuada edad gestacional constituyen la Vulnerabilidad (Rodríguez y Pagarizaba, 2010).

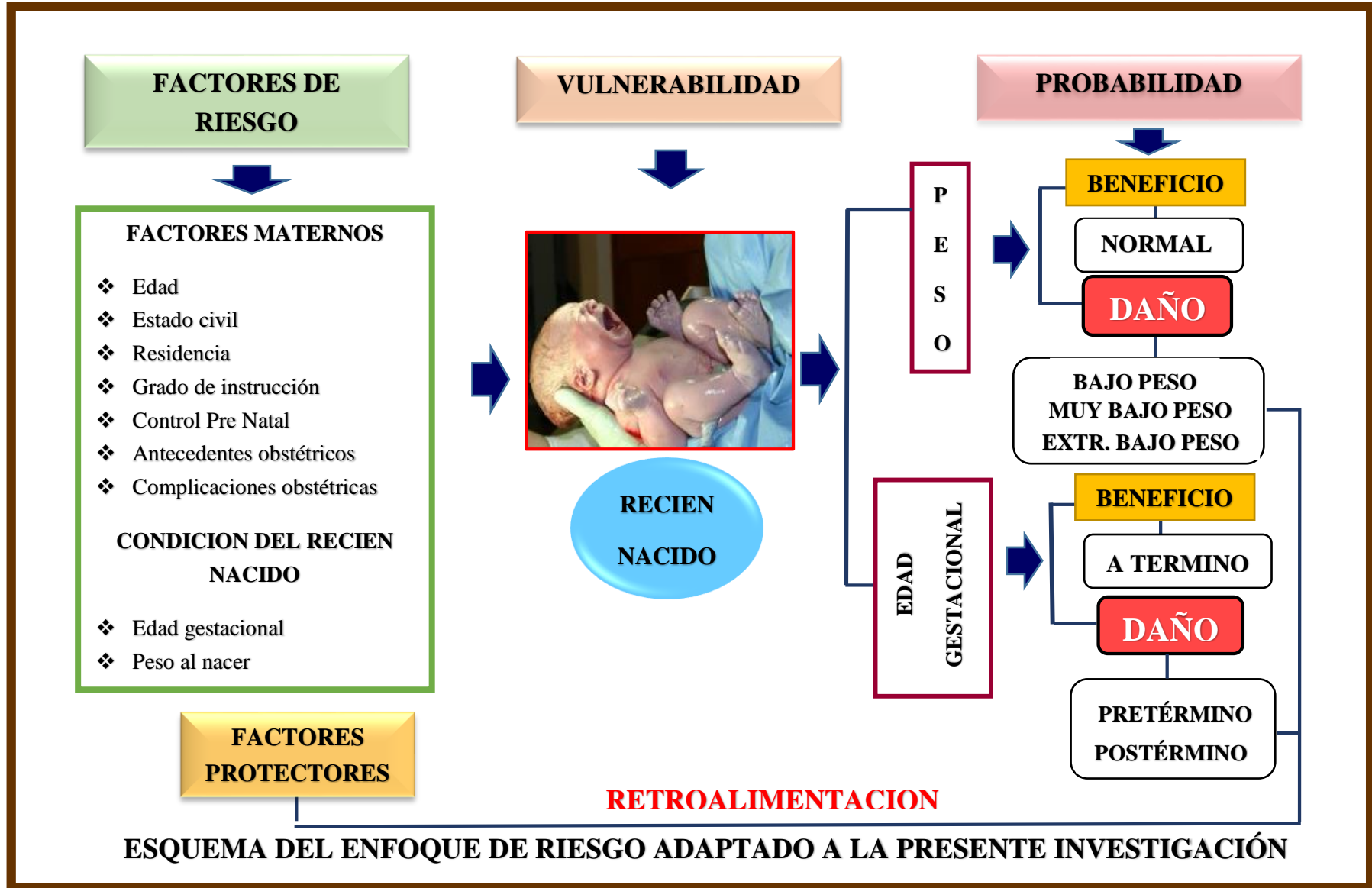
La **Probabilidad**, del daño o beneficio. Para efectos de la investigación se constituye un daño cuando existe un recién nacido bajo peso e inadecuada edad gestacional que ha sido afectado por los factores de riesgo maternos y obstétricos. Los factores maternos y socioculturales de la madre, se asocian con un incremento en la probabilidad de presentar

morbilidad neonatal, probabilidad de bajo peso, e incremento en la probabilidad de presentar mortalidad neonatal (Fletcher, 1999).

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 no deseada en el cual se mide el riesgo (Fletcher, 1999).

Beneficio es aquella característica o factor que actúa como un agente protector.

Para esta investigación, el daño es que el recién nacido presente: bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer y extremadamente bajo peso al nacer y en relación a la edad gestacional: pre término o pos término. En contraste los recién nacidos sin esta probabilidad de daño, se considera un beneficio para la salud, que están relacionadas a los factores maternos y perinatales que se constituyen como factores protectores de salud (Sotelo, 1993)



III. MATERIALES Y METODOS

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

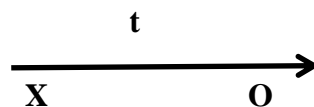
El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, retrospectivo.

- **DESCRIPTIVO:** porque describe las variables, factores en gestantes adolescentes y edad gestacional y peso en recién nacidos.
- **CORRELACIONAL:** porque verifica si existe una relación determinada entre los factores en gestantes adolescentes y la edad gestacional y el peso en recién nacidos
- **TRANSVERSAL:** porque las variables se medirán una sola vez en un determinado periodo.
- **RETROSPECTIVO:** porque se miden las variables utilizando datos del pasado.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

Descriptivo correlacional, porque establece la relación existente entre los factores de riesgo de las gestantes adolescentes con la edad gestacional y el peso en recién nacidos. Es de corte transversal por que se obtuvo la información en un determinado momento y retrospectivo porque se utilizaron datos del pasado (Polit, 1997).

A



A : Gestantes adolescentes

X : Factores de riesgo en gestantes adolescentes

O : Edad gestacional y peso en recién nacidos

t : Año 2015- 2017

3.3. POBLACIÓN:

UNIVERSO

La población estuvo conformada = 714 recién nacidos de madres adolescentes en los años 2015-2017, registrados en el libro de censos del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Recién nacido.

MARCO MUESTRAL:

Estuvo conformado por todos los recién nacidos de madres adolescentes que estén registrados en el libro censal del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Recién nacidos sanos de ambos sexos.
- Madres adolescentes de 10-19 años.
- Recién nacidos de parto eutócico y distócico.

DISEÑO MUESTRAL:

Estuvo conformada por todas las madres adolescentes y sus recién nacidos atendidos en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón durante el periodo Enero 2015- Diciembre 2017.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS:

Se dará cumplimiento a los principios éticos como la autonomía, Beneficencia, no maleficencia y justicia, respetando la integridad de las madres (Luna & Salles, 1998)

- a) **AUTONOMIA:** Este concepto se está abriendo paso en nuestro entorno cultural, con muchas implicaciones referentes a la capacidad de tomar decisiones de las personas.
- b) **BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA:** Es la búsqueda de bienestar de las personas que participan en la investigación, evitando acciones que puedan causar daño, disminuyendo los posibles aspectos adversos y maximizando los beneficios
- c) **JUSTICIA:** Comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobiótica justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.
- d) **INTEGRIDAD CIENTÍFICA:** es la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven en base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados.
- e) **ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD:** privacidad de la identificación de la persona, garantizar que la información es accesible solamente para aquellos autorizados en la investigación.
- f) **RESPONSABILIDAD:** el investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la decisión de su investigación implica para los participantes y para la sociedad en general.

3.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

FACTORES DE RIESGO EN GESTANTE ADOLESCENTE:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se define como un factor de riesgo a cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir alguna enfermedad o lesión y que ponga en riesgo su vida y la de su bebe (OMS, 2014).

➤ **EDAD MATERNA**

DEFINICION CONCEPTUAL: Edad en años que tiene la mujer al momento de finalizar el parto (Carrera, 2016).

DEFINICION OPERACIONAL. Mediante la escala nominal.

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

➤ **ESTADO CIVIL**

DEFINICION CONCEPTUAL. Es la situación de convivencia de todo ser humano en relación con la pareja (Wikipedia, 2016).

DEFINICION OPERACIONAL. Mediante la escala nominal.

- a. Con pareja
- b. Sin pareja

➤ **RESIDENCIA**

DEFINICION OPERACIONAL. Vivienda o lugar donde se reside (Pérez, 2010).

DEFINICION OPERACIONAL. Mediante la escala nominal.

- a. Urbana
- b. Urbano Marginal
- c. Rural

➤ **GRADO DE INSTRUCCIÓN**

DEFINICION OPERACIONAL. El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (Instituto Vasco de Estadística, 2004).

DEFINICION OPERACIONAL. Mediante la escala nominal.

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

➤ **CONTROL PRENATAL**

DEFINICION CONCEPTUAL: Conjunto de y procedimientos sanitarios que recibe la mujer embarazada durante la gestación, destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbimortalidad materna y perinatal (Schwartz, 2001).

DEFINICION OPERACIONAL: mediante la escala nominal.

- a. Más de 6 CPN (Gestante controlada)
- b. Menos de 6 CPN (Gestante no controlada)
- c. No asistió

➤ **ANTECEDENTES OBSTETRICOS**

DEFINICION CONCEPTUAL: Datos de la madre adolescente en relación a antecedentes previos (abortos, partos pretérmino, óbitos, embarazos múltiples, períodos intergenésico corto) (Alvarado, 2014).

DEFINICION OPERACIONAL. Mediante la escala nominal.

- a. Sin antecedentes
- b. Con antecedentes

➤ **COMPLICACIONES OBSTETRICAS**

DEFINICION CONCEPTUAL: se refiere a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el período neonatal inicial (Alvarado, 2014).

DEFINICION OPERACIONAL: Mediante la escala nominal.

- a. Sin complicaciones
- b. Con complicaciones

A. VARIABLE DEPENDIENTE:

➤ **EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: la duración de la edad gestacional se calcula a partir del primer día del último periodo menstrual. La edad gestacional se expresa en días o semanas (Alvarado, 2015).

DEFINICION OPERACIONAL: Mediante la escala nominal.

- a) A termino
- b) Pretérmino
- c) Postérmino

➤ **PESO DEL RECIEN NACIDO**

DEFINICION CONCEPTUAL: el peso al nacer es la medición somatométrica del recién nacido (Alvarado, 2015).

DEFINICION OPERACIONAL: Mediante la escala nominal.

- a) Recién nacido con peso normal
- b) RN bajo peso al nacer
- c) RN muy bajo peso al nacer
- d) RN extremadamente bajo peso al nacer

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó para el presente trabajo de investigación es el análisis de contenidos a través de la revisión del libro de censos de los recién nacidos del Servicio de Centro Obstétrico, utilizando como técnica las encuestas. Para el llenado de datos se utilizó dos cuestionarios elaborados por las autoras para obtener datos calificables y cuantificables.

a. Cuestionario N° 1: Factores de riesgo en gestantes adolescentes. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017 (Anexo N° 01)

Anotándose los datos sobre los factores maternos: Edad materna, estado civil, residencia, grado de instrucción, control prenatal, antecedentes obstétricos y complicaciones obstétricas.

b. Cuestionario N° 2: Edad Gestacional y peso en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017 (Anexo N° 02)

Los datos fueron relacionadas a la edad gestacional: A término de: 37- 42 semanas, pretérmino: menos de 37 semanas y pos término: < de 42 semanas. Y peso en recién nacidos: Recién nacido con peso normal: 2500 – 3500 gramos, RN bajo peso al nacer: 1500 a 2499 gramos, RN muy bajo peso al nacer: <1500 gramos, RN extremadamente bajo peso al nacer: <1000 gramos.

3.6.1. VALIDACION Y CONFIABILIDAD:

Los instrumentos de la recolección de datos fueron validados mediante el criterio de juicio de expertos integrados por los licenciados en enfermería con experiencia en el área.

La validez de los ítems se evaluó mediante la prueba de correlación de PEARSON ($r=0.38$) y la confiabilidad con la prueba de coeficiente de Alfa de Crombach ($\alpha=0.68$)

3.6.2. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a través de la Dirección de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa al Director del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, luego se coordinó con la Licenciada en Obstetricia del Servicio de Centro Obstétrico. Se trabajó con el libro de Censo del Servicio de Centro Obstétrico, considerándose las madres y los recién nacidos que reúnan los criterios de inclusión. Posteriormente accedimos a las historias clínicas y finalmente se obtuvo los datos a través del llenado del instrumento. Luego se verificó que no existan errores en las respuestas, posterior a ello se procedió a la tabulación respectiva.

3.6.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

El procesamiento, interpretación y análisis de los datos se realizó utilizando la prueba de independencia de criterios con un nivel de significancia del 5% ($<0,05$) a través del Programa Software SPSS, en sus 2 niveles previa codificación de los datos obtenidos.

El análisis estadístico

- Nivel descriptivo: los resultados se representan en tablas unidimensionales y bidimensionales.
- Nivel analítico: Se consideró la prueba estadística de independencia de criterio (Chi cuadrado) con un nivel de significancia menor a 0,05 ($T < 0,05$); medidas de asociación epidemiológica (ODA RATTION) para determinar la relación entre los factores de riesgo en gestantes adolescentes con la edad gestacional y el peso en recién nacidos.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01: FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.

FACTORES MATERNOS	F₁	H₁
EDAD MATERNA		
Adolescente temprana (10 - 13 años)	82	11,5
Adolescente intermedia (14 – 16 años)	314	44,0
Adolescente tardía (17 – 19 años)	318	44,5
ESTADO CIVIL		
Con Pareja	505	70,7
Sin Pareja	209	29,3
RESIDENCIA		
Urbana	113	15,8
Urbano Marginal	354	49,6
Rural	247	34,6
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	24	3,4
Primaria	131	18,3
Secundaria Incompleta	218	30,5
Secundaria Completa	289	40,5
Superior	52	7,3

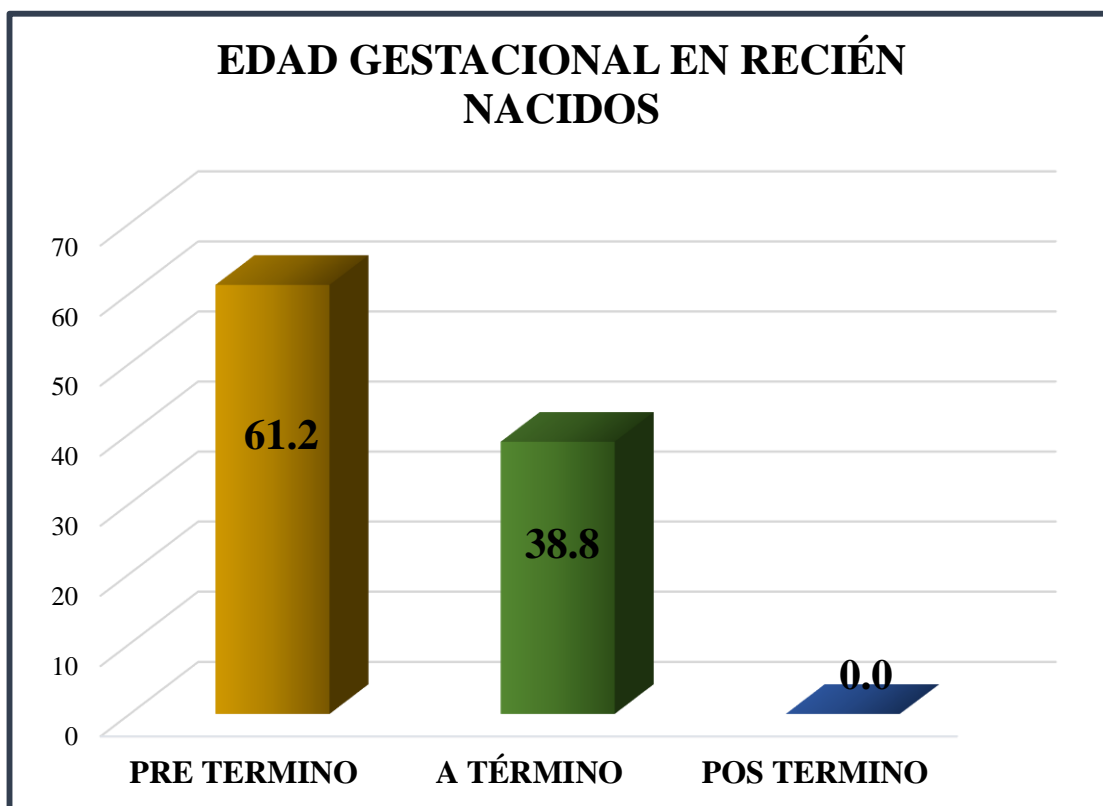
CONTROL PRE NATAL		
Más de 6 CPN	369	51,7
Menos de 6 CPN	345	48,3
No Asistió	0	0,0
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Sin Antecedentes	536	75,1
Abortos	47	6,6
Partos Pre Termino	26	3,6
Óbitos	9	1,3
Embarazo Múltiple	19	2,7
Período Intergenésico Corto	77	10,8
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS		
Sin Complicaciones	437	61,2
Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo	146	20,4
Hemorragia Del III Trimestre D.P.P/PP	18	2,5
I.T.U.	43	6,0
Amenaza De Aborto	6	0,8
Hiperémesis Gravídica	3	0,4
Ruptura Prematura De Membranas	61	8,5
TOTAL	714	100,0

*Fuente: Historia clínica de la madre y del recién nacido
Del servicio de Centro Obstétrico.*

**TABLA N° 02: EDAD GESTACIONAL EN RECIÉN NACIDOS.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.**

EDAD GESTACIONAL	F_I	H_I
Pretérmino (menos de 37 semanas)	437	61,2
A término (37 – 42 semanas)	277	38,8
Postérmino (42 a más semanas)	0	0,0
TOTAL	714	100,0

*Fuente: Historia clínica de la madre y del recién nacido
Del servicio de Centro Obstétrico.*



**FIGURA N° 01: EDAD GESTACIONAL EN RECIÉN NACIDOS.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017**

**TABLA N° 03: PESO EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN, 2017.**

PESO EN RECIÉN NACIDO	F_I	H_I
RN peso normal (2500 gr. – 3500 gr)	512	71,7
RN bajo peso (1500 – 2499 gr.)	145	20,3
RN muy bajo (< 1500 gr.)	57	8,0
RN extremadamente bajo peso (<1000 gr.)	0	0,0
TOTAL	714	100,0

*Fuente: Historia clínica de la madre y del recién nacido
Del servicio de Centro Obstétrico.*

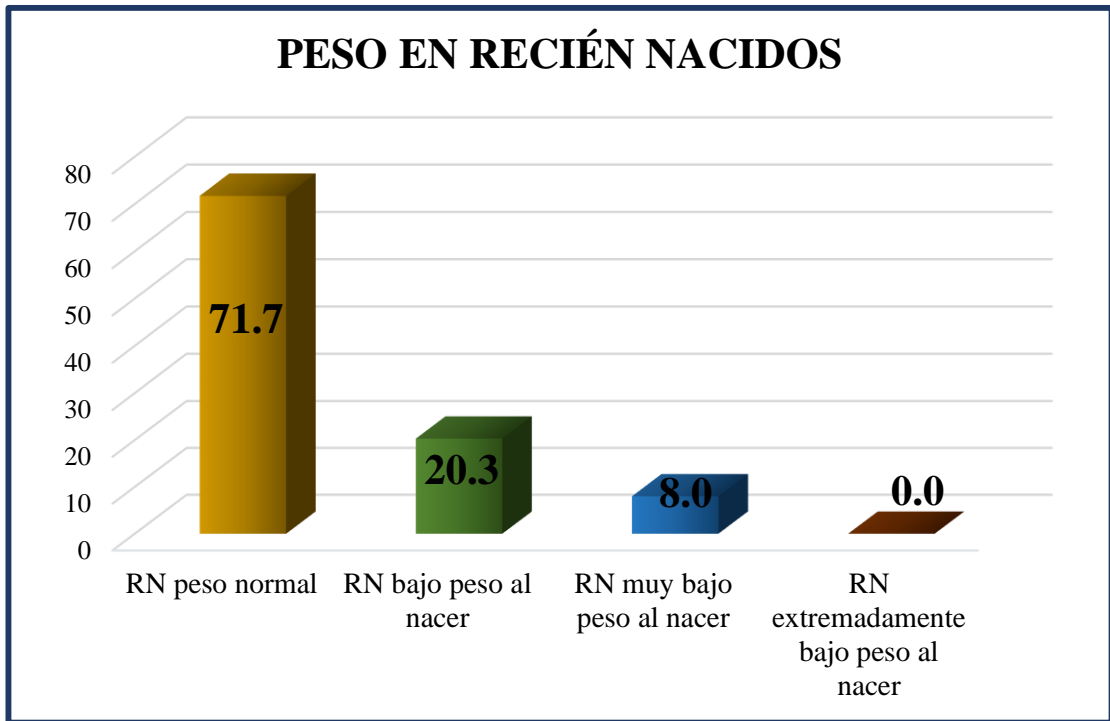


FIGURA N° 02: PESO EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.

TABLA N° 04: FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES RELACIONADO A LA EDAD GESTACIONAL EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.

FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES	EDAD GESTACIONAL EN RECIÉN NACIDOS				TOTAL	
	PRE TÉRMINO		A TÉRMINO		f _i	h _i
	f _i	h _i	f _i	h _i		
TOTAL	437	61,2	277	38,8	714	100,0
EDAD						
Adolescente Temprana (10 – 13 a.)	50	61,0	32	39,0	82	11,5
Adolescente Intermedia (14 – 16 a.)	210	66,9	104	33,1	314	44,0
Adolescente Tardía (17 – 19 a.)	177	55,7	141	44,3	318	44,5
Chi-cuadrado de Pearson = 8,376	P= 0,015		P < 0,05		Sig.	
ESTADO CIVIL						
Con Pareja	318	63,0	187	37,0	505	70,7
Sin Pareja	119	56,9	90	43,1	209	29,3
Chi-cuadrado de Pearson = 2,266	p = 0,132		p > 0,05		No Sig.	
RESIDENCIA						
Urbana	56	49,6	57	50,4	113	15,8
Urbana Marginal	222	62,7	132	37,3	354	49,6
Rural	159	64,4	88	35,6	247	34,6
Chi-cuadrado de Pearson = 7,838	p = 0,020		p < 0,05		Sig.	
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Analfabeta	12	50,0	12	50,0	24	3,4
Primaria	90	68,7	41	31,3	131	18,3
Secundaria Incompleta	136	62,4	82	37,6	218	30,5
Secundaria Completa	168	58,1	121	41,9	289	40,5
Superior	31	59,6	21	40,4	52	7,3

Chi-cuadrado de Pearson = 5,703 $p = 0,222$ $P > 0,05$ **No Sig.**

CONTROL PRE NATAL

Más de 6 CPN	190	51,5	179	48,5	369	51,7
Menos de 6 CPN	247	71,6	98	28,4	345	48,3
Chi-cuadrado de Pearson = 30,348 $p = 0,000$ $P < 0,05$ Sig.						

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Sin Antecedentes	328	61,2	208	38,8	536	75,1
Abortos	30	63,8	17	36,2	47	6,6
Partos Pretérmino	16	61,5	10	38,5	26	3,6
Óbitos	6	66,7	3	33,3	9	1,3
Embarazo Múltiple	11	57,9	8	42,1	19	2,7
Periodo Intergenésico Corto	46	59,7	31	40,3	77	10,8
Chi-cuadrado de Pearson = 0,408 $p = 0,995$ $p > 0,05$ No Sig.						

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Sin Complicaciones	244	55,8	193	44,2	437	61,2
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	95	65,1	51	34,9	146	20,4
Hemorragia III Trimestre	12	66,7	6	33,3	18	2,5
I.T.U	32	74,4	11	25,6	43	6,0
Amenaza De Aborto	6	100,0	0	0,0	6	0,8
Hiperémesis Gravídica	3	100,0	0	0,0	3	0,4
Ruptura Prematura Membranas	45	73,8	16	26,2	61	8,5
Chi-cuadrado de Pearson=19,373 $p = 0,004$ $p < 0,05$ Sig.						

TABLA N° 05: FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES RELACIONADO EL PESO EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2017.

FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ADOLESCENTES	PESO EN RECIÉN NACIDOS						Total	
	NORMAL		BAJO PESO		MUY BAJO PESO			
	f _i	h _i	f _i	h _i	f _i	h _i	f _i	h _i
TOTAL	512	71,7	145	20,3	57	8,0	714	100,0
EDAD								
Ado. Temprana (10 – 13 a.)	40	48,8	16	19,5	26	31,7	82	11,5
Ado. Intermedia (14-16 a.)	227	72,3	74	23,6	13	4,1	314	44,0
Ado. Tardía (17-19 a.)	245	77,0	55	17,3	18	5,7	318	44,5
Chi-cuadrado de Pearson=76,148 p = 0,000 p < 0,05 Sig.								
ESTADO CIVIL								
Con Pareja	370	73,3	99	19,6	36	7,1	505	70,7
Sin Pareja	142	67,9	46	22,0	21	10,0	209	29,3
Chi-cuadrado de Pearson = 2,584 p = 0,275 p > 0,05 No Sig.								
RESIDENCIA								
Urbano	86	76,1	15	13,3	12	10,6	113	15,8
Urbano Marginal	244	68,9	82	23,2	28	7,9	354	49,6
Rural	182	73,7	48	19,4	17	6,9	247	34,6
Chi-cuadrado de Pearson = 6,450 p = 0,168 p > 0,05 No Sig.								
GRADO DE INSTRUCCION								
Analfabeta	17	70,8	6	25,0	1	4,2	24	3,4
Primaria	87	66,4	26	19,8	18	13,7	131	18,3
Secundaria Incompleta	156	71,6	43	19,7	19	8,7	218	30,5
Secundaria Completa	220	76,1	55	19,0	14	4,8	289	40,5
Superior	32	61,5	15	28,8	5	9,6	52	7,3
Chi-cuadrado de Pearson=14,224 p = 0,076 p > 0,05 No Sig.								

CONTROL PRE NATAL								
Más de 6 CPN	269	72,9	71	19,2	29	7,9	369	51,7
Menos de 6 CPN	243	70,4	74	21,4	28	8,1	345	48,3
Chi-cuadrado de Pearson = 0,594 p = 0,743 p > 0,05 No Sig.								

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS								
Sin Antecedentes	393	73,3	107	20,0	36	6,7	536	75,1
Abortos	38	80,9	8	17,0	1	2,1	47	6,6
Partos pretérmino	15	57,7	6	23,1	5	19,2	26	6,6
Óbitos	6	66,7	2	22,2	1	11,1	9	1,3
Embarazo Múltiple	11	57,9	3	15,8	5	26,3	19	2,7
Periodo Intergenésico Corto	49	63,6	19	24,7	9	11,7	77	10,8
Chi-cuadrado de Pearson = 26,651 p = 0,024 p < 0,05 Sig.								

COMPLICACIONES OBSTETRICAS								
Sin Complicaciones	320	73,2	80	18,3	37	8,5	437	61,2
Enfermedad Hipertensiva de Embarazo	109	74,7	28	19,2	9	6,2	146	20,4
Hemorragia III Trimestre	14	77,8	3	16,7	1	5,6	18	2,5
I.T.U	28	65,1	13	30,2	2	4,7	43	6,0
Amenaza De Aborto	0	0,0	5	83,3	1	16,7	6	0,8
Hiperémesis Gravídica	3	100	0	0,0	0	0,0	3	0,4
Ruptura Prematura Membranas	38	62,3	16	26,2	7	11,5	61	8,5
Chi-cuadrado de Pearson = 25,819 p = 0,011 p < 0,05 Sig.								

4.2. DISCUSIÓN

En la **TABLA N° 01**, en los Factores de riesgo de gestantes adolescentes, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017. Se observa que el 44,5% son adolescencia en etapa tardía (17-19 años), el 70,7% de las gestantes adolescentes tienen pareja, el 49,6% residen en zonas urbano marginal, el 40,5% tienen nivel secundario completa. Respecto al control pre natal que han realizado, el 51,7% de las gestantes adolescentes han realizado más de 6 controles pre natales. En los antecedentes Obstétricos tenemos que el 24,9% de las madres Adolescentes presentan Antecedentes destacando el periodo intergenésico corto, abortos, partos pre términos, embarazo múltiple y óbitos. En las complicaciones Obstétricas el 38,8% presentan patologías como: Enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas, ITU, hemorragia del III trimestre D.P.P/PP, amenaza de aborto e hiperémesis gravídica.

Los resultados obtenidos son similares a los de **Rodríguez, I.** quien en su estudio “Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes” establece que el 67,31% de gestantes se encuentra en el rango de edad de 17 a 19 años y el 55,12% de ellas tiene pareja. El 62,44% reside en zonas urbanas. Por otro lado, el 82,93% no tuvo antecedentes obstétricos.

Además coincidentes con los resultados de **Urbina, C.; Pacheco, J.** en su artículo “Embarazo en Adolescentes” quienes determinaron que la mayoría de gestantes adolescentes son mayores de 17 años (94,8%) y tienen pareja, siendo convivientes en el 46,7% de los casos y casadas en el 40,4%. Además, el 93,5%

no presentaron antecedentes obstétricos, mientras que el 81.1% no evidenció complicaciones obstétricas durante el embarazo.

Asimismo, presenta similitudes con la investigación de **Huaroto, K.** ; **Pauca, M.**, quienes en su investigación “Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociadas al parto pretérmino” obtuvieron un 76,7% de adolescentes menores de 19 años de edad y 84,1% con nivel de instrucción baja.

Los resultados obtenidos difieren con los de **Rodríguez, I.**, quien en su estudio “Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes” establece que el 78.54% de adolescentes no concluyó la secundaria y el 64,39 % no realizó un adecuado control prenatal.

En la **TABLA N° 02**, sobre la Edad gestacional en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017. Se observa que el 61,2% fueron recién nacidos pre termino (menos de 37 semanas), el 38.8% fueron a término (37 a 42 semanas) y no se presentaron recién nacidos post término (más de 42 semanas).

Los resultados obtenidos son similares a los de **Castañeda, C. ; colab.**, quien en su estudio “Embarazo en la adolescencia y su relación con el bajo peso al nacer” establecen mayor presencia de partos pre término con 64,2%.

Asimismo, son similares a los de **Rodríguez, I.**, quien en su estudio “Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes” establece que 79,51 % fueron partos pre término, ubicándose entre las 34 y 38 semanas de gestación.

Al igual que los resultados obtenidos por **Huaroto, K. ; Paucca, M. (2013)**, quienes en su estudio “Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino” hallaron que el 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescentes.

En la **TABLA N° 03**, sobre el Peso en recién nacido. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017. Se observa que el 71,7% de los RN tienen peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 20,3% de los RN tienen bajo peso al nacer (1500-2499 gramos), el 8% de los RN presentaron muy bajo peso al nacer (< 1500 gr.) y no se evidenciaron recién nacidos con extremadamente bajo peso al nacer (<1000 gramos).

Los resultados obtenidos son similares a los de **Urbina, C.; Pacheco, J.** quienes en su investigación “Embarazo en adolescentes” establecen la prevalencia del peso normal en neonatos con 84,4%, con un peso superior a 2500 e inferior a 3999 gr.

Martín, F.; colab., quienes en su estudio “factor de riesgo para bajo peso al nacer y prematurez” identificaron reducida incidencia de recién nacidos con bajo peso, con 8,27% del total.

Al igual que **Zuluaga, F.; Urrea, B.** Quienes en su estudio “Detección del riesgo de bajo peso al nacer en los recién nacidos” determinaron sólo un 2,92% de recién nacidos con bajo peso al nacer.

Similar al resultado de **Cruz, D.; Llivicura, M.** quien en su estudio “Factores de riesgo perinatales para peso bajo en recién nacidos a término” con incidencia de 8.48% de peso bajo en los neonatos a término.

Lo mismo que **Ticona, M.** en su estudio “Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer” determinó que sólo 8,24% de neonatos presentan bajo peso.

Los resultados obtenidos difieren a los de **Rodríguez, I.**, quien en su estudio “Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes” determinó mayor incidencia de bajo peso en neonatos con 45,37 %, con un peso entre 1 501-2.500 gr.

EN LA TABLA N° 04 sobre factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado a la edad gestacional en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán. Nuevo Chimbote, 2017. Se observó que en relación a la edad el 66,9% de Adolescentes entre 14 y 16 años tuvieron recién nacidos pretérmino y el 44,3% de Adolescentes entre 17 y 19 años tuvieron recién nacidos a término. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

La afirmación precedente coincide con **Miranda, W.**, quien en su estudio “Factores de riesgo materno y perinatal en la adolescencia temprana” asevera que un parto prematuro resulta más frecuente en la adolescencia precoz (temprana).

En el estado civil tenemos que el 63,0% de Adolescentes que tienen pareja tuvieron recién nacidos pretérmino y el 43,1% de Adolescentes que no tienen pareja tuvieron recién nacidos a término. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Huanco, A; considera que una mujer en gestación necesita del apoyo familiar para llevar un embarazo sin complicaciones. Si ella se encuentra cuidada emocionalmente, eso influirá sin duda en el estado de salud del recién nacido, sin embargo en esta variable encontramos un comportamiento independiente

En la residencia tenemos que el 64,4% de Adolescentes que viven en zona rural tuvieron recién nacidos pretérmino y el 50,4% de Adolescentes que viven en zona urbana tuvieron recién nacidos a término. Si existe relación estadística significativa entre las variables.

Pérez, J; La realidad que se vive en nuestro país es que muchos de los asentamientos humanos no tienen los servicios básicos, lo cual es un factor de riesgo para la salud de la gestante, considerando también la distancia al centro de salud, no permiten llevar un buen control pre natal para evitar tener un recién nacido bajo peso

El grado de Instrucción se observa que el 68,7% de Adolescentes con grado de Instrucción Primaria tuvieron recién nacidos pretérmino y el 50,0% de Adolescentes con grado de instrucción analfabeta tuvieron recién nacidos a término. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

El grado de instrucción es un factor importante, según **Hernández, J**; la educación es necesaria porque mediante más alto sea el grado que llegue a obtener mayor será el conocimiento, lo cual ayudaría a las madres a comprender y tomar conciencia de los cuidados que debe tener en la gestación para prevenir posibles complicaciones que puedan afectar la vida del recién nacido.

En control pre natal observamos que, el 71,6% de Adolescentes con menos de 6 controles prenatales tuvieron recién nacidos pretérmino y el 48,5% de Adolescentes con más de 6 controles prenatales tuvieron recién nacidos a término. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Schwartz, R; refiere que el control prenatal es un conjunto de acciones que se realizan las gestantes, puesto que tiene como objetivo una adecuada salud materna, y que el desarrollo del feto sea normal y así obtener un recién nacido con peso y edad gestacional normal. Se considera que un buen control prenatal debe ser mayor de 6 asistencias.

En antecedentes obstétricos tenemos que el 66,7% de adolescentes que presentaron antecedente obstétrico (óbitos) tuvieron recién nacidos pretérmino y el 42,1% de adolescentes que presentaron antecedente obstétrico (Embarazo múltiple) tuvieron recién nacidos a término. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Lo presentado anteriormente coincide con los resultados de **López, J. ; colab.**, quienes en su estudio “Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer” determinaron mayor incidencia de complicaciones en caso de período intergenésico menor de 24 meses y en embarazos múltiples.

En cuanto a las **complicaciones obstétricas** tenemos que el 100% de Adolescentes que presentaron (amenaza de aborto e hiperémesis gravídica) tuvieron recién nacidos pretérmino y el 42,2% de adolescentes que no presentaron complicaciones obstétricas tuvieron recién nacidos a término. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Lo resultados mostrados son similares a los obtenidos por **Calderón, J. y colab.**, quienes en su estudio “Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer” aducen que un parto pre término se vincula con complicaciones obstétricas como ruptura prematura de membranas, hiperémesis gravídica e infección de vías urinarias.

Coincidente además con **López, J. y colab.**, quienes en su estudio “Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer” determinaron mayor incidencia de complicaciones como infección vaginal, hipertensión arterial y rotura prematura de membranas.

EN LA TABLA N° 05 sobre los factores de riesgo en gestantes adolescentes relacionado el peso en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2017, Se observó que en relación a la edad el 77,0% de adolescentes entre los 17 y 19 años tuvieron recién nacidos con peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 23,6% de adolescentes entre los 14 y 16 años tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer (1500 – 2499 gr.) y el 31,7% de adolescentes entre 10 y 13 años tuvieron recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 gr.). Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

El resultado presentado difiere con **López, J. y colab.**, quienes afirman que la edad materna extrema no tiene incidencia en el bajo peso del recién nacido.

En relación al estado civil, el 73,3% de adolescentes con pareja tuvieron recién nacidos con peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 22,0% de adolescentes que no tienen pareja tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer (1500 – 2499 gr.) y el 10,0% de adolescentes que no tienen pareja tuvieron recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 gramos). No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación a la **residencia** el 76,1% de adolescentes que viven en zona urbana tuvieron recién nacidos con peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 23,2% de adolescentes que viven en la zona urbano marginal tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer (1500 - 2499 gr.) y el 10,6% de adolescentes que viven en zona urbana tuvieron recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 gr.). No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados coinciden con **Zuluaga, F. y Urrea, B.**, quienes en su estudio “Detección del riesgo de bajo peso al nacer en los recién nacidos” establecieron que estrato socio-económico bajo relacionado a la zona de residencia incide en el bajo peso al nacer.

En relación al **grado de instrucción** el 76,1% de adolescentes con grado de instrucción secundaria completa tuvieron recién nacidos con peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 28,8% de adolescentes con grado de instrucción superior tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer (1500 – 2499 gr.) y el 13,7% de adolescentes con grado de instrucción primaria tuvieron recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 gr.). No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

El resultado presentado coincide con **López, J. y colab.**, quienes afirman que la baja escolaridad no tiene incidencia en el bajo peso del recién nacido.

En relación al **control prenatal** el 72,9% de adolescentes con más de 6 CPN tuvieron recién nacidos con peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 21,4% de adolescentes con menos de 6 CPN tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer (1500 – 2499 gr.) y el 8,1% de adolescentes con menos de 6 CPN tuvieron recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 gr.). No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación a los **antecedentes obstétricos** el 80,9% de adolescentes que presentaron antecedentes obstétricos (abortos) tuvieron recién nacidos con peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 24,7% de adolescentes que presentaron antecedente obstétrico (periodo intergenésico corto) tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer (1500 – 2499 gr.) y el 26,3% de adolescentes que presentaron antecedente obstétrico (embarazo múltiple) tuvieron recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 gr.). Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados coinciden con **Guevara, J. y colab.**, quienes en su estudio “Factores de riesgo del bajo peso” determinaron que el parto pre término presenta gran influencia en el bajo peso del recién nacido.

Lo mismo que **Zuluaga, F. y Urrea, B.**, quienes establecieron que los antecedentes de aborto inciden en el bajo peso al nacer.

Sin embargo, los resultados difieren con **Águila, A. y colab.**, quienes aducen que las amenazas de aborto y partos pre término no inciden en el bajo peso al nacer.

En relación a las **complicaciones obstétricas** observamos que el 100,0% de adolescentes que presentaron complicación obstétrica (hiperémesis gravídica) tuvieron recién nacidos con peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 83,3% de adolescentes que presentaron complicación obstétrica (amenaza de aborto) tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer (1500 – 2499 gr.) y el 16,7% de adolescentes que presentaron complicación obstétrica (amenaza de aborto)

tuvieron recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 gr.). Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados coinciden con los obtenidos por **Castañeda, C. y colab.**, quienes afirman que las complicaciones obstétricas como el retardo de crecimiento intrauterino presenta elevada influencia en el bajo peso del recién nacido.

Asimismo, coinciden con **Guevara, J. Y colab.**, quienes aseguran que el bajo peso del recién nacido se asocia con afecciones como hipertensión arterial inducida por el embarazo, sepsis urinaria e infección vaginal.

Lo mismo que **Zuluaga, F. Y Urrea, B.**, quienes establecieron que infecciones vaginales y de vías urinarias inciden en el bajo peso al nacer.

Sin embargo, los resultados difieren con **Águila, A. y colab.**, quienes en su estudio “Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer y el nacimiento pre término” aducen que la sepsis vaginal no incide en el bajo peso al nacer.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- En los Factores de Riesgo en gestantes adolescentes: 44,5% son adolescentes entre 17-19 años, el 70,7% tienen pareja, el 49,6% residen en zona urbano marginal, el 40,5% tienen secundaria completa, el 51,7% de las gestantes más de 6 controles pre natales, el 24,9% presentan antecedentes obstétricos, y el 38,8% presentaron complicaciones obstétricas.
- Edad gestacional del Recién Nacido: 61,2% fueron recién nacidos pretérmino (menos de 37 semanas), el 38,8% fueron a término (37 a 42 semanas) y no se presentaron recién nacidos post término (más de 42 semanas).
- Peso del Recién Nacido: 71,7% de los RN tienen peso normal (2500 gr. – 3500 gr.), el 20,3% de los RN tienen bajo peso al nacer (1500-2499 gramos), el 8% de los RN presentaron muy bajo peso al nacer (< 1500 gr.) y no se evidenciaron recién nacidos con extremadamente bajo peso al nacer (<1000 gramos).
- Si existe relación estadística significativa entre factores riesgo y la edad gestacional: edad, residencia, control pre natal, complicaciones obstétricas (Enfermedad Hipertensiva del embarazo e ITU). No existiendo relación estadística significativa con el estado civil, grado de instrucción y antecedentes obstétricos
- Si existe relación estadística significativa entre factores riesgo y peso del recién nacido: edad, antecedentes obstétricos (periodo intergenésico corto) y complicaciones obstetricias. No existe relación estadística significativa con estado civil, residencia, grado de instrucción y control pre natal.

5.2. RECOMENDACIONES

- El personal de salud debe trabajar en el adecuado manejo de la salud reproductiva, así como el seguimiento riguroso de las gestantes, con el fin de detectar y controlar precozmente aquellos factores de riesgo vinculados al bajo peso al nacer, pues la mayoría de éstos son evitables
- Establecer estrategias de trabajo interdisciplinario con la Municipalidad y las Instituciones Educativas en la evaluación integral de las madres adolescentes y su monitorización constante a través de Programas en Salud Reproductiva para el adolescente, en el nivel preventivo promocional, además involucrar a los padres de familia en estos programas para establecer una comunicación más estrecha con ellos
- Tener un plan estratégico para las zonas rurales donde se evidencia la falta de profesionales de salud, y poder identificar oportunamente a las gestantes en situación de riesgo para un control pre natal adecuado y referirla oportunamente a un hospital de mayor complejidad.
- El profesional de enfermería debe realizar un trabajo preventivo promocional en las Instituciones Educativas para prevenir factores de riesgo que siguen siendo en la actualidad causas de embarazo adolescente y que predisponen que un recién nacido presente complicaciones a futuro.
- A los Docentes del Área Materno - Neonatal, se continúen con las investigaciones en el binomio Madre - niño, fundamentales para el conocimiento de la salud en esta área en el ámbito local.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DE ANDALUCÍA.

(2014). Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. España.

ÁGUILA, A. (2011). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer y el nacimiento pre término. Área II. Cienfuegos. Cuba.

AGUILAR, T; y MATTA, A. (2013). Edad gestacional y peso del recién nacido relacionado a factores sociales, Nutricionales y obstétricos en Adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote. Perú.

ALARCÓN, R. (2011) Relación del peso del recién nacido con edad gestacional y antropometría materna en gestantes del hospital belén de Trujillo, Perú.

ALVARADO, J. (2014). Apuntes de obstetricia. 3° ed. Edit. Apuntes médicos del Perú (AMP). Perú.

ALVARADO, J. (2015) Apuntes de neonatología. 2da Ed. Edit. Apuntes Médicos del Perú (AMP) Callao – Perú.

ALVARADO, J. (2015). Apuntes de neonatología. 2da ed. Edit. Apuntes Médicos del Perú (AMP). Perú.

ÁLVAREZ, R; SEVILLANO, J. (2012). “Factores de riesgo maternos y obstétricos en adolescentes relacionado al recién nacido pretérmino. Hospital La Caleta. Chimbote, 2012”. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú

- ÁLVAREZ, R; y SEVILLANO, J. (2012). Factores de riesgos maternos y obstétricos en adolescentes relacionados al recién nacido pretérmino. Hospital la caleta. Chimbote, Perú.
- ANDERSEN, F y COLAB. (1994). Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2da ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. México.
- BEAGLEHOLE, R. (1994). Epidemiología Básica. 1ra ed. Publicación de la PPS. Publicación científica: 551. Washington. D.C. Estados Unidos.
- BERNAOLA, K. y LIÑÁN, M. (2007). Algunos factores maternos en adolescentes asociados al recién nacido pre término, servicio de gineco obstetricia. Hospital de apoyo La Caleta. Chimbote, Perú
- CAFFO y PANGALIMA (2012). Algunos factores socioculturales de madres adolescentes y el nivel de información sobre los cuidados en el hogar del recién nacido. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- CALDERON J. y COLAB. (2006). Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. Revista Médica Miss. 1º versión. México.
- CALVO, J. (2011). Entorno psicosocial en madres adolescentes. Recuperado de: http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/articulo_especial_178a1800.pdf. Chile
- CARRERA RIVA PALACIO, A. G. (2016). Infogen. Revista Mensual. Recuperado de
- CASTAÑEDA, C. y COLAB. (2009). Embarazo en la adolescencia y su relación con el bajo peso al nacer en el policlínico Mártires de Corintia. Revista de pediatría y neonatología, Ginecología y Obstetricia. Cuba.

CRUZ, D; LLIVICURA, M. (2012). Factores de riesgo perinatales para peso bajo en recién nacidos a término del hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora, Quito 2012, Tesis de Grado presentado como requisito parcial para optar el Título de Especialista en Pediatría. Biblioteca De La Facultad De Ciencias Médicas. Ecuador.

DÍAZ, P; y COLAB. (2014). Peso y estado nutricional en recién nacidos. Perú.

ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE SALUD FAMILIAR (2016). Embarazo adolescente aumenta en Lima y la costa norte del Perú. Recuperado de: <http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-inei-2191608>. Perú

ENCUESTA DEMOGRÁFICA DE SALUD FAMILIAR Boletín estadístico “Salud en la Etapa de Vida Adolescente”. 2014. Recuperado de: <http://www.Bvs.minsa.bob.pe/local/Minsa/2732.pdf>. Lima, Perú

FERNÁNDEZ, L; y COLAB. (2014). Caracterización de la gestante adolescente. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm. Mexico.

FERNÁNDEZ, M. y ZATTA, J. (2014). Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las mercedes Chiclayo durante el 2014. SAM, Lambayeque, Perú.

FLETCHER, H. (1999). Epidemiología clínica. Ediciones Consulta. Barcelona, España.

FLETCHER, H. (1999). Epidemiología clínica. Ediciones Consulta. Barcelona. España.

- FLORES, K; LIÑÁN, M. (2007). “Algunos Factores Maternos asociados al Recién Nacido Pretérmino en Adolescentes del Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta”. Chimbote. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (2014). Mortalidad neonatal en el Perú. Recuperado de: <https://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>. España.
- FRIESNER, A; RAFF, B. (1993). Enfermería Materna Infantil. Edit. El Manual Moderno S.A. México.
- GALA, H; CRESPO, E; y COLAB. (2010). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana. Venezuela
- GARCÍA, N Y SILVA, T. (2017). Madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas. Trabajo de Grado. Técnico Superior Mención Enfermería. Colegio Universitario de Teques “Cecilio Acosta”. Recuperado de: <http://www.monofragías.com/trabajo28/programa-adolescente/programa-adolescente.html>. Venezuela
- GERÓNIMO, Y. (2011). Edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales y obstétricos en madres adolescentes. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2011. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú
- GONZALES, J. (2014). Edad materna como factor de riesgo para bajo peso del recién nacido a término. Recuperado de :

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/420/1/GONZALES_JES%C3%9AS_RIESGO_RECLEN_NACIDO.pdf. Trujillo, Perú.

GONZÁLEZ, A; GUTIÉRREZ A; y COLAB. (2010) Estudio de las gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido. *Rev. Cubana Ped.* 549-53. Cuba

GUEVARA, J; MONTERO, E; & COLAB. (2010). Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el hospital materno de Palma Soriano. Cuba.

HERNÁNDEZ J, ALONSO D, RODRÍGUEZ M, HOMMA JL, DÍAZ I, SUÁREZ R. (2014). Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales gineco obstétricos. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322016000100002. Cuba

HUANCO A, TICONA R, TICONA VM, HUANCO AF. (2012) Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Rev. Chil Obstet. Ginecol.* 2012;77(2):122-8. Perú.

HUAROTO, K; PAUCCA, M. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Recuperado de: <http://www.unica.edu.pe/rev.med.panacea/index.php/med/article/view/6>. Ica, Perú.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA Y ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR. 2013. Perú

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. INEI. (2015). Recuperado de:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf. Perú

INSTITUTO VASCO DE ESTADÍSTICA. (2004). Nivel de instrucción. Recuperado de: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_168/elem_2376/definicion.html. España.

ISSLER, J. (2011). Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Catedral Vía Medicina N°107. Argentina.

KRAUSKOPF, D. (2007). El enfoque de riesgo en la atención de salud. España

MINSA; Análisis de situación de la salud de los y las adolescentes (2015). LA REPUBLICA Recuperado de: <http://www.larepublica.pe/minsa-presenta-analisis-sobre-la-situacion-de-los-adolescentes-en-el-Peru>.

LEÓN, J. (2017). Mortalidad materna en adolescentes aumenta por casos de suicidio y aborto. Recuperado de: <http://larepublica.pe/07-06-2013/mortalidad-materna-en-adolescentes-aumenta-por-casos-de-suicidio-y-aborto>. Perú.

LOPEZ J. y COLAB. (2006). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev. Cubana Obstétrica. Cuba.

LÓPEZ, J; LUGONES, M; y COLAB. (2013). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm. Venezuela.

LUNA F. y SALLES A. L. F., "BIOÉTICA", Editorial Sudamericana, Bs. As.,

MARINELLO, Z. (2005). Comportamiento del parto pretérmino en el periodo comprendido entre enero y diciembre en el Hospital General Docente. Recuperado de:

<http://www.ilustrados.com/tema/10761/Comportamientoparto-pretermino-Tesis.html>. Cuba.

MARTIN, F; y COLAB. (2006). Madres adolescentes: ¿factor de riesgo para bajo peso al nacer y prematuridad. Serv. Tocoginecología y Obstetricia del Hospital “Angela Llano”. Corrientes. Recuperado de: http://med.unne.edu.ar/revista/revista179/2_179.pdf. México.

MAYANGA, R; VERA, J. (2006). Recién nacidos pretérmino asociado a factores de riesgo maternos en Hospital la Caleta. Chimbote. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú

MERCK, S; y COLAB. (2012). Problemas de salud en la infancia. Madrid. España.

MINISTERIO DE SALUD. (2015). Boletín estadístico de nacimientos Perú. Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf. Perú.

MINISTERIO DE SALUD. (2016). Sistema de Registro del Recién nacido. Dis Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf. Perú.

MINISTERIO DE SALUD. MINSA. (2015). Salud de las y los Adolescentes Peruanos. Recuperado de: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/adolescentes/archivos/boletin02.pdf>. Perú

MIRANDA, W. (2006). Factores de riesgo materno y perinatal en la adolescencia temprana en el Hospital Bertha Calderón. . Revista de Obstetricia y Ginecología. Nicaragua.

NAKANDAKARI G, M., DE LA ROSA C, D., y JARAMILLO S , J. (2012). Grado de instrucción de embarazadas adolescentes. Artículo Original. Perú.

- ORELLANA, A. (2004). Comportamientos Sexuales y Conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes estudiantes del 5to de secundaria en cuatro instituciones educativas estatales de los Distritos de los Olivos y San Martín de Porres. Perú.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2017. Hay más de siete millones de embarazos adolescentes cada año. Recuperado de: <http://peru21.pe/mundo/onu-hay-mas-siete-millones-embarazos-adolescentes-cada-ano-2155607>. Perú.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2014). Factores de riesgo. Recuperado de: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/. España.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas. Guía de Madre Canguro. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/kmc/text_es.pdf. España.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). Muerte del recién nacido. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>. España.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. (2016). Desarrollo en la Adolescencia. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/e/ España.
- PEREDA, D. (2014). MADRES ADOLESCENTES EN EL PERÚ, La República. Recuperado de: <http://larepublica.pe/tag/ministerio-de-educacion>. Perú.
- PÉREZ PORTO, J. (2010). Definición. DE. Recuperado de: <https://definicion.de/procedencia/>
- PITA, S. (2000). Determinación de factores de riesgo. Rev. Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. España.

PIZARRO, A. (1996). A tu salud “Si mujer Servicios integrales para la mujer”. 1ra ed.
Managua Imprimetur: 128. Paraguay.

PLAN NACIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. PNAIA
(2012-2021) Recuperado de:
http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf. Perú.

QUINTERO, G; y COLAB. (2010). Prevención del bajo peso al nacer. Colombia

REEDER, S y COLS. (1995). Enfermería Materno Infantil. 17 ed. Edit Interamericana Mc
Graw Hill. México.

REEDER, S; MARTIN, L; KONIAK, D. (1995). Enfermería Materno- Infantil. 3° ed. Edit.
Interamericana Mc Graw Hill. México

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD Y ESTADO CIVIL. RENIEC. (2016).
Recuperado de: <http://larepublica.pe/impresasociedad/798164-cuatro-mil-adolescentes-de-15-anos-se-convirtieron-en-madres>. Perú

RENDÓN, M; Y COLAB. (2012). Factores maternos que influyen en el Peso al nacer.
Tacna - Perú. Riesgo materno durante el embarazo.:
<http://infogen.org.mx/riesgosmaternos-durante-el-embarazo-2/>. Perú.

RODRÍGUEZ, A; BALESTINA, J y PAGARIZABAL, E (2010). “Factores maternos que
influyen en la depresión neonatal”. Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_11_03/gin02103.htm.Cuba.

RODRÍGUEZ, I. (2012). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos
de madres adolescentes. Recuperado de:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-705439>

- RODRÍGUEZ, O; HERNÁNDEZ, J; y COLAB. (2012). Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin05105.htm. Argentina.
- SÁNCHEZ, H; PÉREZ, G. (2013). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Médica del IMSS. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>. Mexico.
- SCHWARTZ, R. (2001). El cuidado prenatal, Ministerio de salud argentina. Argentina.
- SERRANO, C. (2012). Algunos factores maternos en los nacimientos pre términos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. Perú.
- SOTELO FIGUEROA, J. M. (1993). El enfoque de riesgo y la mortalidad materna una perspectiva americana. Cuba.
- SOTO, E; ÁVILA, J. (2010). Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer. Archivos de investigación materna infantil. México.
- SUAREZ, T. (2007). Influencia del estado nutricional de la gestante en la ganancia de peso del recién nacido y edad gestacional. Nuevo Chimbote, Perú.
- TICONA, M. (2010). Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Lima, Perú.
- URBINA, C. y PACHECO J. (2010). Embarazo en adolescentes. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. Lima, Perú.
- VALDÉS, S; y COLAB. (2012). Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm. Perú.

- VALENZUELA, C. (2016) NACIONES UNIDAS PARA LA POBLACIÓN: Hay más de siete millones de embarazos adolescentes cada año. Recuperado de: <http://peru21.pe/mundo/onu-hay-mas-siete-millones-embarazos-adolescentes-cada-ano-2155607>. Perú
- VARAS, P. (2010) Entorno psicosocial en madres adolescentes. Hosp. Santiago oriente. Rev. obste. Chile.
- VARINA, I (2007). Prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos. República Dominicana.
- VÁSQUEZ, A. (2000). Embarazo en la adolescencia, repercusión psicosocial durante el 1er. año de vida. Rev. Cubana Ped. 82 – 88. Cuba
- VILLAFUERTE, Y. (2014). Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Cienfuegos. 2010 - 2014. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-777036>. Cuba.
- WHALEY y WONG (1995). Enfermería Pediátrica. 4º ed. Edit. Mosby Doyma Libros Madrid. España
- WIKIPEDIA, LA ENCICLOPEDIA LIBRE. (2017). Estado civil. Recuperado de: https://es.wikipedia.org/wiki/Estado_civil
- ZULUAGA, F; URREA, B; Y COLAB. (2009). Detección del riesgo de bajo peso al nacer en los recién nacidos en el hospital básico Primitivo Iglesias en la ciudad de Santiago de Cali durante el período 2007 -2009 Revista Colombiana. Colombia

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E.A.P ENFERMERIA



ANEXO N ° 01

Factores de riesgo en gestantes adolescentes. Hospital Regional Eleazar Guzmán
Barrón, 2017

Elaborado por: Fernández Prieto Romina; Zavaleta Ventura Giuliana.

FACTORES MATERNOS

1. EDAD MATERNA

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

2. ESTADO CIVIL

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

3. RESIDENCIA

- a. Urbana ()
- b. Urbano Marginal ()
- c. Rural ()

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a. Analfabeta ()
- b. Primaria ()
- c. Secundaria Completa ()
- d. Secundaria incompleta ()
- e. Superior ()

5. CONTROL PRENATAL

- a. Mas de 6 CPN ()
- b. Menos de 6 CPN ()
- c. No asistió ()

6. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

- a. Sin antecedentes ()
- b. Con antecedentes ()
 - 1. Abortos ()
 - 2. Partos pretérmino ()
 - 3. Óbitos ()
 - 4. Embarazo múltiple ()
 - 5. Periodo intergenésico corto ()

7. COMPLICACIONES OBSTETRICAS

- a. Sin complicaciones ()
- b. Con complicaciones ()
 - 1. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo ()
 - 2. Hemorragia del III trimestre D.P.P/PP ()
 - 3. I.T.U ()
 - 4. Amenaza de aborto ()
 - 5. Hiperémesis gravídica ()
 - 6. Ruptura prematura de membranas ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

E.A.P ENFERMERIA



ANEXO N ° 02

Edad Gestacional y el peso en recién nacidos. Hospital Regional Eleazar

Guzmán Barrón, 2017

Elaborado por: Fernández Prieto Romina; Zavaleta Ventura Giuliana.

EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO

- a. A termino: 37- 42 semanas ()
- b. Pretérmino: menos de 37 semanas ()
- c. Postérmino: 42 a más semanas ()

PESO DEL RECIEN NACIDO

- a. Recién nacido con peso normal: 2500 - 3500 gramos ()
- b. RN bajo peso al nacer: 1500 a 2499gramos ()
- c. RN muy bajo peso al nacer: < 1500 gramos ()
- d. RN extremadamente bajo peso al nacer: < 1000 gramos. ()