

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA
MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, HIJO
DE MADRE ADOLESCENTE ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2013”**

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

Autora: Jezmarina Rosaluz, Ledesma Peraza

Asesora: Med. Lourdes Lombardi Bacigalupo

TACNA – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A mi madre, por darme siempre su apoyo incondicional, mostrándome que el valor de la perseverancia lo es todo.

A mi padre, quien me demostró a mí misma, que soy capaz de lograr lo que me proponga.

A mi hermano, ya que por el entendí la responsabilidad que impartía yo al ser ejemplo de él.

A mis familiares, por estar conmigo siempre apoyándome en mi decisión de querer ser médico, dándome sabios consejos en los momentos difíciles.

A mis profesores quienes desde mis primeros pasos en el campo de la medicina me brindaron su sabiduría. Todos sin excepción han dirigido mis conocimientos y espíritu, con enorme solvencia, firmeza y humanidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por darme la oportunidad de vivir día a día, conociendo más acerca de las maravillas de esta ciencia que es la medicina humana y por poner en mi camino a personas extraordinarias.

A mis queridos padres, maravillosas personas que me dieron la vida y me apoyaron de manera incondicional guiando mis pasos hacia el camino que he percibido que era mi vocación y en mi lucha por conseguir el triunfo en la vida

A todos y cada uno de mis maestros que al mismo tiempo fueron orientadores y amigos, por brindarme sus conocimientos, consejos, y guiarme en la ejecución de este proyecto.

A mis amigos y seres queridos por su paciencia en esos momentos que llegué a estresarme demasiado, y a su manera, apoyarme en momentos en que más los necesitaba, siempre confiando en mí.

RESUMEN

Objetivos: Determinar las características de la morbilidad de niño menor de 5 años, hijo de madre adolescente atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013.

Material y Métodos: Se realizó un estudio Observacional Descriptivo Transversal Retrospectivo. La población en estudio conformada por niños menores de 5 años, hijo de madre adolescente atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna el año 2013.

Conclusiones: Dentro de las características de la morbilidad de niño, hijo de madre adolescente fueron: Los niños menores de un mes de edad, de sexo masculino, peso entre percentil 10 al 90. La mayoría contaba con todas las inmunizaciones de acuerdo a su grupo etáreo y lactancia materna exclusiva. Las cinco patologías más frecuentes fueron: Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer, incompatibilidad ABO, ictericia neonatal no determinada, Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer; y Traumatismo al nacimiento. Con respecto a las características de la madre adolescente que se asoció más con la morbilidad en niños menores de 5 años se encuentran: Las madres quienes al momento del parto tuvieron entre los 15 a 19 años de edad, con grado de instrucción de nivel secundario, convivientes, edad gestacional de 37 a 42 semanas y cuyo parto fue por cesárea. Refiriendo al tema de hospitalizaciones, la mayoría de los niños hospitalizados ingresaron en una ocasión, con estancia hospitalaria de 2 a 7 días y curados al momento del alta.

Palabras claves: morbilidad, niños, madre adolescente

ABSTRACT

Objectives: To determine the characteristics of the morbidity of children under 5 years old, son of a teenage mother attended in the Hipólito Unanue Hospital of Tacna 2013.

Material and Methods: A retrospective observational descriptive study was conducted. The study population comprised children under 5 years old, son of a teenage mother attended at the hospital Hipólito Unanue Tacna 2013.

Conclusions: Among the characteristics of child morbidity, child of a teenage mother were: Children younger than one month old, male , weighing between 10 to 90 percentile . Most had all their immunizations according to age group and exclusive breastfeeding. The five most common diseases were: Disorders related to long gestation and high birth weight, ABO incompatibility, unspecified neonatal jaundice related to short gestation and low birth weight disorders , and birth trauma . With regard to the characteristics of the adolescent mother was more associated with morbidity in children under 5 are : Mothers who had at birth between 15 and 19 years of age, level of education at the secondary level , cohabitants , gestational age of 37-42 weeks and whose birth was by caesarean section. Referring to the issue of hospitalizations , most hospitalized children entered once, with hospital stay of 2-7 days and cured at discharge .

Keywords: disease , children, mother teen

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Fundamentación del problema	9
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos de investigación	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Justificación	14
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
2.1 Antecedentes	15
2.2 Marco teórico	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 Operacionalización de las variables	34
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 Diseño	37
4.2 Ámbito de estudio	37
4.3 Población	40
4.3.1 Criterios de Inclusión	40
4.3.2 Criterios de Exclusión	40
4.4 Instrumento de recolección de datos	41
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	42
CAPÍTULO VI: RESULTADOS	
6.1. Resultados	43
6.2. Discusión	57

6.3. Conclusiones	59
6.4. Recomendaciones	60
Bibliografía	61
Anexos	64

INTRODUCCIÓN

El embarazo en edades tempranas de la vida, constituye, en la actualidad, un reto de gran envergadura. Las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determina un riesgo importante para su descendencia. No escapa a este conflicto la comunidad, que de alguna manera resulta comprometida en el desenlace de este dramático acontecer.

Existe una vasta literatura en el campo de la medicina y de la sociología que trata desde hace tiempo esta problemática. En casi todos los países, por autogestión o con el apoyo de organismos internacionales, se trabaja en el orden teórico para buscar soluciones en función de disminuir los efectos adversos que esto genera. Sin embargo, si observamos los resultados estadísticos, la tendencia al inicio precoz de las relaciones sexuales y su secuela frecuente de embarazo en la adolescencia, lejos de disminuir, tiende a incrementarse. La adolescencia se define como el período de tiempo en el cual la persona alcanza su madurez física, psicológica, afectiva, intelectual y social.

La maternidad adolescente implica mayores probabilidades de mortalidad y morbilidad infantiles, así como de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Y se relacionan directamente con la ausencia de derechos reproductivos efectivos y de protección ante situaciones de riesgo de menores de edad. Una alta proporción de embarazos adolescentes son no deseados, muchos se originan en situaciones de abuso de menores, siendo blanco fácil de sufrir una patología.

Las madres adolescentes, que aún tienen mucho por experimentar como ser humano en lo individual, así como la espera de traer al mundo a niños con padres muchos más preparados en todos los sentidos, los cuales a posteriori habrán de saber llevar mucho mejor este rol, tan trascendente en el ser humano.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PROBLEMA

1.1 Fundamentación del problema

El embarazo en adolescentes es un problema social que se ha ubicado dentro de lo cultural, si bien es cierto, esta problemática es tripartita e involucra a tres sectores: el educativo, el de salubridad y el familiar (los propios adolescentes y los padres). Derivado de casos concretos que los medios de comunicación han dado a conocer, sobre adolescentes embarazadas, se presenta el siguiente trabajo que ofrece datos conceptuales, jurídicos, estadísticos y de opinión con el objeto de conocer este fenómeno y desde el punto de vista jurídico y de políticas públicas los mecanismos con los que se cuenta para afrontarlo, observando que el embarazo en adolescentes ha sido abordado más como un problema de salud que conlleva a

estudios sobre riesgos reproductivos que un problema sociocultural que involucra al sector educativo y al núcleo familiar.¹

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

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero es en la adolescencia donde se presentan una serie de situaciones que pueden atender contra la vida y la salud del recién nacido y de ella misma, como son los casos de muerte fetal y perinatal, además de prematuridad, bajo peso y muy bajo peso al nacer, y en ella también muerte, fracaso y discriminación.²

Es inevitable ver el embarazo en la adolescencia con un matiz catastrófico, sobre todo, en nuestro país, donde el medio proporciona factores como bajo nivel cultural, hacinamiento, falta de programas gubernamentales de apoyo específico a la madre adolescente, etc., que actuarán potenciando los efectos adversos que el embarazo traerá a la adolescente (parto prematuro, preeclampsia, desprendimiento placentario, anemia, mayor número de abortos y cesáreas), así como a las condiciones propias del adolescente (inestabilidad emocional, dependencia económica, inexperiencia, uso de alcohol y otras drogas).

¹De adolescentes 10% de embarazos en Veracruz, por Karla G. Briseño, 2013-03-19, en El Universal Veracruz, [en línea], fecha de consulta marzo de 2013, en: <http://www.eluniversalveracruz.com.mx/veracruzanospersonajes/2013/de-adolescentes-10-de-embarazos-en-veracruz-18108.html>

² Anicama Melo, Marilyn Janet. Estudio de las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes en el año 2011 en eL HNAL. Lima 2012. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/465>

De las repercusiones en el recién nacido, todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan en el útero: desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general.³

Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.⁴

Se observa una mayor probabilidad de muerte de sus hijas e hijos, principalmente en el primer año de vida, así como una alta incidencia de problemas nutricionales que afectan el desarrollo integral de la niña o el niño.

La maternidad durante los primeros años de la adolescencia perjudica tanto a la madre como a su hija o hijo. Entre las consecuencias, están las complicaciones obstétricas asociadas con la maternidad temprana y la inmadurez fisiológica, las cuales repercuten en mayores probabilidades de muerte para sus hijas e hijos. Otro factor de morbi-mortalidad está asociado a la crianza y conocimiento de atención de la niña o niño, principalmente en el primer año de vida, también la alta incidencia de problemas nutricionales que afectan el desarrollo del lenguaje y el comportamiento el primer año de vida y la alta incidencia de problemas nutricionales que afectan el desarrollo del lenguaje y el comportamiento⁵

³ Alonso Uribe, Rosa María et al. Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 0-0. ISSN 1561-3038

⁴ Día Mundial del Embarazo NO Planificado en Adolescentes, 26 de septiembre del 2012, Op. Cit.

⁵ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-04892. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. PNAIA 2021. <http://www.unicef.org/peru/spanish/PNAIA2012-2021.pdf>

Cada año dan a luz unos 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años. Los bebés nacidos de madres adolescentes representan alrededor del 11% de los nacimientos del mundo, y el 95% de estos se producen en países en desarrollo. En los países de ingresos bajos y medianos, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte entre las adolescentes de este grupo de edad, y se calcula que en 2008 se llevaron a cabo tres millones de abortos peligrosos entre esas jóvenes. Los efectos adversos de la maternidad en la adolescencia también se extienden a la salud de los lactantes. Las muertes perinatales son un 50% más frecuente entre los bebés nacidos de madres menores de 20 años que entre los nacidos de madres de entre 20 y 29 años. Además, los recién nacidos de madres adolescentes corren un mayor riesgo de nacer con insuficiencia ponderal, lo que puede incrementar la tasa de riesgos para la salud a largo plazo.⁶

⁶ Organización Mundial de la Salud - Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf

1.2 Formulación del problema

- a) ¿Cuáles son las principales características de la morbilidad en niños menores de 5 años, hijo de madre adolescente atendidos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2013?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar las características de la morbilidad en niños menores de 5 años, hijo de madre adolescente atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2013

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Determinar las patologías más frecuente en niños menor de 5 años, hijo de madre adolescente atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013
- b) Determinar las características de la madre adolescente y su asociación a las características de morbilidad en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013

- c) Determinar la estancia hospitalaria de los niños menores de 5 años, hijo de madre adolescente atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013

1.4 Justificación

El siguiente trabajo busca identificar las características de la morbilidad del hijo de madre adolescente y asociarlos a los factores maternos que pudiera influenciar sobre el niño. Analizar la incidencia de madre joven en relación con el total de nacimientos e identificar las afecciones más frecuentes, asociadas con la gestante y a la vulnerabilidad de los niños menores de 5 años de edad frente a diversas patologías.

Así mismo, ayudar a mejorar calidad de vida de la mujer adolescente, sobre todo, al grupo de adolescentes gestantes; disminuir la morbilidad en los niños menores de 5 años y concomitantemente a la mortalidad infantil; y reducción ingresos hospitalarios e instancia hospitalaria en el servicio de pediatría.

Cabe señalar que la incidencia de embarazo en adolescentes es mayor en nuestra sociedad y que la mayoría de los hijos de estas madres presentan un significativo riesgo de enfermar en comparación con los hijos de las casadas y de las mayores de 19 años.

Por las razones expuestas es que se establece la necesidad de realizar un estudio que permita determinar las principales características de la morbilidad en los niños menores de 5 años, hijo de madres adolescentes atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del año 2013.

CAPÍTULO II

2.1 Antecedentes

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

El presente trabajo busco determinar cuáles son las patologías más frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes versus las no adolescentes. Institución: Servicio de Neonatología del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. Con un diseño Estudio Descriptivo Transversal Retrospectivo. Participantes: Recién Nacidos en el HNAL en el año 2011. Se intervino a un total de 4135 de Recién Nacidos, se incluyeron 3572 Recién Nacidos por cumplir con los criterios de inclusión, Se consideran las patologías diagnosticadas posterior al nacimiento del neonato así como la edad

gestacional y el peso al nacer y algunas características maternas como edad, controles prenatales, número de gestación y tipo de parto. Principal medida de resultados: Patologías más frecuentes en Recién Nacidos hijos de Adolescentes y no adolescentes. Resultados: El 21.88% de la población estuvo conformada por Adolescentes, de estas el 97.65% fueron Adolescentes Tardías. El tipo de parto que se empleó con más frecuencia es el vaginal representado por un 88.89% en las adolescentes tardías. La patología que se observó con más frecuencia fue el Síndrome de Dificultad Respiratoria representado por un 44% en Recién Nacidos Pre Término de Madres Adolescentes Tardías, así como Grande para la Edad Gestacional que se encontró con más frecuencia en Recién Nacidos A Término y Post Término Hijos de Madres Adolescentes Tardías con un 7% y 18% respectivamente.²

Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos. Se realizó una intervención educativa a las 253 madres adolescentes y sus hijos nacidos en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa durante el año 2000. Las necesidades de aprendizaje fueron identificadas en la totalidad de las madres, a través de grupos nominales y discusiones grupales en el 34,8 %, aplicación de encuestas en el 40,7, y al 24,5 % se le detectaron por entrevistas a profundidad. Con el diagnóstico de las necesidades se delimitaron los temas de intervención, y se diseñó el programa educativo a las madres adolescentes que se aplicó durante los 3 primeros años de vida a sus hijos. El contenido del programa se basó en los aspectos: maternidad y paternidad responsable, cuidados generales del recién nacido, crecimiento, desarrollo y estimulación de habilidades, accidentes, sexualidad responsable e incorporación social. Entre los principales resultados de la investigación-acción se encuentra que el 90,9 % de los niños estaban normopesos, el 98 % presentó un examen físico

neurológico normal, el test de desarrollo intelectual fue normal en el 97,6 %, la morbilidad fue en descenso, la lactancia materna hasta los 3 meses se garantizó en el 90,9 % de los casos, y más del 90 % no presentó ingreso hospitalario en el período. Con la implementación del programa educativo se modificaron hábitos y estilos de vida, que influyeron en el mejor comportamiento del proceso salud-enfermedad en los hijos de madres adolescentes.³

Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el Puesto de Salud San Antonio-Ate, 2009. Este estudio fue de tipo descriptivo, con enfoque de Estudio Caso, nace como producto de comprender las creencias de las madres para tratar las Infecciones Respiratorias Agudas, viendo que esta enfermedad constituye un problema de salud pública en nuestro país, ya que representan la primera causa de morbilidad y segunda de mortalidad en niños menores de 5 años. Este tipo de investigación incrementa y enriquece el marco teórico referente a las creencias de las madres, así mismo buscamos proporcionar información actualizada a fin de que se elaboren estrategias de educación para la salud, sobre aspectos relacionados al cuidado del niño con infecciones respiratorias agudas y que permitan incorporar aquellas creencias favorables de la medicina tradicional y reorientar las creencias desfavorables para la salud del niño. La muestra estuvo conformada por 12 madres de familia, la cual fue obtenida a través del muestreo no probabilístico intencionado por saturación, en donde no se busca una representatividad estadística ni numérica. Se empleó como técnica de recolección de datos la entrevista a profundidad y como instrumento una guía de entrevistas semiestructurada. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Las categorías emergentes fueron: Causalidad de la enfermedad, Peligrosidad de la enfermedad, Lugares a donde acude la madre

para curar al niño de la enfermedad, Alimentación en el niño enfermo, Higiene en el niño enfermo y Cuidados para minimizar los síntomas propios de la enfermedad. Entre las Consideraciones Finales tenemos: Las madres de familia confieren que la enfermedad se produce por el cambio de clima, o por andar desabrigados, también mencionamos que las madres creen que la enfermedad si es peligrosa, que se debe tratar a tiempo, en cuanto al tratamiento específico manifiestan que hacen uso de prácticas basadas en sus creencias para tratar las infecciones respiratorias agudas, llegando incluso a ser, una de estas creencias perjudiciales para la salud del niño, como la administración de antibióticos sin recomendación médica, el uso de vickvaporub en lugares en donde no debe aplicarse; así mismo, hacen uso de prácticas que sí contribuyen a mejorar la salud del niño, como la aplicación de medios físicos para el manejo de la fiebre; uso de infusiones o preparaciones caseras a base de hierbas medicinales investigadas.⁷

Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2007. El presente estudio de investigación se realizó con el objetivo de determinar el Nivel de Conocimiento que tienen las Madres Adolescentes en el Cuidado del Recién Nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal. El tipo de estudio es descriptivo, la técnica empleada, la encuesta; el instrumento empleado fue el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años hospitalizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia (Servicio de Adolescencia) del Instituto

⁷Gutierrez Ventura, Liliana. Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el Puesto de Salud San Antonio-Ate, 2009. Lima 2010. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/255/1/gutierrez_vl.pdf

Nacional Materno Perinatal las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión requeridos. Entre las conclusiones a las que se llegaron tenemos que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento, esto indican que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano, que por lo tanto las hace personas inestables, inseguras de sí mismas. Las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional de enfermería, para brindar cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser.⁸

Eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido. Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. El presente estudio de investigación, pretende determinar la eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre el cuidado al recién nacido. Siendo el estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, y método cuasiexperimental; constituido por una población 192 madres adolescentes; determinándose un tamaño muestral de 81 madres adolescentes. Para la recolección de datos las técnicas utilizadas han sido dos: la primera referida a la técnica audiovisual-participativa sobre “Cuidados del Recién Nacido en el Hogar”; y la segunda la entrevista-encuesta, aplicada a las madres adolescentes primíparas, tanto para el grupo control, como para el experimental. De los resultados obtenidos en términos generales, se evidencia

⁸ Chapilliquen Pérez, Joanna Elizabeth. Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2007. Lima 2009. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/523>

que las madres adolescentes evaluadas antes de la aplicación de la técnica convencional, presentaron el 85% como conocimiento incorrecto, desconocen totalmente el 13% y sólo un 2% presentaron un conocimiento correcto. En los resultados del post-test, el conocimiento incorrecto aumentó al 87%, desconocen bajó al 6 % y manifestaron un conocimiento correcto el 2% de las madres del grupo control. Con respecto al grupo experimental, en el pre-test, un 93% presentaron un conocimiento incorrecto, y el 7% desconocían totalmente. Mientras que luego de la aplicación de la técnica audiovisual-participativa, el 93% presentaron un conocimiento correcto, y solo el 2%, presentó un conocimiento incorrecto. En conclusión, la técnica audiovisual-participativa demostró su eficacia en el grupo experimental, ya que se pudo comprobar; que esta técnica facilita el aprendizaje para identificar, comprender y crear mensajes.⁹

Análisis de equidad del nivel socioeconómico y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú. La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del hombre, caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo, para lo cual es fundamental una adecuada nutrición. Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirían alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles, sin embargo, la desnutrición infantil no es sólo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones. El objetivo general es determinar el grado de inequidad del

⁹ Moya Malásquez, María Isabel. Eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido. Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1317>

nivel socioeconómico en la desnutrición crónica infantil en los niños menores de 5 años. La Metodología, se hizo en base a estudios de fuente secundaria de carácter descriptivo en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 (ENDES) y se realizó una investigación de la inequidad del nivel socioeconómico y su relación con la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú. Los resultados nos indican inequidad entre el nivel socio económico y la desigual distribución de la desnutrición crónica, ya los niños de la Sierra del quintil I tienen 6.6 veces más probabilidades de tener desnutrición crónica, que los niños de los quintiles IV y IV en esa misma región. En conclusión los niños siguen siendo el grupo más vulnerable de nuestra sociedad, a pesar de nuestro crecimiento económico de 8 % para el 2010. El 65% de los niños son pobres y la mitad tienen un nivel de nutrición insuficiente. El problema es aún mayor si consideramos las diferencias entre los niños urbanos y rurales que registran dos tercios y un tercio de los niños, con nutrición normal, respectivamente.¹⁰

Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres adolescentes. Desde hace veinte años en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá funciona un equipo de trabajo interdisciplinario para la atención de la embarazada adolescente y sus hijos, al que se denominó PROAMA (Programa asistencial para las madres adolescentes). La propuesta fue y es la atención y el acompañamiento vincular de estas jóvenes y su entorno, demostrando que la información, sin otro tipo de acercamiento, resulta ineficaz. Tiene como objetivo un cambio de actitud en los roles familiares, como organizador de la

¹⁰ Palomino Cuycaposa, Nicolás. Análisis de equidad del nivel socioeconómico y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú. Lima Perú 2010. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3163/1/palomino_cn.pdf

estructura familiar, eje fundamental de esta problemática. Que buscó analizar el crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes de 16 años o menos, alimentados a pecho, seguidos por PROAMA hasta el año de edad. Describir las características socio-económicas y culturales de estas familias. Material y métodos. Diseño descriptivo, prospectivo. Fueron incluidas en este trabajo todas las adolescentes de 16 años o menos y sus hijos, ingresadas durante el período comprendido entre el 01/06/02 al 30/05/03, que reunían los criterios de inclusión fijados por PROAMA. El crecimiento y desarrollo de sus hijos fueron evaluados por la escala de Lejarraga y col. Resultados. Ingresaron al estudio 102 niños. Media (DS) de edad gestacional: 38,8 semanas \pm 1,44. Pretérminos: 5,6 por ciento. Sin depresión neonatal al primer y quinto minuto. Media (DS) del peso al nacer: 3.148 g \pm 476. Media de la talla al nacer: 48,93 cm \pm 1.81. Media del peso al año de vida: 9.894,7 g \pm 1.056. Media de la talla al año de vida 74,28 cm \pm 2,68. ¹¹

Tendencia de crecimiento de los recién nacidos de madres adolescentes.

El objetivo fue comparar el crecimiento de los bebés nacidos de madres adolescentes con hijos de madres adultas en los dos primeros años de vida. Un estudio de cohorte histórico realizado entre 1998 y 2000, comparando el crecimiento de los dos grupos de niños desde el nacimiento hasta completar dos años de edad. Un grupo formado por los hijos de madres adolescentes (n = 127) y el otro para los hijos de madres adultas (n = 181). Ambos grupos fueron seguidos regularmente en las dos Unidades Básicas de Salud de la Universidad de São Paulo, integrados en el sistema de salud pública. Los datos de peso y longitud recogidos analizan sistemáticamente en forma de Z-

¹¹Jorgelina Beatriz Pomata y colaboradores. Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres adolescentes. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 28, núm. 2, 2009, pp. 71-77, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina 2009

score (NCHS / OMS, 1978). Las ecuaciones (curvas) de regresión que describe el crecimiento individual de cada niño se define a partir de los datos recogidos. Posteriormente, los valores de puntuación Z de peso y longitud en edades exactas (mensual) se calcularon mediante interpolación utilizando las ecuaciones individuales. Se encontró al nacer y a los 24 meses, los dos grupos no mostraron diferencias en las puntuaciones medias de Z peso y la longitud que, sin embargo, eran más bajas que para la referencia ($p < 0,001$). En este período, mostraron diferentes resultados de crecimiento, con una tendencia a peor para los niños de los adolescentes, que se alejó de la referencia media de manera significativa ($p = 0,0008$). Se concluyó que los bebés de madres adolescentes mostraron una actuación peor crecimiento por dos años de vida, en comparación con los hijos de madres adultas.¹²

Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. El siguiente trabajo contaba con el objetivo de determinar las características y riesgos en madres adolescentes y sus hijos (antropometría, condición de nacimiento y morbi-mortalidad), en comparación con un grupo de madres adultas control de 20-34 años. Fue un estudio de cohorte prospectiva con 379 hijos de mujeres adolescentes y 928 adultas. Los datos fueron analizados empleando mediana, promedio y medidas de dispersión, pruebas t-test no pareado o Wilcoxonrank-sum (Prueba de Mann-Whitney), ANOVA o Kruskall-Wallis, Chi2 o Exacta de Fisher, riesgo relativo y riesgo atribuible a la exposición porcentual con sus intervalos de confianza de 95 por ciento. Resultados: Entre adolescentes hubo mayor número de madres solteras (25,6 por ciento), menor escolaridad y seguridad social en salud (25,9 por ciento)

¹² Gallo, Paulo Rogério y colaboradores. Tendencia de crecimiento de los recién nacidos de madres adolescentes. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2009, vol.19, n.2, pp. 297-305. ISSN 0104-1282.

($p < 0,05$). En adolescentes tempranas hubo más casos de preeclampsia (26,3 por ciento) y trabajo de parto prematuro (10,5 por ciento). Entre madres adolescentes el 30,9 por ciento de los hijos fueron prematuros, y presentaron más patología cardíaca, infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido, y mayor mortalidad, cuando se compararon con hijos de madres adultas ($p < 0,05$). Conclusiones: La maternidad en adolescentes conlleva mayores riesgos de salud para ellas y sus hijos, aumentando la morbilidad, mortalidad, con una perspectiva de exclusión social a lo largo de la vida, pues la mayoría son pobres, con poca educación y madres solteras y sin pareja.¹³

Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Se buscó conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Consistió en un estudio de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Se analizaron las variables desde la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Para el análisis se usó frecuencias y Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza. Se encontró que las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencias significativas entre regiones naturales (17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva). Se asoció al embarazo adolescente una menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable, región selva y mal estado nutricional. Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal Inadecuado (OR=1,2) y tardío (OR=1,56), morbilidad

¹³ Mendoza T, Luis Alfonso; Arias G, Martha y Mendoza T, Laura Isabel. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2012, vol.77, n.5, pp. 375-382. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>.

materna (OR=1,18), anemia (OR=1,24), infección del tracto urinario (OR=1,3), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=1,3) e infección puerperal (OR=1,44). Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer (OR=1,36), prematuridad (OR=1,29), desnutrición fetal (OR=1,34), depresión a minuto de nacer (OR=1,17), morbilidad neonatal (OR=1,1), traumatismos al nacer (OR=1,36) y mortalidad neonatal (OR=1,49). Concluyen que las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbi mortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas.¹⁴

Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal. Hospital Engativá, 2012. Según el objetivo de la investigación que fue describir el significado de la experiencia para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido, en la unidad de cuidado neonatal, en un grupo de madres adolescentes del hospital Engativá de Bogotá; se realizó un estudio de tipo cualitativo, aplicando la etnoenfermería. Se tuvo en cuenta la información que aportaron ocho (8) informantes claves, madres adolescentes entre los 15 y 18 años, también la de seis (6) informantes generales, enfermeras profesionales. La recolección y análisis de los datos se llevó a cabo desde diciembre de 2011 hasta Julio de 2012. Los resultados proponen 11 patrones, 54 códigos y 4 temas. Concluyeron que el significado de la experiencia para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido se evidencia en los temas propuestos, en los que se describen la universalidad y diversidad, cuando el investigador vuelve a la literatura con respecto a la experiencia de las madres

¹⁴Huanco A, Diana; Ticona R, Manuel; Ticona V, Maricarmen y Huanco A, Flor. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2012, vol.77, n.2, pp. 122-128. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200008>.

en edad adulta y que justifica un cuidado específico a la adolescente que tiene su hijo hospitalizado.¹⁵

Prevalencia de malformaciones congénitas en hijos de madres mayores de 34 años y adolescentes. Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2002-2011. Objetivos: Determinar la tasa de prevalencia de MFC entre adolescentes y mayores de 34 años. Método: Se utilizó la base de datos de la Maternidad del Hospital Clínico Universidad de Chile (2002-2011). Se estudió todos los nacimientos, vivos, mortinatos y malformados de 500 gramos o más, de madres menores de 20 y mayores de 34 años. Se calculó y comparó las tasas de prevalencia al nacer de todas las malformaciones de cada grupo etario. Resultados: Hubo 15.636 nacimientos, 0,98% fueron mortinatos, 7,5% hijos de madres menores de 20 años y 27,7% de mayores de 34 años. La tasa global de MFC fue 8,8%; 7% en menores de 20 años y 9,6% en mayores de 34 años ($p=0,007$). Síndrome de Down fue 12 veces más frecuente en los hijos de madres mayores de 34 años que en las adolescentes. Las mayores de 34 años presentaron significativamente más mortineonatalidad en sus hijos malformados que las adolescentes, pero menor frecuencia de bajo peso, menor consumo de tabaco, alcohol y mariguana. Conclusión: El grupo de madres mayores de 34 años es significativamente diferente al grupo de adolescentes, tanto en prevalencia de MFC como en mortalidad neonatal de malformados, bajo peso al nacer y hábitos de vida.¹⁶

¹⁵Solano Rodríguez, Yenny Andrea. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la Hospitalización del Recién Nacido En La Unidad Neonatal. Hospital Engativá, 2012. Bogota 2012

¹⁶Nazer Herrera, Julio y Cifuentes Ovalle, Lucía. Prevalencia de malformaciones congénitas en hijos de madres mayores de 34 años y adolescentes: Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2002-2011. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2013, vol.78, n.4 [citado 2014-01-13], pp. 298-303 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400009>.

MARCO TEÓRICO

2.2.1 PRIMERA INFANCIA

2.2.1.1 Concepto

- a) Según UNICEF: Primera Infancia se considera desde la concepción hasta los 5 años de edad.

2.2.1.2 Salud y nutrición

Según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) 2011, desde el año 2000 se ha incrementado la atención prenatal y del parto y se ha reducido de forma significativa la mortalidad infantil. De acuerdo a los resultados de esta investigación, en el año 2011 el 95.4% de las gestantes accedió a por lo menos un control prenatal realizado por un profesional de la salud. En el año 2000 el control del embarazo alcanzaba el 86.2%.

Cabe destacar que en las áreas urbanas el 98.9 % de las gestantes pasan por este control, pero que en las zonas rurales solo lo hacen el 88.1%. También se aprecia mayor preocupación por atender el estado nutricional de las gestantes. 60 de cada 100 mujeres embarazadas recibían suplemento de hierro en el 2000. En el 2011 lo recibieron 87 de cada 100.

La atención del parto en un establecimiento de salud también se ha incrementado en los últimos once años de 57.9% a 85.1%. Esta situación que alcanza tanto a la zona urbana como rural es

más notoria en esta última, donde ha crecido de 24.8% en el año 2000 a 64.2% en el 2011.

El Perú, como resultado de políticas orientadas a cuidar la salud materna durante el embarazo, ha logrado reducir la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). En el año 2000 el promedio nacional era de 33 fallecimientos antes de cumplir el primer año de vida por cada mil nacidos vivos (Mnv). En el 2011 este promedio es de 16 por cada Mnv. Sin embargo, todavía existen regiones alto andinas y amazónicas en las que la TMI supera el promedio del año 2000. Es el caso de Puno donde antes de cumplir el primer año de vida mueren 40 niños por cada Mnv.

La desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años es uno de los grandes problemas pendientes de resolver en Perú. Si bien, de acuerdo a la ENDES 2012, el porcentaje promedio de la población infantil afectada es de 15.2 %, cuando se observa cada localidad se encuentra que en once regiones andinas y amazónicas este problema afecta a más del 20% de niños y niñas llegando incluso a superar el 46% como es el caso de Huancavelica y Apurímac.¹⁷

¹⁷ UNICEF Situación del país – Primera infancia Perú 2013.
http://www.unicef.org/peru/spanish/children_13269.htm

2.2.2 ADOLESCENCIA

2.2.2.1 Concepto

- a) Según la OMS: Es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 11 y 19 años de edad.
- b) Según la UNICEF: La adolescencia es el período en el que una persona se prepara para ser un adulto productivo, con familia y con deberes ciudadanos. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años) y una actitud contestataria que persigue el valor de lo social en la relación consigo mismos, con los amigos, con los pares, los afectos, el placer, el juego, la música, el teatro, los deportes y la cultura en su sentido más amplio.¹⁸

2.2.1.2 Demografía

Hay más de 3, 600,000 peruanos entre los 12 y 18 años de edad, lo que representa casi el 13% de la población. De ellos el 50,63% son hombres y el 49,3% mujeres.

En el año 2003, el 73.5% de los adolescentes peruanos residían en el área urbana y el 26.5% en el área rural.

Se estima que en el campo, el 74% de los jóvenes son pobres mientras que en la ciudad el porcentaje es de 39,8%. La pobreza, la exclusión y la inequidad son el orden del día para estos chicos.³

¹⁸ UNICEF Situación Del País – Adolescencia 2013.
http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm

2.2.1.3 Etapas:

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

- a) Adolescencia Temprana (11 a 14 años): Período peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. El adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia.
- b) Adolescencia Tardía (15 a 19 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. El período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad física sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.²

2.2.1.3 Maternidad adolescente en Perú:

En el Perú, el 15% de las jóvenes adolescentes de 15 a 20 años de edad ya son madres o están embarazadas, llegando hasta el 30% en el departamento de Loreto.⁵

La maternidad adolescente es cuatro veces mayor en adolescentes sin educación (37%) que con educación secundaria. Lo alarmante es que en el departamento de Loreto los indicadores muestran que el 26% de las adolescentes ya son madres de familia. En la sierra el porcentaje es de 15% y en la costa de 8,5%. Es evidente que las inequidades sociales existen: ser pobre y haber nacido en la selva determina un modo de vida que, en la mayoría de los casos, perpetúa las diferencias acentuando los conflictos sociales.

2.2.1.4 Morbi-Mortalidad

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

2.2.1.5 Problemas Peri-Neonatales

La principal causa de mortalidad en menores de 5 años en la Región de las Américas. El mayor número de muertes, se atribuyen a complicaciones y problemas surgidos durante la gestación, representando el 41% de estas, por causas peri-neonatales. Así también son consideradas la principal causa de morbilidad al inicio de la vida, pudiendo afectar el crecimiento y desarrollo posterior del niño en forma definitiva; el bajo peso, por ejemplo, constituye un factor de riesgo para la mayor incidencia y gravedad de episodios de enfermedades durante la infancia; si a esto le agregamos un factor de riesgo más como es ser adolescente, estas estadísticas pueden aumentar.

En 2011 ocupa el lugar número once en la tasa de mortalidad en la niñez en las Américas. En Perú 46 de cada 100 niños que fallecen, mueren en el periodo neonatal.

Para el año 2010, de cada 100 muertes en niños menores de 5 años: 46 están relacionadas al periodo neonatal (primer mes de vida), 10 son por neumonía, 4 por diarreas, 9 por lesiones o accidentes que incluyen violencia, 1 por VIH SIDA y 30 por otras causas.¹⁹

ANEXO 1

2.2.3 MORBILIDAD

2.2.3.1 Concepto:

- a) Según la OMS: son indicadores que intentan estimar el riesgo de enfermedad, carga de morbilidad, cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de

¹⁹ UNICEF: Mortalidad En La Niñez - En las Américas 1990-2011. <http://www.unicef.org/peru/spanish/MortalidadNinezPeru-Americas-1990-2011.pdf>

definir y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de indicadores de morbilidad.

- b) Según Hernan Ávila: Incidencia, prevalencia y duración de la enfermedad. Sirve para explicar tendencia de mortalidad, ya que los cambios en las tasas de mortalidad estas íntimamente relacionados con cambios en la duración de la misma. Las principales fuentes de información de morbilidad son los datos hospitalarios, los registros poblacionales de enfermedades y las encuestas; sin embargo, debido a que en muchas ocasiones estos registros tiene limitaciones, los estudios epidemiológicos frecuentemente utilizan información obtenida mediante métodos especialmente diseñadas para ello.²⁰

²⁰ Hernan Ávila, Mauricio. Epidemiología: diseño y análisis de estudios. Ed. Médica Panamericana, 2007. Medidas de frecuencia – pagina 39.

CAPÍTULO III

3.1. Operacionalización de las variables

MADRE

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad actual	Historia clínica	1. Adolescencia Temprana (11-14 años) 2. Adolescencia Tardía (15-19 años).	Intervalo
Edad de la madre al momento del parto	Historia clínica	1. Adolescencia Temprana (11-14 años) 2. Adolescencia Tardía (15-19 años).	Intervalo
Grado de instrucción	Historia clínica	1. Analfabeta 2. primaria 3. Secundaria 4. Superior	Nominal
Estado civil	Encuesta	1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada 4. Viuda	Nominal
Seguro social	Historia clínica	1) Sí 2) No	Nominal

NIÑO

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Historia clínica	1. < 1 mes 2. 1 mes – 2 años 3. > 2 años – 5 años	Intervalo
Peso	Historia clínica	1. > percentil 90 2. Percentil 90 - 10 3. < percentil 10	Intervalo
Sexo	Historia clínica	1. Femenino 2. Masculino	Nominal
Edad gestacional	Historia clínica	1. < 37 semanas 2. Entre 37 y 42 semanas 3. > 42 semanas	Intervalo
Tipo de parto	Historia clínica	1. Vaginal 2. Cesárea	Nominal
Inmunizaciones	Historia clínica	1. Completa 2. Incompleta	Nominal
Morbilidad	Historia clínica	1. Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal 2. Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido 3. Afecciones respiratorias 4. Afecciones digestivas 5. Afecciones infecciosas 6. Trastornos hidroelectrolítico 7. Trauma obstétrico 8. Malformaciones 9. Otros	Nominal

Apgar al minuto	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresión severa (Apgar 0-3) 2. Depresión moderada (Apgar 4-6) 3. Vigoroso (Apgar 7-10) 	Intervalo
Apgar a los 5 minutos	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresión severa (Apgar 0-3) 2. Depresión moderada (Apgar 4-6) 3. Vigoroso (Apgar 7-10) 	Intervalo
Lactancia materna	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Materna exclusiva 2. Mixta 3. Artificial 4. No aplica 	Nominal
Hospitalización	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	Nominal
Numero de hospitalizaciones	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 vez 2. 2 veces 3. Más de 2 veces 4. No aplica 	Nominal
Días de hospitalización	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 1 día 2. 2 a 7 días 3. > 7 días 4. No aplica 	Intervalo
Evolución	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorado 2. Curado 3. Con patología 4. Retirado 5. Fallecido 6. Referido 	Nominal

CAPÍTULO IV

4.1 Diseño

Estudio Observacional Descriptivo Transversal Retrospectivo.

4.2 Ámbito de estudio

El Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" de Tacna fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inició sus funciones al Servicio de Salud de nuestro Pueblo el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo, con una capacidad inicial de 315 camas y otros servicios adicionales como vivienda y alojamiento para Médicos y Enfermeras.

El primero de una serie de Hospitales Regionales cuya ejecución abordó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, consta de un pabellón de 5 pisos y sótano en el que está incluido el núcleo asistencial y la Unidad Sanitaria.

En el año 1955 el Hospital San Ramón, primer Hospital de Tacna, se anexó al Hospital Regional pasando los consultorios externos y Oficinas al Hospital de Apoyo Departamental funcionando el Hospital tan solo para casos de Tuberculosis, el 25 de febrero de 1955 el Dr. José Luque Vega propone que el hospital se nominara Hipólito Unanue en honor a tan ilustre médico, es así que en Lima el 25 de junio de 1955 por Resolución Suprema 103-AS., se resuelve que el Hospital construido en la ciudad de Tacna que ha sido entregado al servicio sureño de la Región Peruana, sea designado como "Hospital Regional Hipólito Unanue" en memoria del Glorioso Peruano. En el año 1958 se integra la Escuela de Enfermería de Tacna, iniciando sus actividades académicas con 20 alumnos, asimismo, el Área de Salud comenzó a funcionar en el segundo piso del Hospital hasta 1970 en que fue trasladada a la Ciudad de Arequipa. En 1971 inicia el Hospital sus actividades como Área Hospitalaria Nro. 4 con jurisdicción en los Departamentos de Tacna y Moquegua.

El primero de Enero de 1979 y mediante Resolución Ministerial 009-79 se creó la Dirección Regional de salud ORDETAM con sede en Tacna en el Gobierno del Gral. Juan Velasco Alvarado, se construyó el Centro Psiquiátrico como unidad independiente del Hospital en lo que se refiere a infraestructura, el cual permaneció sin brindar Servicios de ninguna índole, durante la Dirección del Dr. Rubén NoeSesarego a este Centro Psiquiátrico, se le asignó su implementación, pero se decide implementar otros consultorios que tenían prioridad, actualmente se han instalado Oficinas Administrativas.

A partir de 1986 se crea las áreas de Salud, según R.M. 400-85-SA/dvm, donde se denomina Hospital de Apoyo Nro. 01 y a partir del 01 de julio de 1987 se crea las Oficinas Departamentales de Salud.

Con la creación de la Región José Carlos Mariátegui con fecha de 18 de abril de 1990 se realiza la transferencia del Sector Salud dando lugar a la creación de la Dirección Sub Regional de Salud de Tacna; conservando nuestro nosocomio la nominación Hospital de Apoyo Departamental Nro. 01 "Hipólito Unanue" Tacna.

En el año 1992 se disuelven las regiones, creándose los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR) y con ello las Regiones de Salud, conservando nuestro hospital su denominación, hasta la fecha.

La creación de Consejo Transitorio de Administración Regional (CTAR) - Tacna a partir de junio de 1998 da a lugar la existencia de la Región de Salud y con R.E.R Nro. 001-99-CTAR/TACNA el Hospital asume la responsabilidad de Unidad Ejecutora de presupuesto lo cual compromete a la presente gestión en seguir trabajando para brindar una atención integral a los pacientes que requieran consulta y hospitalización de especialidad; condición que favorece para consolidar diferentes metodologías vinculadas al desarrollo institucional.

4.3 Población

a) Población

Se trabajó con 147 niños menores de 5 años de edad, hijos de madre adolescentes atendidos el total de pacientes que fueron atendidos en el Hospital Hipólito Unanue que cumplieren con los criterios de inclusión para este estudio en el periodo 2013.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Recién nacidos de madres adolescentes, atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2013.
- Niños menores de 5 años hijos de madres adolescentes, atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2013.
- Madres adolescentes sin antecedentes patológicos previos al embarazo.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Hijos de madres no adolescentes atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2013.
- Niños mayores de 5 años atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2013.
- Información incompleta en historia clínica

4.4 Instrumentos de Recolección de datos

Análisis de Datos: Se extrajeron los datos de la base de datos del Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y fueron analizados con el programa Excel 2010.

a) Ficha de recolección de datos: Este instrumento nos sirvió para indagar por los datos maternos como edad actual, edad de la madre al parto, grado de instrucción, estado civil y seguro social; y datos del niño como edad, peso, sexo, edad gestacional, tipo de parto, inmunizaciones, morbilidad, apgar, tipo de lactancia y hospitalización. Información que nos ayudará a conocer las patologías más frecuentes como las características de la madre adolescente. Los datos corresponden al año 2013

CAPÍTULO V

5.1 Análisis de datos

a) Procesamiento de datos:

Se solicitó los permisos correspondientes al hospital Hipólito Unanue de Tacna. Los datos se obtuvieron y extrajeron del instrumento, se almacenaron en una base de datos en una hoja de Excel 2010, la que luego de la detección y eliminación de los datos fuera de los rangos previstos (outliers), se exportó al programa de SPSS versión 21 en español, las escalas de medición definidos en la operación de variables. Según los objetivos se determinó las frecuencias absolutas y relativas.

CAPÍTULO VI

6.1. Resultados

TABLA 01

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO, ESTADO CIVIL Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES QUE TUVIERON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EL 2013

		n	%
Edad de la madre al parto	11-14 años	7	4.8%
	15-19 años	140	95.2%
	Total	147	100.0%
Grado de instrucción	Primaria	5	3.4%
	Secundaria	125	85.0%
	Superior	17	11.6%
	Total	147	100.0%
Estado civil	Soltera	50	34.0%
	Conviviente	95	64.6%
	Casada	2	1.4%
	Total	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 01 nos presenta la distribución según el grupo etáreo, estado civil y de grado de instrucción de las mujeres entrevistadas. Según el grupo etáreo, el 95.2 % correspondía a mujeres entre 15 a 19 años de edad, la edad promedio de las madres adolescentes fue de 17 años de edad. En relación al estado civil, el 64.6% corresponde a la población son convivientes, el 34% son solteras y el 1.4 % son casadas. Según el grado de instrucción, el 85% de la población encuestada contaba con una educación secundaria, el 11.6% con educación superior y el 3.4% con educación primaria.

TABLA 02**DISTRIBUCIÓN EDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS AL MOMENTO DEL PARTO, SEGÚN LA
DISPOSICIÓN DE SEGURO SOCIAL**

		Edad de la madre al parto					
		11-14		15-19		Total	
		N	%	N	%	N	%
Seguro social	Sí	4	57.1%	77	55.0%	81	55.1%
	No	3	42.9%	63	45.0%	66	44.9%
	Total	7	100.0%	140	100.0%	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 02 nos muestra que el 57.1% cuyo parto fue entre los 11a 14 años de las madres de los niños menores de 5 años contaban con seguro social, mientras que el 42.9% no contaba con algún seguro. En el caso de las madres con una edad de parto entre 15 a 19 años, el 55% contaba con seguro social, mientras que el 45% no disponían de tal.

TABLA 03**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO SEGÚN LA ATENCIÓN DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, HIJO DE MADRE ADOLESCENTE ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2013**

		Edad de la madre al parto					
		11-14		15-19		Total	
		N	%	N	%	N	%
Edad del niño	< 1 mes	5	71.4%	105	75.0%	110	74.8%
	1 mes - 2 años	2	28.6%	26	18.6%	28	19.0%
	> 2 años – 5años	0	0.0%	9	6.4%	9	6.1%
	Total	7	100.0%	140	100.0%	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 03 muestra que 71.4% de la madres con edad de 11 a 14 años al momento del parto, presentaron para atención niños menores de 1 mes y el 28.6% de este grupo presentaron niños de 1 mes hasta la edad de 2 años que acudieron a dicho servicio.

El 75% de las madres de 15 a 19 años de edad al momento del parto, presentaron para la atención niños menores de 1 mes, seguido de un 18.6% de madres del mismo grupo presentaron a niños de 1 mes hasta los 2 años de edad que acudieron a dicho servicio y un 6.4% de las madres adolescentes tardías, presentaron niños mayores de 2 años hasta los 5 años para la atención.

TABLA 04

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRUPO ETÁREO, SEXO Y PESO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, HIJO DE MADRE ADOLESCENTE, ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL 2013

			n	%
Edad del niño	< 1mes	Al nacimiento	111	75.5%
		Reingreso	7	4.8%
	1 mes - 2 años		22	15.0%
	> 2 años - 5 años		7	4.8%
	Total		147	100.0%
Sexo del niño	Femenino		58	39.5%
	Masculino		89	60.5%
	Total		147	100.0%
Peso del niño	> Percentil 90		44	29.9%
	Percentil 90 - 10		82	55.8%
	< Percentil 10		21	14.3%
	Total		147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 04 observamos la distribución según grupo etáreo, sexo y peso del niño según las fichas de recolección. Según el grupo etáreo, de los niños menores de 1 mes de edad el 75.5% fueron atendidos al nacimiento y un 4.8% fueron reingresados; seguido del 15% para los niños de 1 mes a los 2 años de edad y el 4.8% para los niños mayores de 2 hasta los 5 años de edad.

En relación al sexo de los niños menores de 5 años, el 60.5% son del sexo masculino y el 39.5% del sexo femenino.

Según el peso, el 55.8% se encuentra dentro del percentil 90 al 10, el 29.9% mayor del percentil 90 y el 14.3% se encontró menor del percentil 10

TABLA 05

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL Y EL TIPO DE PARTO MEDIANTE EL CUAL FUERON ATENDIDOS LOS HIJOS DE MADRE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2013

		N	%
Edad gestacional	< 37 semanas	23	15.6%
	37- 42 semanas	124	84.4%
	> 42 semanas	0	0.0%
	Total	147	100.0%
Tipo de parto	Cesárea	77	52.4%
	Vaginal	70	47.6%
	Total	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 05 vemos que según la edad gestacional en las madres adolescentes con hijos menores de 5 años, en el cual destaca 37 a 42 semanas con un 84.4%, seguido de un 15.6% menores de 37 semana.

Se observa un mayor porcentaje de Parto por cesárea de un 52.4% a diferencia de 47.6% que fue por vía vaginal.

TABLA 06

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PUNTAJE APGAR AL MINUTO Y LOS 5 MINUTOS DE NACER EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, HIJO DE MADRE ADOLESCENTE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2013

		N	%
Apgar al minuto	0-3	4	2.7%
	4-6	8	5.4%
	7-10	135	91.8%
	Total	147	100.0%
Apgar a los 5 minutos	0-3	3	2.0%
	4-6	2	1.4%
	7-10	142	96.6%
	Total	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 06 vemos que los niños al minuto de nacer tuvieron un apgar con un mayor porcentaje, de un 91.8% a una puntuación de 7 a 10, seguido de un 5.4% de 4 a 6 de puntaje y el 2.7% de 0 a 3.

El apgar los 5 minutos de nacimiento fue mayor, con un 96.6% la puntuación de 7 a 10, seguido de un 2% con un puntaje de 0 a 3 y por último de 1.4% a la puntuación de 4 a 6.

TABLA 07

**FRECUENCIA DE INMUNIZACIONES Y DE TIPO DE LACTANCIA
EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, HIJO DE MADRES
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL 2013**

		N	%
Inmunizaciones	Completa	141	95.9%
	Incompleta	6	4.1%
	Total	147	100.0%
Tipo de lactancia	Materna exclusiva	131	89.1%
	Mixta	7	4.8%
	Artificial	6	4.1%
	No aplica	3	2.0%
	Total	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 07 observamos que el 95.9% de los niños tuvieron una inmunización completa, mientras que el 4.1% fue incompleta.

El 89.1% de los niños recibió una lactancia materna exclusiva, seguidamente el 4.8 fue mixta y el 4.1% artificial, 3 niños no aplican debido a que al momento de nacimiento fallecieron, por lo tanto no recibieron ningún tipo de lactancia.

TABLA 08

FRECUENCIA DE HOSPITALIZACIONES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, HIJO DE MADRE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EL 2013.

		N	%
Hospitalización	Sí	144	98.0%
	No	3	2.0%
	Total	147	100.0%
Número de hospitalizaciones	1 vez	115	78.2%
	2 veces	26	17.7%
	> 2 veces	3	2.0%
	No aplica	3	2.0%
	Total	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 08 observamos que un 98 % fueron hospitalizados, mientras que un 2 % no lo hicieron. Con respecto al número de hospitalizaciones, nos muestra la frecuencia de hospitalizaciones de los niños menores de 5 años hijos de madre adolescente en la cual podemos apreciar que el 78.2% se hospitalizo una vez, seguido del 17.7% 2 veces y el 2% más de 2 veces; 2% de los niños no aplican debido a que al momento de nacimiento fallecieron, por lo tanto no se hospitalizaron.

TABLA 09

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE AFECCIÓN EN LOS NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS, HIJO DE MADRE ADOLESCENTE
ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EL
2013**

		N	%
Morbilidad	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	55	37.4%
	Afecciones infecciosas	20	13.6%
	Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	20	13.6%
	Afecciones digestivas	13	8.8%
	Afecciones respiratorias	10	6.8%
	Otras	10	6.8%
	Trastornos hidroelectrolítico	9	6.1%
	Trauma obstétrico	7	4.8%
	Malformaciones	3	2.0%
	Total	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 09 observamos la frecuencia según el tipo de afección de los niños menores de 5 años hijo de madre adolescente, la tabla muestra que los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal es de 37.4%, las afecciones infecciosas con un 13.6%, trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido con un 13.6%, afecciones digestivas con un 8.8% y las afecciones respiratorias con un 6.8%.

TABLA 10

FRECUENCIA DE LAS PATOLOGÍAS EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, HIJO DE MADRE ADOLESCENTE ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EL2013

		N	%
Especificar la morbilidad	Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	39	26.5%
	Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido	10	6.8%
	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer	9	6.1%
	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	9	6.1%
	Traumatismo del nacimiento	7	4.8%
	Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	7	4.8%
	Deshidratación hipernatrémica	7	4.8%
	Sepsis	6	4.1%
	Enfermedad diarrea aguda	6	4.1%
	Depresión moderada de recuperación rápida	4	2.7%
	Síndrome de obstrucción bronquial	4	2.7%
	Infección del trato urinario	3	2.0%
	Asfixia del nacimiento	3	2.0%
	Deshidratación moderada	2	1.4%
	Síndrome Coqueluchoide	2	1.4%
	Piodermitis	2	1.4%
	Muerte intrauterina	2	1.4%
	Enterocolitis necrotizante	2	1.4%
	Fisura del paladar y labio leporino	2	1.4%
	Problema de ingestión alimentaria	2	1.4%
	Adenitis	1	0.7%
	Trastorno cardiovascular perinatal	1	0.7%
	Sífilis congénita	1	0.7%
	Retraso mental	1	0.7%
	Policitemia	1	0.7%
	Membrana hialina	1	0.7%
	Loxocelismo cutáneo	1	0.7%
	Leucemia	1	0.7%
	Intoxicación por sustancia desconocida	1	0.7%
	Intoxicación por carbamatos	1	0.7%
	Ingesta de órganos fosforados	1	0.7%
	Hijo de madre infectada con VIH	1	0.7%
Hidatidosis hepática	1	0.7%	
Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas	1	0.7%	
Estenosis hipertrófica de Píloro	1	0.7%	
Enfermedades virales congénitas	1	0.7%	
Crisis asmática	1	0.7%	
Candidiasis	1	0.7%	
Bronquiolitis aguda	1	0.7%	
Total	147	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10 se muestra que la patología más frecuente fue Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer con un 26.5%, incompatibilidad ABO con un 6.8%, ictericia neonatal no determinada con un 6.1%, Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer con un 6.1% y Traumatismo al nacimiento con un 4.8%

TABLA 11

**ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS,
HIJO DE MADRE ADOLESCENTE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EL 2013**

		N	%
Días de hospitalización	1 día	17	11.6%
	2 - 7 días	117	79.6%
	> 7 días	10	6.8%
	No aplica	3	2.0%
	Total	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11 observamos la estancia hospitalaria en los niños menores de 5 años, hijo de madre adolescente, siendo de un 79.6% de 2 a 7 días, seguido de un 11.6% con una estancia de un día y de 6.8% hospitalizados más de 7 días.

TABLA 12

**CONDICIÓN FINAL AL MOMENTO DEL ALTA SEGÚN
EVOLUCIÓN DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, HIJO DE
MADRE ADOLESCENTE DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA EL 2013**

		n	%
Evolución	Curado	112	76.2%
	Mejorado	21	14.3%
	Con patología	7	4.8%
	Fallecido	6	4.1%
	Retirado	1	0.7%
	Referido	0	0.0%
	Total	147	100.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12 nos muestra la frecuencia según la evolución de los niños menores de 5 años, observando que el mayor porcentaje, con un 76.2%, de los niños que al alta estuvieron curados, siguiendo el 14.3% quienes estuvieron mejorados, 4.8% quedaron con alguna patología, 4.1% fallecieron y un 0.7% solicitó retiro voluntario.

6.2. Discusión

El embarazo en la adolescente, en la medida que no sea planeado por la pareja, contribuye a la presentación de complicaciones obstétricas, disfunción familiar, problemas en el desarrollo del hijo y retraso en el desarrollo educativo de la futura madre.

Nuestro estudio coincide con el resultado de un trabajo en Lima por Anicama² en que hubo mayor incidencia de madres adolescentes embarazadas en la etapa de adolescencia tardía, al igual que en nuestro estudio donde ocupó un 95.2%.

Trabajos en Chile de Mendoza¹³ y Huanco¹⁴ encontraron una asociación al embarazo adolescente con una menor escolaridad. En nuestro estudio según los resultados obtenidos podemos inferir que el 85% obtuvo un grado de instrucción de nivel secundario. Debido a ello, suponemos que al tener una escolaridad limitada, las adolescentes tienen menos oportunidades de recibir una información sobre la educación para la salud, la sexualidad y la planificación familiar, aunado a deserción escolar que condiciona asunción precoz de los roles de adultos e inicio de la vida sexual activa a temprana edad, lo que aumenta el riesgo de tener un número mayor de hijos.

Retomando el estudio de Mendoza¹³ en Chile refiere que entre adolescentes hubo mayor número de madres adolescentes solteras. En nuestro estudio se observó mayor frecuencia de convivientes, lo que pudiera explicarse porque la adolescente probablemente no proporciona un estado de compromiso con el niño, ya que debe dedicarse al sustento del hogar además de las labores domésticas, siendo los hijos vulnerables frente a cualquier patología.

Si consideramos la fecundidad temprana a la luz de sus consecuencias económicas y sociales, puede decirse que un hijo a edades tempranas dificultará a la madre y al padre adolescente una serie de oportunidades de desarrollo educativo y laboral.

Citando nuevamente el trabajo de Anicama² en Lima, indica que los recién nacidos hijo de madre adolescentes tenían mayor probabilidad de presentar patologías al nacer. Con respecto a nuestro trabajo, la edad del niño menor de 5 años de edad, el grupo etéreo con mayor morbilidad se encontró en los niños

menores de 1 mes de edad. Siendo los niños del sexo masculino la más predominante. Así mismo en Argentina Jorgelina determinó que la edad gestacional más frecuente fue de 38 semanas. Lo cual se asocia a nuestro estudio, donde determinamos que la edad gestacional dominante fue de 37 a 42 semanas con un 84.4 %.

Asimismo Anicama² observó que el tipo de parto más empleado por las madres adolescentes fue de tipo vaginal, sin embargo, en nuestro estudio predominó el de tipo cesárea con un 52.4%, esto puede explicarse debido a que la gran cantidad de niños con trastornos asociados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer, entre otros.

Con respecto a las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes, Anicama² evidenció que la enfermedad más frecuente fue el de síndrome de dificultad respiratoria, en nuestro caso incluimos a niños mayores hasta los 5 años de edad, encontrándose como la patología más frecuente el trastorno relacionado con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer. Por esta razón, se corrobora que la población más afectada con los niños menores de 1 mes de edad.

Este hecho se explica en razón a los niños menores de 5 años tuvieron inmunizaciones completas con respecto a la edad del niño en un 95.5% y recibieron lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses un 89.1%, además de la falta de desarrollo del sistema inmunitario. Siendo menos frecuente, por tal motivo, las patologías en los niños mayores de 2 años hasta los 5 años con un 4.8%, en comparación con los niños menores de 1 mes con un 80.3%.

Finalmente, se reconoce que la participación activa en el proceso de educación de la adolescente embarazada y el enfoque multidisciplinario e integral, continúan siendo una estrategia fundamental para atender este importante problema de salud.

6.3. Conclusiones

1. Las características de la morbilidad de niño hijo de madre adolescente, predominaron los niños menores de un mes de edad, el 75.5% fueron atendidos al nacimiento y un 4.8% fueron reingresados. El sexo más frecuente fue el masculino. El peso que predominó se encontraban entre el percentil 90 al 10. La mayoría contaba con todas las inmunizaciones de acuerdo a su grupo etáreo y el tipo de lactancia predominante fue materna exclusiva los 6 primeros meses de edad.
2. Los cinco tipos de afección más frecuentes, en primer lugar con un 37.4%, trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, en segundo lugar con un 13.6%, afecciones infecciosas, en tercer lugar con un 13.6%, trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido, con un 8.8% las afecciones digestivas y por último las afecciones respiratorias. Además se determinó que la patología es más frecuente fue Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer con un 26.5%, incompatibilidad ABO con un 6.8%, ictericia neonatal no determinada con un 6.1%, Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer con un 6.1% y Traumatismo al nacimiento con un 4.8%.
3. Las características de la madre adolescente no se asociaron con las características de la morbilidad en niños menores de 5 años atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Las características más frecuentes de las madres, fueron: Edad al momento del parto entre los 15 a 19 años de edad, con una edad promedio de 17 años de edad; grado de instrucción predominante fue de nivel secundario, estado civil sobresaliente de convivencia. Las madres que contaban con seguro social al momento del parto, la edad gestacional dominante fue de 37 a 42 semanas y el tipo de parto más frecuente fue por cesárea.
4. Refiriendo al tema de hospitalizaciones, se determinó que la mayoría solo estuvo hospitalizada en una ocasión. La estancia hospitalaria de 2 a 7 días fue la más predominante. La evolución del niño menor de 5 años hospitalizado fue en mayor frecuencia de curado.

Recomendaciones

- Comprometer a los servicios de salud a mejorar, invitándolos a hacer un mayor esfuerzo, enfocando un trabajo en el grupo adolescente que es el más conflictivo. Mejorar el sistema de referencia y contrareferencia, para que no exista dificultad para llegar a la atención y poder captar a este grupo.
- Se sugiere realizar estudios relacionados con patologías más frecuentes en la adolescente gestante ya que no solo es importante conocer las posibles consecuencias en el recién nacido sino también las consecuencias en la madre.

Bibliografía

1. Briseño G, Karla. De adolescentes 10% de embarazos en Veracruz, por, 2013-03-19, en El Universal Veracruz, fecha de consulta marzo de 2013.
<http://www.eluniversalveracruz.com.mx/veracruzanospersonajes/2013/de-adolescentes-10-de-embarazos-en-veracruz-18108.html>
2. Anicama Melo, Marilyn Janet. Estudio de las patologías más frecuentes en recién nacidos hijos de madres adolescentes versus madres no adolescentes en el año 2011 en eL HNAL. Lima 2012.
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/465>
3. Alonso Uria, Rosa María et al. Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 0-0. ISSN 1561-3038
4. Día mundial del embarazo no planificado en adolescentes, 26 de septiembre del 2012, Op. Cit.
5. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-04892. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. PNAIA 2021. <http://www.unicef.org/peru/spanish/PNAIA2012-2021.pdf>
6. Organización Mundial De La Salud - Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
7. Gutiérrez Ventura, Liliana. Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el Puesto de Salud San Antonio-Ate, 2009. Lima 2010.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/255/1/gutierrez_vl.pdf

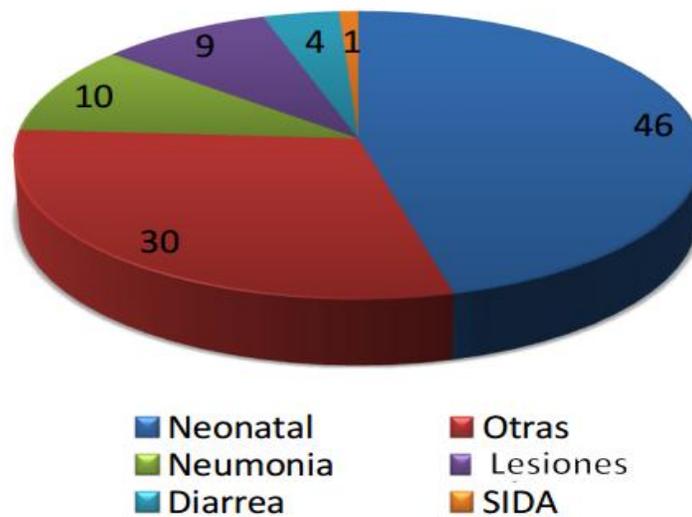
8. Chapilliquen Pérez, Joanna Elizabeth. Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal: mayo-noviembre, 2007. Lima 2009. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/523>
9. Moya Malásquez, María Isabel. Eficacia de una técnica audiovisual-participativa en el conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre los cuidados del recién nacido. Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1317>
10. Palomino Cuycaposa, Nicolás. Análisis de equidad del nivel socioeconómico y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú. Lima Perú 2010. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3163/1/palomino_cn.pdf
11. Jorgelina Beatriz Pomata y colaboradores. Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres adolescentes. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 28, núm. 2, 2009, pp. 71-77, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina 2009
12. Gallo, Paulo Rogério y colaboradores. Tendencia de crecimiento de los recién nacidos de madres adolescentes. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2009, vol.19, n.2, pp. 297-305. ISSN 0104-1282.
13. Mendoza T, Luis Alfonso; Arias G, Martha y Mendoza T, Laura Isabel. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Online]. 2012, vol.77, n.5, pp. 375-382. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>.

14. Huanco A, Diana y colaboradores. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2012, vol.77, n.2, pp. 122-128. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200008>.
15. Solano Rodríguez, Yenny Andrea. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la Hospitalización del Recién Nacido En La Unidad Neonatal. Hospital Engativá, 2012. Bogota 2012
16. Nazer Herrera, Julio y Cifuentes Ovalle, Lucía. Prevalencia de malformaciones congénitas en hijos de madres mayores de 34 años y adolescentes: Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2002-2011. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2013, vol.78, n.4 [citado 2014-01-13], pp. 298-303 . Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400009>.
17. UNICEF Situación del país – Primera infancia Perú 2013. http://www.unicef.org/peru/spanish/children_13269.htm
18. UNICEF Situación Del País – Adolescencia 2013. http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm
19. UNICEF: MORTALIDAD EN LA NIÑEZ - En las Américas 1990-2011. <http://www.unicef.org/peru/spanish/MortalidadNinezPeru-Americas-1990-2011.pdf>
20. Hernan Ávila, Mauricio. Epidemiología: diseño y análisis de estudios. Ed. Médica Panamericana, 2007. Medidas de frecuencia – pagina 39.

ANEXOS

Anexo 1: UNICEF: MORTALIDAD EN LA NIÑEZ - En las Américas 1990-2011. <http://www.unicef.org/peru/spanish/MortalidadNinezPeru-Americas-1990-2011.pdf>

**Causas de Mortalidad en la Niñez.
Perú-2010**



Anexo 2: INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos

MADRE

1. Edad:
 11-14 15-19 >19 años
2. Edad del parto:
 11-14 15-19 años
3. Grado de instrucción:
 Analfabeta Primaria Secundaria Superior
4. Estado Civil:
 Soltera Conviviente Casada Viuda
5. Seguro social:
 Sí No

NIÑO

1. Número de Historia Clínica: _____
2. Edad:
 < 1 mes 1 mes – 2 años > 2 años – 5 años
3. Sexo:
 Femenino Masculino
4. Peso:
 > percentil 90 Percentil 90-10 < percentil 10
5. Edad gestacional:
 < 37 semanas 37 - 42 semanas > 42 semanas
6. Tipo de parto:
 Vaginal Cesárea

7. Inmunizaciones:

Completa Incompleta

8. Morbilidad al nacimiento:

Afecciones respiratorias Afecciones digestivas
 Afecciones infecciosas Trauma obstétrico
 Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal Trastornos hidroelectrolítico
 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido Malformaciones Otros

Especificar: _____

9. Apgar al minuto:

0-3 4- 6 7-10

10. Apgar a los 5 minutos:

0-3 4- 6 7-10

11. Lactancia:

Exclusiva Mixta Artificial No aplica

12. Hospitalización:

Sí No

13. Numero de hospitalizaciones:

1 vez 2 veces > 2 veces No aplica

14. Días de hospitalización:

1 día 2 a 7 días > 7 días No aplica

15. Evolución:

Mejorado Curado Con patología

Retirado Fallecido Referido

Anexo 3: Características de la madre adolescente asociadas a las características de la morbilidad del niño menor de 5 años, atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013

		Morbilidad												p:		
		Afecciones respiratorias		Afecciones digestivas		Asfisia		Afecciones infecciosas		Malformaciones		Trauma obstétrico			Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Edad de la madre al parto	11-14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	0.417
	15-19	8	18.6%	8	18.6%	3	7.0%	15	34.9%	2	4.7%	7	16.3%	43	100.0%	
	Total	8	17.4%	8	17.4%	3	6.5%	18	39.1%	2	4.3%	7	15.2%	46	100.0%	
Grado de instrucción	Primaria	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0.533
	Secundaria	7	17.9%	5	12.8%	2	5.1%	16	41.0%	2	5.1%	7	17.9%	39	100.0%	
	Superior	1	16.7%	3	50.0%	1	16.7%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	8	17.4%	8	17.4%	3	6.5%	18	39.1%	2	4.3%	7	15.2%	46	100.0%	
Estado civil	Soltera	4	20.0%	2	10.0%	2	10.0%	9	45.0%	1	5.0%	2	10.0%	20	100.0%	0.905
	Conviviente	4	16.0%	6	24.0%	1	4.0%	8	32.0%	1	4.0%	5	20.0%	25	100.0%	
	Casada	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	8	17.4%	8	17.4%	3	6.5%	18	39.1%	2	4.3%	7	15.2%	46	100.0%	
Seguro social	Sí	4	13.8%	7	24.1%	2	6.9%	12	41.4%	0	0.0%	4	13.8%	29	100.0%	0.281
	No	4	23.5%	1	5.9%	1	5.9%	6	35.3%	2	11.8%	3	17.6%	17	100.0%	
	Total	8	17.4%	8	17.4%	3	6.5%	18	39.1%	2	4.3%	7	15.2%	46	100.0%	
Tipo de parto	Vaginal	4	14.3%	6	21.4%	3	10.7%	8	28.6%	1	3.6%	6	21.4%	28	100.0%	0.225
	Cesárea	4	22.2%	2	11.1%	0	0.0%	10	55.6%	1	5.6%	1	5.6%	18	100.0%	
	Total	8	17.4%	8	17.4%	3	6.5%	18	39.1%	2	4.3%	7	15.2%	46	100.0%	