UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

EMBARAZO ADOLESCENTE Y CONTROLES PRENATALES INSUFICIENTES COMO FACTORES DE RIESGO PARA BAJO PESO AL NACER EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ 2018.

TESIS PARA OBTAR EL TITULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach LUCERO SAAVEDRA, Norma Mariluz

Bach ORTIZ REMIGIO, Rut Adna

ASESORA: Dra. RODRÍGUEZ FIGUEROA, Ada Eudocia

HUARAZ-PERÚ

2019

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, PARA A OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU Nº 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: Lucero Saavedra Norma Mailuz

Código de alumno: 122.1004.136 Teléfono: 964473229

Correo electrónico: normalucero1528@gmail.com DNI o Extranjería: 71995760

2. Modalidad de trabajo de investigación:

( ) Trabajo de investigación ( ) Trabajo académico

( ) Trabajo de suficiencia profesional (X) Tesis

3. Título profesional o grado académico:

( ) Bachiller ( ) Título ( ) Segunda especialidad

(X) Licenciado ( ) Magister ( ) Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital Victor Ramos Guardia Huaraz 2018.

5. Facultad de: Ciencias Medicas

6. Escuela, Carrera o Programa: Obstetricia

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: Ado Eudocia Rodríguez Figueroa Teléfono: 945129235

Correo electrónico: aditi02_2hotmail.com DNI o Extranjería: 06905249

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: .....

D.N.I.: 71995760

FECHA: 28 / 10 / 19

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, PARA A OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU Nº 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: Ortiz Remigio Rut Adna

Código de alumno: 131.1004.208 Teléfono: 956427138

Correo electrónico: rut.adna@gmail.com DNI o Extranjería: 45064990

2. Modalidad de trabajo de investigación:

( ) Trabajo de investigación ( ) Trabajo académico

( ) Trabajo de suficiencia profesional (X) Tesis

3. Título profesional o grado académico:

( ) Bachiller (X) Título ( ) Segunda especialidad

( ) Licenciado ( ) Magister ( ) Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"Embarazo Adolescente y Controles prenatales Insuficientes como factores de riesgo para bajo Peso al nacer en el Hospital Victor Ramos Guardia, Huaraz - 2018"

5. Facultad de: Ciencias Medicas

6. Escuela, Carrera o Programa: Obstetricia

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: Rodriguez Figueroa Ada. E. Teléfono: 945129235

Correo electrónico: adita02-2@hotmail.com DNI o Extranjería: 06905249

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: .....

D.N.I.: 45064990

FECHA: 28 / 10 / 19

DEDICATORIA

A Dios por permitirme continuar con nuestros objetivos, por brindarnos salud, fortaleza y perseverancia por la bendición que nos brinda en cada paso que damos y guiarnos hasta este momento

Rut

A mis padres, hermanas, familiares y a todas las personas que contribuyeron a lo largo de mi formación profesional para poder llegar hasta este momento importante de nuestras vidas gracias por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Norma

AGRADECIMIENTO

Ala carrera profesional de obstetricia por enseñarnos el valor de la vida y convertirnos en el pilar esencial en la atención y salud de la mujer.

A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional, por la lucha constante junto a nosotros para poder lograr nuestros ideales.

Rut

A nuestros docentes por todas las enseñanzas que nos brindan dentro y fuera de las aulas, por la paciencia, perseverancia y motivación para hacer de nosotros buenos profesionales.

Ala doctora Ada Rodríguez Figueroa por aceptar ser nuestra guía en este proceso, por cada una de sus consejos recomendaciones y su ayuda constante.

Norma

INDICE

RESUMEN……v

ABSTRACT……..vi

1. INTRODUCCION….....7

2. HIPOTESIS……...16

3. BASES TEORICAS……...18

4. MATERIALES Y METODOS…….....55

5. RESULTADOS……..61

6. DISCUSION……..65

7. CONCLUSIONES…….68

8. RECOMENDACIONES……69

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

ANEXO

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿El embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, 2018? Con el objetivo general de determinar si el embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, 2018. Hipótesis: El embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes son factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, 2018: Investigación: Estudio de enfoque descriptivo cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, correlacional, no experimental, se trabajó con toda la población en estudio conformada por 210 historias clínicas de RN. (70 casos y 140 controles) Instrumento: ficha de recolección de datos, información procesada mediante el programa SPSS V 22.0, realizando la contratación de la hipótesis mediante la prueba estadística Odds Ratio. Resultados: Se encontró que el embarazo adolescente es un factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer (OR: 8.6). Y los controles prenatales insuficientes <6 controles también son factores de riesgo asociado a bajo peso al nacer (OR: 5,1). Conclusiones: Los factores tales como, embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes aumentan en conjunto la probabilidad de presentar bajo peso al nacer.

Palabras clave: Factores de riesgo, embarazo adolescente, controles prenatales insuficientes, bajo peso.

ABSTRACT

The following problem was raised: Are teenage pregnancy and insufficient prenatal controls risk factors for low birth weight at Víctor Ramos Guardia-Huaraz Hospital, 2018? With the general objective of determining if teenage pregnancy and insufficient prenatal controls are risk factors associated with low birth weight at the Víctor Ramos Guardia-Huaraz Hospital, 2018. Hypothesis: Teen pregnancy and insufficient prenatal controls are associated risk factors at low birth weight at Víctor Ramos Guardia- Huaraz Hospital, 2018: Research: Focus Study descriptive quantitative, retrospective, of cases and controls, correlational, not Experimental, we worked with the entire population under study consisting of 210 medical records of RN. (70 cases and 140 controls) Instrument: data collection form, information processed through the SPSS V 22.0 program, contracting the hypothesis using the Odds Ratio statistical test. Results: Teen pregnancy was found to be a risk factor associated with low birth weight (OR: 8.6). And insufficient prenatal controls <6 controls are also risk factors associated with low birth weight (OR: 5.1). Conclusions: Factors such as teenage pregnancy and insufficient prenatal controls together increase the probability of having low birth weight.

Keywords: Risk factors, adolescent pregnancy, insufficient prenatal controls, low weight.

1. INTRODUCCION.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF calculo que cada año nacen en el mundo 18 millones de niños con bajo peso. El Porcentaje de lactantes con menos de 2500 g al nacer en el mundo es de 14%, América Latina y el Caribe de 10%. Mayor incidencia de bajo peso al nacer corresponde a Asia meridional con 25%, África subsahariana con 12% y Oriente Medio/África septentrional con 11%. La incidencia de BPN es del 5 a 7% en los países desarrollados. En países menos adelantados 15 % y en países en desarrollo 15 % (1).

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017, el bajo peso al nacer es aquel menor de 2,500 g y significa el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, principalmente neonatal. Este organismo internacional informo que, para el año 2018, nacerán más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a los 2.500 gramos (5,5 libras), lo que equivale al 17% de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir, una tasa que duplica el nivel de los países industrializados 7%. Los bebés con bajo peso al nacer corren un riesgo mayor de morir durante los primeros meses y años. Los que sobreviven son propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a presentar, mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías (2).

La Organización Mundial de la Salud plantea que uno de cada 6 niños nace con bajo peso y se reporta un índice global de 17 % a nivel mundial. En Estados Unidos durante 1991 fue de 7.1 % y de estos más del doble fue en la población de

raza negra que en los blancos. 3 A nivel latino Americano se reporta una incidencia de alrededor de 9% a 12%. [(2).]

Según Romero, el Perú tuvo una incidencia de niños con BPN de 11% en el quinquenio 1990-1994, cifra similar para el Promedio de 11% reportado en 1995 para Latinoamérica y el Caribe [(3).]

El bajo peso al nacimiento en nuestro país muestra diferencias según el lugar de residencia. Lima tiene la menor incidencia de nacimientos con bajo peso al nacer (6.4%). La situación es algo mayor en otras ciudades y resto urbano, en donde la incidencia es del 9 % ocurrido en los 5 últimos años. En el área rural, la situación es de desventaja, apreciándose un porcentaje mayor 13.1% [(3).]

Según Valdés entre las patologías más frecuentes encontramos el bajo peso al nacer cuya incidencia (<2.500 g) entre las adolescentes es más del doble de la tasa demujeres adultas, y la mortalidad neonatal dentro de los primeros 28 días de nacimiento es casi 3 veces mayor [(4).] Sin embargo, este estudio toma únicamente niños hospitalizados, Esta diferencia se marcó en este grupo de estudio y no en la prevalencia de bajo peso al nacer. Sí confirmamos el mayor riesgo de mortalidad neonatal que en este estudio fue 5 veces mayor, Otra patología asociada, y de acuerdo a experiencias internacionales, por ejemplo en el estudio realizado sobre adolescencia y embarazo en España aproximadamente el 14% de los recién nacidos de las adolescentes de 17 años o menos son prematuros en comparación con el 6% de mujeres de 25-29 años. Mientras que las adolescentes de 14 o menos años tienen un mayor riesgo de tener prematuros de bajo peso [(4).]

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el cual realiza Encuestas Demográficas y de Salud Familiar cada 4 años, la incidencia de BPN es mayor conforme aumenta la altura sobre el nivel del mar, así entre los 3000 y 4000 msnm la incidencia es del 12.47%, por encima de los 4000 msnm, alcanza el 12.7 % [(5).]

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENDES 2017), la fecundidad de adolescentes en los últimos cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,2 puntos porcentuales (de 13,2% a 13,4%). Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,4% estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Al igual que en la Encuesta de 2012, los resultados 2016-2017 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,9% entre las de 15 años hasta el 26,4% en las de 19 años de edad [(6).]

Según Soto en el Perú, en año 2003, del total nacidos vivos de madres menores de 15 a 19 años de edad, el 6,8% nacieron con bajo peso al nacer. Los departamentos que presentaron niveles de nacidos vivos con bajo peso al nacer por encima del promedio nacional figuran Huancavelica, Pasco y Loreto con porcentajes que superan el 10%. Asimismo, Cajamarca, Ucayali, Ayacucho, Huánuco, Tumbes, Ancash, Junín, Piura, Amazonas, Cusco, Apurímac y San Martín, cuyos índices son mayores al 7%, Una de las consecuencias de los partos de madres niñas y adolescentes es la alta incidencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer [(7).]

También realizo un estudio sobre “Riesgos asociados de recién nacidos de bajo peso en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, en el año1998”. La ciudad de Huaraz se encuentra a una altitud de 3150 msnm. La incidencia hallada de bajo

peso al nacer en este estudio fue de 10.8 %. En los resultados no se encontró asociación con el bajo peso con el grado de instrucción, el periodo intergenésico corto, madres adolescentes, peso menor de 50 Kg. o talla menor de 1.45 cm. Si se halló asociación como factor de riesgo el estado civil de madre soltera o conviviente. (7).

Es por ello, el objetivo de las visitas prenatales radica en eliminar la prematuridad, el bajo peso al nacimiento y las complicaciones maternas fetales de cualquier tipo. El MINSA, incluye la atención prenatal como parte de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva propuesta por ese sector, quien define como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. El MINSA clasifica los controles prenatales en, controles prenatales suficientes (6 a más controles), controles prenatales insuficientes (menor a 6 controles), además menciona que una gestante controlada debe tener como mínimo 6 controles prenatales [(8).]

Según ENDES 2017. En la Región Ancash, se aprecian cambios en la fecundidad de adolescentes en los últimos tres años. Según los resultados de la encuesta 2017, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 12,9 % ya estuvo alguna vez embarazada, de éstas el 9,0 % ya eran madres y el 3,9 % estaban gestando por primera vez; estos resultados difieren de los obtenidos en la encuesta 2012. Respecto al total de recién nacidos, el3.3% corresponde al bajo peso [(6).]

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo, y prevenir la mortalidad materna y

perinatal. Sin embargo, no todas las mujeres acceden al control prenatal y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, como es el caso de las gestantes adolescentes, ni cumplen con la periodicidad o es insuficiente la asistencia al mismo en los establecimientos de salud. Existen factores de riesgo como individuales, familiares y sociales que impiden a las gestantes adolescentes acceder y adherirse al control prenatal [(9).]

Según cifras del Ministerio de Salud (MINSA-2017), 3 de cada 10 mujeres sexualmente activas son adolescentes. Por otro lado, el uso de métodos anticonceptivos, es menor en este grupo etario; esto ha llevado a un aumento en la tasa de fecundidad en las adolescentes (10). En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como Latinoamérica, en particular en algunos países, la familia, la escuela y en general la sociedad, no aceptan fácilmente que los y las adolescentes tengan una sexualidad, por esta razón no se les educa sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con las necesidades reales. Debido a esto, las adolescentes pocas veces acceden a los servicios de salud, en donde brindan la atención prenatal. Por lo tanto, la incidencia de embarazos se relaciona directamente con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y educación sobre sexualidad [(10).]

En la Región Ancash, en un estudio realizado por Ponce el año 2015, en sus resultados encontró, el 60% de las gestantes adolescentes no cumplen con el control prenatal, existen factores de riesgo externos, demográficos, económicos y culturales que se asocian con el incumplimiento del control prenatal [(11).]

Por otro lado, en un estudio realizado por Velásquez en la ciudad de Chimbote, en el presente año, menciono, de acuerdo a las estadísticas, se estima que de 529 mujeres gestantes atendidas en la Micro red Miraflores Alto (Chimbote), 36 son adolescentes, correspondientes al grupo etario de 12 a 17 años. Con un porcentaje del 7% de la población atendida que acuden a la atención prenatal, según la cobertura programada para la atención prenatal, no se cumplió el 100 % de la meta programada, concluyendo, que hay ausentismo de las gestantes para cumplir con su control prenatal adecuado, esto afecta para el desarrollo de complicaciones materno perinatales [(12).]

A nivel local, Según estudios realizados por Paredes, en el hospital Víctor Ramos Guardia en el 2016, del total de gestantes adolescentes que acuden a su control prenatal (300), solo el 50% tuvieron su control prenatal adecuado, el bajo peso de los recién nacidos oscilaron entre 1500 y 2499g (68.62%) [(13).]

Por las consideraciones mencionadas anteriormente se consideró necesario realizar la siguiente tesis mediante **la formulación del siguiente problema**: ¿El embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2018? Teniendo como **objetivo general**: Determinar si el embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2018. **Los objetivos específicos** fueron: Identificar el embarazo adolescente como factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer. Indicar los controles prenatales insuficientes como factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer.

Conclusión. Los factores tales como el embarazo en adolescente y los controles prenatales insuficientes, pueden aumentar la probabilidad de recién nacidos con bajo peso.

La presente investigación consta de seis partes, en la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalizacion de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en un contexto internacional, nacional y local, de la misma manera en la tercera parte se describe los materiales y los métodos utilizados en el proceso del recojo, procesamiento y análisis dela información. En la cuarta parte y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales dela investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el presente proceso de investigación.

En la sexta parte se encuentran las conclusiones de trabajo y recomendaciones correspondientes, en el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de datos, así como información relevante para la investigación.

Según Hurtado, el peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no solo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de la probabilidad de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido. Pero, ¿qué lleva al nacimiento de niños con bajo peso? En teoría existen numerosos factores, sin embargo, el presente estudio motiva a llevar a cabo, en aquel grupo de gestantes quienes han iniciado de manera precoz, sin haber logrado la madurez biológica y emocional necesaria para sostener de manera responsable esta etapa tan importante para el binomio madre-niño que es la gestación. La mayoría de los estudios encuentra que en la medida que la mujer es más joven tiene mayor probabilidad de tener niños con menor

peso. A la adolescencia se asocian otros factores sociales que repercuten en el peso de nacimiento, nivel educacional bajo, control prenatal tardío o ausente [(14).]

En ciertos grupos poblacionales, se puede considerar a las madres adolescentes, se ha generado una cantidad de pacientes gestantes que se podría llamar de alto riesgo y a las que el acceso a las seis visitas de control prenatal se les hace más difícil. En Perú el porcentaje de quienes son madres o están embarazadas antes de los 20 años es el 13.2%, según informa Ministerio De Salud [(15).]

A nivel local, el Hospital Víctor Ramos Guardia es un centro hospitalario de referencia de pacientes con riesgo obstétrico, de gestantes adolescentes con insuficientes controles prenatales o con factores de riesgo para desarrollar en el producto de la concepción un peso debajo de los estándares aceptados.

Por los argumentos antes mencionados el presente proyecto de tesis se justifica por lo siguiente:

La relevancia social se fundamenta ya que los resultados beneficiarán a las gestantes adolescentes que acuden al Hospital Víctor Ramos Guardia. La investigación ayudara a crear un nuevo instrumento para recolectar o analizar datos. Por otra parte, el estudio, contribuirá a contrastar, con datos de otras investigaciones similares al presente estudio.

Esta investigación tiene valor teórico, porque aportara conocimiento respecto al embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz. A la vez tendrá implicancias prácticas, pues ayudará a prevenir el control prenatal insuficiente y por ende el bajo peso al nacer.

La utilidad metodológica del presente estudio, los resultados pueden utilizarse como base para otros estudios que busquen profundizar sobre el bajo peso al nacer y su relación con el embarazo adolescente y el control prenatal insuficiente, además puede ser útil como base para estadísticas en el hospital en estudio, e incluso ser comparativo a estudios en otros centros hospitalarios.

Así mismo la presente investigación será viable porque se cuenta con los recursos humanos, financieros y materiales para llevarla a cabo.

Finalmente es importante indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en la comparación de los resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes ala nuestra ala vez que enriquece y oriente los conocimientos de los profesionales en obstetricia ya que el bajo peso al nacer son complicaciones frecuentes durante el embarazo cuya incidencia va en aumento trayendo consecuencias desfavorables a la salud del niño, por lo que se requiere realizar estudios con el fin de determinar los factores asociados a dicho problema, sensibilizar a la gestante con intervención dela pareja, familia y sociedad con el fin de prevenir y disminuir el bajo peso en recién nacidos.

2. HIPOTESIS

El embarazo en adolescente y controles prenatales insuficientes son factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.

2.1. VARIABLES

- **Variables independientes:**

  Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes

- **Variable Dependiente:**

  Bajo peso al nacer

2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA O ITEM	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE: **-EMBARAZO ADOLESCENTE** **-CONTROLES PRENATALES INSUFICIENTES**	Se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad-comienzo de la edad fértil-y el final de la adolescencia. Citas médicas programadas de la gestante, con el fin de vigilar la evolución del embarazo, en número menos a 6	**FACTORES DE RIESGO**	-EMBARAZO EN ADOLESCENTE -CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE	- 10 - 13 años - 14 - 16 años - 17 - 19 años - < 6 Controles - > 6 controles	Razón Ordinal
VARIABLE DEPENDIENTE: **BAJO PESO AL NACER**	Peso al nacer inferior a 2500 gr.	**PESO DEL RECIEN NACIDO**	PESO	-< 2500 gr - > 2500 gr	Ordinal

3. BASES TEORICAS.

3. 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Soto Eliud (2010) **Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer,** archivos de investigación materno infantil Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a condiciones maternas relacionados con recién nacidos de término con bajo peso de mujeres atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, comparativo, en el que se revisaron los expedientes de mujeres atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del primero de junio de 2008 al 31 de mayo de 2009. Se dividieron en dos grupos: Grupo A, con recién nacidos con bajo peso en embarazo de término, y Grupo B, recién nacidos con peso adecuado de embarazo de término. Se excluyeron recién nacidos pretérmino y expedientes incompletos. Resultados: Se incluyeron 404 expedientes, 202 en cada uno de los grupos. Todos los embarazos eran de término considerados de 37 a 41 semanas de gestación. Ambos grupos fueron homogéneos en la edad gestacional, siendo en promedio para el grupo A de 38 ± 1.1 semanas (rango de 37 a 41 semanas) y para el grupo B fue de 39 ± 1.1 semanas (rango de 37 a 41 semanas). En el grupo A el peso promedio de los recién nacidos fue de 2,227 g, con un rango de 1,150 a 2,490 g. La talla fue de 40 ± 1.1 cm, rango de 37 a 41 cm. El género fue masculino en 100 y femenino en 102 de los recién nacidos. En el grupo B el peso promedio de los recién nacidos fue de 3,398 ± 288 g, con un rango de 2,800 a 4,200 g. La

talla promedio fue de 50 ± 1 cm, rango de 47 a 53 cm. El género fue masculino en 101 y femenino en 101 casos. Se determinó el riesgo relativo para diferentes factores. Los factores de riesgo asociados a un bajo peso del recién nacido fueron: antecedentes de producto con bajo peso (RR = 3.57), anemia con hemoglobina menor a 10 g/dL (RR = 2.37), tabaquismo (RR = 2.12), enfermedad hipertensiva del embarazo (RR = 2.12.), alcoholismo (RR = 2.03), toxicomanías (RR = 2.01), hipertensión arterial sistémica crónica (RR = 2.01), alteraciones en la placenta (RR = 1.9), otras patologías (cromosomopatías, obesidad, diabetes mellitus y oligohidramnios leve y severo) (RR = 1.89), edad menor de 16 años (RR = 1.8), talla de 1.45 a 1.55 m (RR = 1.55), analfabetismo (RR = 1.51), infección de vías urinarias (RR = 1.47), primigesta (RR = 1.37), e IMC de más de 36 (RR = 1.14). No se encontró riesgo asociado a desnutrición materna, nefropatía, edad materna de 16 o más años, control prenatal adecuado, alfabetismo de la madre, talla materna igual o mayor a 1.56 cm, IMC de £ 35. Conclusiones: Los factores de riesgo encontrados pueden ser modificables en su mayoría. Los factores de riesgo más comunes en nuestra población hospitalaria son antecedentes de bajo peso, anemia, tabaquismo, enfermedad hipertensiva, alcoholismo, toxicomanías e hipertensión arterial crónica. El 100% de los casos presentaron bajo peso al nacer y al menos un factor de riesgo. [16]

ESTRADA, Alejandro (2012**). Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término.** Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Identificar los factores maternos asociados con el peso al nacer, en Colombia, 2012. Metodología: Fue un estudio descriptivo,

basado en información del Registro de Nacido Vivo de Colombia del Departamento Administrativo de Estadísticas Vitales, se clasificó el peso al nacer como: bajo peso al nacer < 2.500g, peso insuficiente 2.500- 2.999g, peso adecuado 3.000-3.999g y macrosomía ≥ 4.000g. Para el análisis se utilizó la U Mann-Whitney, Kruskall Wallis y un modelo de regresión logística multinomial. Resultados: Las mujeres con mayor probabilidad de recién nacidos con bajo peso fueron las de 35 años o más (OR = 1,4; IC95%: 1,39- 1,4), con bajo nivel educativo (OR = 1,1; IC95%: 1,1-1,1), solteras (OR = 1,1; IC95%: 1,1-1,2), sin asistencia a controles prenatales (OR = 1,9; IC95%: 1,9-2,0) y de la zona rural (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,2). Las mujeres con mayor prevalencia de recién nacidos macrosómicos fueron de 35 años o más (OR = 1,1; IC95%: 1,1-1,1) y de 4 hijos o más (OR = 2,1; IC95%: 2,0-2,1). El peso insuficiente tuvo un comportamiento similar al bajo peso al nacer. Conclusiones: Los factores sociodemográficos y maternos influencian el peso al nacer de recién nacidos de mujeres colombianas [(17).]

AGUILAR, Joaquín (2013). **Edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo la Caleta. Chimbote, 2013.** Chimbote. Tesis de pregrado. Objetivo: Conocer la edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta. Chimbote, 2013. Metodología: Investigación de tipo descriptivo, correlaciona de corte transversal, La población estuvo conformada por los recién nacidos N= 91 de madres

adolescentes. Para la recolección de datos se utilizó 2 instrumentos: un cuestionario sobre factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes; y datos del recién nacido: edad gestacional y peso. El procesamiento y análisis de datos se realizó en el Software especializado en Estadística y Epidemiología (EPIINFO), en sus 2 niveles: descriptivo y analítico. Resultados: 95.6% % fueron términos de nuevos ingresos, 3.3% son recién nacidos antes del término y 1.1% son recién nacidos después de término. El 90.1% de los recién nacidos tienen un peso saludable, el 5.5% con sobrepeso, el 3.3% con bajo peso y el 1. 1% con muy bajo peso. Factores sociales: fumar asociación estadística significativa con la edad del recién nacido; mientras que la edad materna, el estado civil, la residencia, el nivel de educación no mostraron una relación estadísticamente significativa con la edad del recién nacido. Factores nutricionales: el índice de masa corporal, el aumento de peso, la anemia de las mujeres embarazadas no mostró una relación estadísticamente significativa con la edad del recién nacido. Factores obstétricos: el control prenatal, la paridad, las complicaciones obstétricas no se asociaron significativamente con el estadista de edad del recién nacido. Factores sociales: fumar asociación estadística significativa con el peso del recién nacido; mientras que la edad materna, el estado civil, la residencia, el nivel de educación no mostraron una relación estadísticamente significativa con el peso del recién nacido. Factores nutricionales: el índice de masa corporal, el aumento de peso, la anemia de las mujeres embarazadas no mostró una relación estadísticamente significativa con el peso del recién nacido. Conclusiones: Los factores

obstétricos: el control prenatal, la paridad, las complicaciones obstétricas no se asociaron significativamente con el estadista de peso del recién nacido [18].

Lazo Vanessa (2014) **Factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer (Huancayo)** Objetivo: Identificar los factores maternos que están asociados con el bajo peso de recién nacidos a término (edades extremas de la madre, peso pre gestacional inadecuado, controles prenatales ausentes o inadecuados, periodo intergenésico corto y anemia materna en la gestación) atendidos en el Hospital Docente Materno Infantil "El Carmen" durante el periodo Enero a junio del año 2012. Materiales y métodos: El estudio fue observacional, transversal, retrospectivo y de nivel correlacional. Se aplicó una ficha de recolección de datos a partir de la hoja CLAP de 252 recién nacidos a término; la tabulación y análisis se realizó con los programas Microsoft Office Excel 2010 y IBM SPSS Statisticsversión21. Resultados: El 8.3% de recién nacidos a término tuvieron BPN. Los factores de riesgo maternos son: Edad mayor a 34 años (OR=2.42), escolaridad (OR=2.19), control prenatal (OR=2.02), antecedente de aborto (OR=2.39), gran multípara (OR=7.55), período intergenésico corto (OR=2.14), antecedente de tener un RNBP (OR=2.42) y anemia materna durante la gestación (OR=2.36). Conclusiones: Los principales factores de riesgo son: Ser gran multípara, edad mayor a 34años, antecedente de aborto y anemia materna durante la gestación. El peso pregestacional inadecuado no tuvo diferencia estadística. [19]

TICONA R**,** (2014) **Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Objetivo:** conocer incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población que fue atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. **Material y métodos:** estudio prospectivo, epidemiológico, de casos y controles. Se analizaron 7,423 recién nacidos vivos con peso menor a 2,500 g de embarazo único, nacidos en 29 hospitales del Ministerio de Salud del Perú en el año 2007, comparados con 14,846 controles de 2,500 a 3,999 g, seleccionados al azar. Se realizó análisis bivariado y multivariado mediante regresión logística, utilizando razón de momios con intervalos de confianza al 95% y curva ROC. Se utilizó la base de datos del Sistema Informático Perinatal. **Resultados:** la tasa de incidencia de bajo peso al nacer fue de 8.24 x 100 nacidos vivos, con diferencias significativas entre regiones geográficas. Los factores de riesgo fueron: enfermedad hipertensiva del embarazo (RM=4.37), hemorragia del tercer trimestre (RM=4.28), enfermedad crónica (RM=2.92), rotura prematura de membranas (RM=2.85), madre con bajo peso al nacer (RM=2.27), antecedente de bajo peso al nacer (RM=1.66), ausencia o control prenatal inadecuado (RM=1.91), analfabetismo o instrucción primaria (RM=1.48), región sierra o selva (RM=1.36), talla materna menor de 1.50 m (RM=1.15) e intervalo intergenésico menor de dos años (RM=1.13). Estos factores de riesgo tienen 68% de valor predictivo para bajo peso al nacer. Se propone una escala aditiva para identificar mujeres con mayor riesgo para bajo peso al nacer. **Conclusión:** la incidencia de bajo peso al nacer en hospitales del Ministerio

de Salud del Perú se encuentra en el promedio Latinoamericano y se asocia al deficiente estado nutricional materno, ausencia o control prenatal inadecuado y patología materna. [20]

RESTREPO, Sandra (2014). **Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Colombia.** Artículo de investigación. Objetivo: Evaluar características sociodemográficas, económicas, de seguridad alimentaria, de salud y el estado nutricional por antropometría en adolescentes en el tercer trimestre de embarazo y asociar estos factores con el peso de los recién nacidos. Metodología: Se realizó un estudio analítico de corte transversal con 294 embarazadas (semana 27-40) del programa de control prenatal de la Red Pública Hospitalaria de Medellín-Colombia. Se buscó asociación del peso al nacer del neonato con las variables explicativas. Resultados: El bajo peso en embarazadas se presentó en mayor proporción en adolescentes cuyas familias devengaron menos de un Salario Mínimo Mensual (SMMLV), en las que tenían 15 años o menos y con edad ginecológica menor de cinco años. La mayor proporción de pequeños para la edad gestacional se presentó en adolescentes con infecciones, bajo peso gestacional e ingresos menores a un SMMLV. Devengar menos de un SMMLV disminuye 118 gramos el peso del recién nacido (IC95%: -2, 5a-234,7) y por cada kilogramo que aumentó el peso pregestacional materno, el peso al nacer aumentó 10,3 g (IC95%: 2,0 - 18,5). Los ingresos económicos inferiores a un SMMLV se asociaron con bajo peso materno y con recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Conclusiones: El peso pregestacional, el índice de masa

corporal bajo en tercer trimestre de gestación y la presencia de infecciones urinarias y/o vaginales de la madre se asociaron con recién nacidos pequeños para la edad gestacional [21].

VÁSQUEZ, Darwin (2015). **Factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia del hospital Isidro Ayora-Loja, en el año 2015.** Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo: Conocer los factores relacionados con la falta de control prenatal en el hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo de mayo-octubre 2015. Metodología: El tipo de estudio fue retrospectivo, descriptivo de corte transversal. Se incluyeron 70 gestantes a término y puerperio inmediato que se realizaron menos de cinco controles prenatales. El análisis se realizó con tablas de frecuencia y porcentaje con su respectiva representación gráfica. En el presente estudio se encontró en la revisión de la literatura sobre el control prenatal y los factores que pueden influir en la inasistencia a dichos controles. Resultados: La mayoría de las gestantes, en un 27% son adolescentes entre 14-17 años, el 43% se encuentran en unión libre, un 41% solo han cursado estudios primarios, el 59% viven en zonas rurales, el 36% son primigestas, 26% segundigestas, el 83% no planificaron su embarazo, un 46% tienen de 0 a 2 controles, el 24 y 21% no acude a los controles por falta de interés y por ocultar el embarazo de la sociedad respectivamente. Conclusiones: Los principales factores relacionados con la falta de control prenatal son: el lugar de residencia en áreas rurales, embarazos no deseados, embarazo a temprana edad, bajo nivel de instrucción, y como factor personal predomina la falta de interés [22].

ACERO, Gloria (2015). **Factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud "Carlos Elizalde". Cuenca, 2015.** Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud-Carlos Elizalde‖. Cuenca, 2015. Metodología: Una investigación de tipo descriptiva. Se trabajó con una muestra de 60 adolescentes embarazadas, que fueron seleccionadas de manera aleatoria tras la aplicación de encuestas sobre los factores de riesgo, previo consentimiento de sus padres y asentimiento de las adolescentes. Para la tabulación se aplicó el programa SPSS Windows y Excel. Los datos fueron presentados en tablas simples, cruzadas, con su respectivo análisis descriptivo. Resultados: El 83% de adolescentes embarazadas se encuentra en la adolescencia tardía, de las mismas el 32% inicia su actividad sexual en la adolescencia media, el 42% se encuentra en unión libre, el 32% trabajan, un 18% sigue cursando sus estudios. El 80% no hablan sobre sexualidad en sus hogares, 47 adolescentes conocen sobre planificación familiar. El 47% son aceptadas por su familia y cuentan con su apoyo. El 58% acuden al control en su primer trimestre de embarazo. Conclusiones: Se identificaron los factores de riesgo que predisponen al incumplimiento del control prenatal como son: ocupación, falta de apoyo familiar y educación sexual en el hogar, desconocimiento sobre planificación familiar, bajo nivel educativo, etc. Las mismas que afectan al bienestar físico, psicológico, social y espiritual de la adolescente gestante y la de su futuro hijo/a [(23).]

GUATO, Silvana (2016). **Factores prenatales que influyen en el bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes "hospital Básico Pelileo" enero a septiembre 2015**. Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores prenatales que influyen en el bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes "hospital Básico Pelileo" enero a septiembre 2015. Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo, perteneciente a la línea de investigación de Atención Integral a la Mujer y a la Infancia. El universo de estudio se conformó con las 239 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Básico de Pelileo durante el periodo de enero a septiembre del 2015, la muestra se constituyó por 60 embarazadas adolescentes cuyo producto de la concepción resulto ser un neonato bajo peso. Los datos se recolectaron de las historias clínicas de los pacientes y se procesaron empleando estadísticas descriptivas y distribuciones de frecuencia mediante fórmulas de un libro de Microsoft Excel. Resultados: Predominaron las adolescentes primíparas, bajo peso, con escasa ganancia de peso, a las que le fueron realizados de 1 a 6 controles prenatales. Se le asociaron los neonatos con peso entre 1500 y 2499 gramos, pequeños para la edad gestacional. Las principales complicaciones asociadas al BPN en las adolescentes fueron la corioamnionitis y el parto pretérmino. Conclusiones: La incidencia del bajo peso en las madres adolescente fue elevada [(24).]

FLORES, Julieta (2016). **Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital San José de enero a diciembre del 2016**. Lima. Tesis de

pregrado. Objetivo: Determinar si el embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en el hospital San José de enero a diciembre del 2016. Metodología: Un estudio de enfoque cuantitativo, analítico, retrospectivo, observacional, de casos y controles. Para la selección de los pacientes que conforman los grupos de casos y controles se realiza utilizando la técnica de muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia mediante el cual se recopila los datos de 200 historias clínicas, obteniendo 150 controles y 50 casos (relación 3:1) lo que le da potencia estadística. El análisis de datos se realiza con ayuda de los programas Microsoft Excel y SPSS 20.0 para Windows. Resultados: Se halla que pertenecer al sexo femenino implica 1.38 más posibilidades de tener bajo peso al nacimiento en comparación a pertenecer al sexo masculino. Sin embargo, esto resulta no ser estadísticamente significativo (valor p >0.05) en nuestro estudio. Conclusiones: Respecto al antecedente de madre adolescente, se halló que existe 5.06 veces más probabilidades de presentar bajo peso al nacer si se cuenta con este antecedente, relación la cual es considerada estadísticamente significativa (chi cuadrado con p < 0,05 [(25).]

PRATO, Vanesa (2016). **Control prenatal incompleto como factor de riesgo de anemia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Dos de Mayo.** Lima. Tesis de pregrado. Objetivo: Demostrar que el control prenatal incompleto es el principal factor de riesgo para el desarrollo de anemia en gestantes adolescentes. Metodología: Estudio de tipo caso-control. Se obtuvieron los datos de la población de las gestantes adolescentes que

acuden a emergencia del hospital Nacional Dos de Mayo, en el mes de junio-setiembre del 2016, y que se encuentren en gestación a término. Los pacientes se dividieron en dos grupos: gestantes adolescentes a término con anemia y sin anemia; siendo casos y control respectivamente; excluyéndose a aquellas pacientes con diagnostico pregestacional de anemia crónica asociada a otra patología y a menores de 37 semanas de gestación. Resultados: En el presente trabajo se encontró que el control prenatal incompleto, definido como menor de 6 controles, es un factor de riesgo para anemia en el embarazo con 21 veces más probabilidad de tener dicha enfermedad (OR= 21.3750) Resultado significativo (95% CI), muestra asociación. Conclusiones: El control prenatal incompleto es el principal factor de riesgo para el desarrollo de anemia en gestantes adolescente [(26).]

HEREDIA, Karen (2016). **Factores maternos asociados al bajo peso al nacer.** México. Artículo de Investigación. Objetivo: Determinar los factores maternos asociados al bajo peso al nacimiento. Metodología: Estudio de casos y controles, en 123 recién nacidos de bajo peso (casos) y 123 recién nacidos de peso normal (controles) pareados por fecha de nacimiento y distrito. Se indagaron factores maternos asociados al bajo peso al nacimiento y se comparó entre casos y controles. Se aplicó Chi cuadrada, Odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%), regresión logística binaria y curva ROC. Resultados: Se encontraron asociaciones para antecedentes maternos de bajo peso (OR: 41.1; IC 95%: 5.5-306.7): prematuridad (OR: 12.0; IC 95%: 1.5-94.3), antecedente de eclampsia (OR: 5.8; IC 95%: 1.9-17.4), 1 a 3 controles prenatales (OR: 5.7; IC 95%: 2.6-

12.3), gestación múltiple (OR: 4.7; IC 95%: 1.3-17.0) y consumo de tabaco (OR: 3.8; IC 95%: 1.5-9.8), el ser adolescente (OR: 0.3; IC 95%: 0.1-0.6), y no tener un intervalo intergenésico corto (OR: 0.2; IC 95%: 0.1-0.7). Tener entre 1 a 3 controles prenatales, gestación múltiple, ser adolescente y un intervalo intergenésico corto se asocian al bajo peso al nacimiento, el modelo propuesto explicó el 18.6% del evento, el área bajo la curva fue 72.9% considerando que predice adecuadamente ($p < 0.001$). Conclusiones: Existen factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacimiento en gestantes de zona urbana de la costa como el tener de 1 a 3 controles prenatales, gestación múltiple, ser adolescente y tener un periodo entre embarazos menor a dos años [27].

BEDOYA, Ángela (2016). **Factores maternos que influyen en el bajo peso del recién nacido en el hospital Regional Ayacucho en el periodo enero-junio 2016.** Puno. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar cuál de las categorías de factores de riesgo predominan: Biológicos, psicosociales u obstétricos, se asocian, al bajo peso del recién nacido en el hospital Regional Ayacucho, enero-junio 2016. Metodología: Un estudio retrospectivo, analítico de casos y controles, donde se ingresaron partos con diagnóstico de RN con < 2500 g (casos) y otro grupo de RN entre 2501 a 3999 g (controles), según criterios de inclusión y exclusión establecidos, los datos fueron exportados a una base de datos de Excel. Resultados: Los factores de riesgo maternos asociados al bajo peso al nacer, son: Ser madre adolescente (OR:1.12),el bajo peso materno(OR:1.12), la deficiente ganancia de peso durante el embarazo (OR: 15.2), el bajo ingreso familiar

(OR: 11.87),el grado de instrucción deficiente (OR: 7.66),el habito de fumar (OR: 5,37),el deficiente número de controles prenatales (OR: 5.25), la anemia materna durante el embarazo (OR: 3.83) y la HIE durante el embarazo (OR: 1.51) se consideran como factores de riesgo. Conclusiones: Los factores de riesgo encontrados pueden ser modificables en su mayoría. En el estudio se halló asociación estadísticamente significativa con ser madre adolescente, el bajo peso materno, la deficiente ganancia de peso durante el embarazo, el bajo ingreso familiar, el grado de instrucción deficiente, el habito de fumar, el deficiente número de controles prenatales, la anemia materna durante el embarazo y la HIE durante el embarazo [(28).]

CRUZ, Hugo (2017). **Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos de bajo peso al nacer en el servicio de neonatología del hospital Essalud III Salcedo-Puno de enero-diciembre 2017**. Puno. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores de riesgos maternos asociados en el bajo peso del recién nacido del Hospital Essalud Salcedo-Puno en el periodo enero-diciembre 2017. Metodología: Un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Resultados: Los factores de Riesgo Maternos asociados al bajo peso al nacer, fueron: Madre adolescente (OR:3.94), bajo peso materno(OR:0.99), deficiente ganancia de peso durante el embarazo (OR: 5.03), el bajo ingreso familiar (OR: 1.87), bajo IMC (OR: 1.43), habito de fumar (OR: 3,6), deficiente número de controles prenatales (OR: 6.7), anemia materna durante el embarazo (OR: 3.25) y la HIE durante el embarazo (OR: 4.01) se consideran como factores de riesgo. Conclusiones: Los factores de riesgo maternos asociados en el bajo peso del recién nacido

del Hospital Essalud Salcedo – Puno en el periodo enero-diciembre 2017 pueden ser modificables en su mayoría. En el estudio se halló asociación estadísticamente significativa con la edad materna, el bajo peso materno, la deficiente ganancia de peso durante el embarazo, bajo índice de masa corporal, el bajo ingreso familiar, el grado de instrucción deficiente, el habito de fumar, el deficiente número de controles prenatales, la anemia materna durante el embarazo y la HIE durante el embarazo [(29).]

MEZA, Susel (2017). **Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue-el Agustino 2017**. Lima. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue- El Agustino durante el periodo noviembre a marzo 2017. Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, transversal, retrospectivo, de casos y controles. La población estuvo conformada por 90 mujeres y la muestra, 30 puérperas que conformaron el grupo caso con control prenatal inadecuado y 60 que conformaron el grupo control con control prenatal adecuado. El instrumento de fue a través de los factores de riesgo: personal, social e institucional. La información fue procesada en SPSS versión 22 a través de estadísticas descriptivas. Para la determinación de los riegos se utilizó el OR, con sus intervalos de confianza al 95%, múltiple con un nivel de significación estadística $p< 0,05$. Resultados: En los factores personales, se obtuvo que las mujeres que tuvieron poco apoyo de la pareja, presentaron un (OR 6.36) al 95%, 6.36 veces mayor riesgo de no asistir al control prenatal. La dificultad fue el

cuidado de los hijos que significó tener 14.75 más riesgo de no poder asistir al control prenatal. En los factores sociales, la dificultad de obtener permiso en el trabajo (OR 3.8) al 95% y el ambiente inadecuado para la consulta presentó un (OR 11.80) al 95%, 11.80 veces más de riesgo de no poder asistir al control prenatal. Entre los factores institucionales, fueron, la ausencia de citas de seguimiento por parte de los profesionales de Gíneco-Obstetricia fue un mayor riesgo para un control prenatal inadecuado (OR 5.8) al 95%, la falta de coordinación entre servicios para la atención fue con (OR 11.80) al 95% y los gastos para exámenes no disponibles (OR 9.62) al 95%. Conclusiones: Existe factores de riesgo que conllevan a un control prenatal inadecuado en los factores personales fue el poco apoyo de la pareja, la dificultad del cuidado de sus hijos, factores sociales fueron dificultad obtener permiso en el trabajo y el ambiente inadecuado de la consulta y en los factores institucionales fue la ausencia de citas de seguimiento, la falta de coordinación entre servicios para la atención y los gastos para exámenes no disponibles [(30).]

MAZZA, Carlos (2018) **Factores De Riesgo Maternos Asociados Al Bajo Peso Del Recién Nacido** Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos más frecuentemente asociados con la prevalencia de recién nacidos con bajo peso al nacer ocurridos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018, Lima. Material y : Determinar los factores de riesgo maternos más frecuentemente asociados con la prevalencia de recién nacidos con bajo peso al nacer ocurridos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017. Material y Métodos: Investigación epidemiológico,

retrospectiva de tipo caso - control donde se encontró una población de 150 recién nacidos con bajo peso, de una población total de 2455 nacimientos. Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva para variables uni, bivariantes y multivariadas. Igualmente se empleó el odds ratio (OR) para determinar la prevalencia de los factores de riesgo. El paquete estadístico seleccionado fue el SPSS 25 y se trabajó con un nivel de significación de p ≤ 0,05 Resultados: En los resultados se observó que el 6.1 % fueron recién nacidos con bajo peso. Los factores edad materna (p<0.05), de estado civil (p<0.05), nivel de educación (p<0.05) tuvieron significancia estadística y en las madres con los factores controles pre natales insuficientes P<0.05 (OR=3.1), pre eclampsia P<0.05(OR=3.9), embarazo múltiple P<0.05 (OR=13.18) y hemorragia del tercer trimestre P<0.05(OR=6.28) es muy probable que el niño nazca con bajo peso. Los factores edad materna **Conclusiones:** Los factores pre concepcionales edad materna, estado civil, nivel de educación mostraron relación estadísticamente significativa con el BPN. Los factores concepcionales que tuvieron relación estadísticamente significativa con el BPN fueron: Pre eclampsia, embarazo múltiple, hemorragia del tercer trimestre. El factor control prenatal insuficiente aumenta el riesgo de BPN [31]

3. 2. MARCO TEORICO.

A. EMBARAZO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Etapa en la que se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y

funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. La adolescencia es el período de tiempo en el cual la persona está alcanzando su madurez física, psicológica, afectiva, intelectual y social [(32).] Ala adolescencia se la puede dividir en tres etapas, con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar la sexualidad y el embarazo:

Adolescencia temprana: (10 -13 años): Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. 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 vocales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media: (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su conocimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten 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 con la moda.

Adolescencia tardía: (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, 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; en adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (32).

B. EMBARAZO ADOLESCENTE

Se llama embarazo adolescente o embarazo precoz a aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad. El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen comienzo de la edad fértil, y el final de la adolescencia. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. (33).

a. Signos y síntomas

Signos presuntivos:

Falta de menstruación, amenorrea.

Cambios en las mamas, cambios en el color, hay dolor y pigmentación de la areola.

Aumento de la micción (polaquiuria) por presión del útero sobre la vejiga.

Cloasma gravídico, hiperpigmentación de los pómulos y estrías que aparecen en los senos y en el abdomen, línea media alba, etc.

Signos de probabilidad:

Aumento de la circunferencia abdominal.

Aumento del tamaño del útero.

Ablandamiento del cuello uterino.

Prueba biológica de embarazo positiva.

Signos de certeza:

Percepción y movimientos de los ruidos cardíacos fetales.

Movimientos activos y pasivos del feto.

Imagen geográfica del feto.

Palpación del feto [(33).]

b. Causas del embarazo en la adolescencia

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se

celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades.

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados. [(33).]

Existen muchas y variadas causas, pero la más importante es la falta de educación sexual. Los padres de familia, muchas veces evaden esta responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros. Entre otras causas se encuentran también:

La insuficiente información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos

Falta de madurez

Desconocimiento o falta de cultura sexual

Violación (en algunos casos)

El temor a preguntar y/o a platicar

Descuido por parte de los padres (negligencia)

Carencia afectiva

Inseguridad

Baja autoestima

Falta de control en sus impulsos

Simplemente por curiosidad. [33].

c. Proceso del embarazo en la adolescencia

Entre los 10 y 19 años de edad se produce una serie de transformaciones, amplias, rápidas, variadas que trasciende al aspecto físico, afectan las características psicológicas y el comportamiento social. Dada la inmadurez biológica del adolescente, el organismo está mal preparado por mantener un embarazo y ofrecer un parto seguro del recién nacido.

Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. [33]

d. Consideraciones psicosociales par el aumento de embarazo en adolescentes

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

Sociedad Represiva: Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines pro creativo. Las

manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

Sociedad Restrictiva: Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

Sociedad Permisiva: Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

Sociedad Alentadora: Para el cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. [33]

Así se consideran que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estrados sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

Estratos medio y alto: La mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores pre disponente y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. [33]

e. Factores biológicos, psicológicos y económicos que favorecen el embarazo en adolescentes.

Múltiples factores favorecen la ocurrencia de embarazo en adolescentes; estos se relacionan con aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que, unidos a las vulnerabilidades propias de la adolescencia y a conclusiones de riesgo inherentes a diversas situaciones, predisponen a relaciones sexuales que conllevan a embarazos no planeados ni deseados en un gran número de casos. La edad de inicio de las relaciones sexuales se encuentra directamente relacionada con el incremento de la probabilidad de un mayor número de hijos al final de la vida reproductiva de una mujer. Dicha edad es cada vez más temprana entre los adolescentes; en Colombia el inicio de las relaciones sexuales en menores de 15 años pasó de 5,6 por ciento en el año 2000 a 13,6 por ciento en el 2005. En el 2005, alrededor del 40 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años ya había tenido actividad sexual. [33]

f. Consecuencias del embarazo precoz

Las consecuencias médicas del embarazo son múltiples e importantes:

Falta de atención médica desde el inicio del embarazo por no comunicar su situación.

Las mujeres más jóvenes de16 años o menos– corren riesgo de pre eclampsia y eclampsia.

Bajo peso al nacer de los recién nacidos por causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.

Alta mortalidad materna en la adolescencia llegando a ser, en países en vías de desarrollo, una de causas más frecuentes de muerte en las adolescentes (por embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos).

Frecuentemente se decide poner fin al embarazo mediante aborto inducido a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias.

Es habitual la anemia en las jóvenes embarazadas.

A veces el embarazo se produce existiendo enfermedades de transmisión sexual

El embarazo adolescente también es un factor de riesgo para los recién nacidos (pueden presentar enfermedades como la Espina bífida y el Síndrome de muerte súbita del lactante).

En ocasiones las jóvenes madres optan por dar a su hijo en adopción lo que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.

Si se decide tener al hijo sin la existencia de pareja se convertirá en madre soltera, familia monoparental, enfrentándose, dependiendo de los países, a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve alterado y frenado, llegando a sufrir agresiones por parte de su familia y del entorno y disminuyendo las oportunidades para conseguir un empleo (cuando lo obtienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.

Otras jóvenes madres deciden, si el padre biológico acepta su paternidad y responsabilidad, formar un matrimonio. Sin embargo, existen altas probabilidades de que dicho matrimonio no perdure ya que el padre precoz se enfrenta a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo [(33).]

g. Consecuencias del embarazo en adolescentes

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes asumen responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando

la confusión en que crecieron. La mayoría de las adolescentes por temor a perder lo que creen tener en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El embarazo en la adolescente es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre. Esto trae como consecuencia el aumento poblacional, y la posibilidad de que esta madre tenga una familia numerosa lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos.

Desde el punto de vista social, el grupo de madres adolescentes es siempre dependiente y el embarazo profundiza la dependencia con los padres. [33].

h. Prevención del embarazo precoz

La OMS y la mayoría de profesionales de la educación y la salud señalan que para reducir el número de embarazos en adolescentes es necesaria una completa educación sexual, el acceso a los métodos anticonceptivos (tanto precoitales, coitales como postcoitales) así como a los servicios de planificación familia. También es necesaria la información y el apoyo por parte de los padres de los adolescentes en cuestiones relativas al sexo, relaciones y métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual [33].

C. CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar todo embarazo es potencialmente de riesgo [34].

a. objetivos:

Evaluar integralmente a la gestante y al feto

Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.

Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.

Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. Plan de parto.

Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.

Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.

Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido (RN).

Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica)

Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria.

Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.

Promover la adecuada nutrición.

Prevenir y/o tratar la anemia [34].

b. Características.

Además de las características de todo control prenatal (Precoz; Oportuno; Racional; Continuo y Humano) la atención a una madre adolescente conlleva las siguientes características:

Abordaje interdisciplinario (participación psicológica, asistencia social, consejería en salud reproductiva, enfermería, nutricionista, abogado especializado). La atención integral comprende abordaje de la situación a nivel individual, familiar y comunitario en los diferentes momentos: gestación, parto, y después del parto.

Activa participación del adolescente y su entorno familiar

Enfoque de riesgo: tiene en cuenta factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

Información adecuada

Atención personalizada

Confidencialidad [(34).]

c. Frecuencia de las atenciones prenatales:

La atención prenatal debe iniciarse, lo más temprano posible, debiendo ser periódica e integral.

La frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente:

Una atención mensual hasta las 32 semanas

Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas

Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto [(34).]

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

Dos atenciones antes de las 22 semanas,

La tercera entre las 22 a 24 semanas,

La cuarta entre las 27 a 29 semanas

La quinta entre las 33 a 35 semanas

La sexta entre las 37 a 40 semanas [(34).]

d. Clasificación de controles prenatales:

El MINSA, clasifica los controles prenatales en:

Controles prenatales suficientes: (>6 CPN)

Controles prenatales Insuficientes: (< 6 CPN)

Además, gestante controlada, es la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de control a la gestante [(34).]

D. CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE

El Ministerio de Salud (MINSA) define un control prenatal insuficiente, cuando la gestante adolescente ha recibido de tres a cinco controles prenatales y que no ha recibido el paquete básico de control a la gestante [(34).]

a. Factores de riego para un control insuficiente:

Factores personales: Poco apoyo de la pareja, dificultad del cuidado de sus hijos, etc. factores sociales: Dificultad para tener permiso en el trabajo, ambiente inadecuado de la consulta, etc.

Factores institucionales: Ausencia de citas de seguimiento, la falta de coordinación entre servicios para la atención y los gastos para exámenes disponibles [34].

E. RECIEN NACIDO

Es la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo [35].

a. Clasificación:

De acuerdo con la edad de gestación, el recién nacido se clasifica en:

Recién nacido pretermino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.

Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

De acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.

De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.

De peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación [35].

F. BAJO PESO AL NACER

La Organización Mundial de la Salud (OMS-2017) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 g. El bajo peso al nacer sigue siendo un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo. En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año. El objetivo para 2025 es reducir un 30% el número de

niños con un peso al nacer inferior a 2500 g. Esto supondría una reducción anual del 3% entre 2012 y 2025, con lo que el número anual de niños con bajo peso al nacer pasaría de unos 20 millones a unos 14 millones [36].

a. Clasificación de recién nacidos con bajo peso:

Peso bajo al nacer: Menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive).

Peso muy bajo al nacer: Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).

Peso extremadamente bajo al nacer: Menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive)

b. Prevalencia:

Existe una variabilidad considerable en la prevalencia del bajo peso al nacer según las regiones e incluso dentro de un mismo país; sin embargo, la gran mayoría de casos de bajo peso al nacer se dan en países de ingresos bajos y medios, especialmente en los grupos de población más vulnerables. Los porcentajes regionales estimados de bajo peso al nacer son del 28% en Asia meridional, el 13% en el África subsahariana y el 9% en Latinoamérica. Cabe destacar que se trata de porcentajes elevados a pesar de que los datos sobre bajo peso al nacer siguen siendo limitados o poco fiables porque muchos partos tienen lugar en el hogar o en clínicas pequeñas y no se registran en las cifras oficiales, lo que podría llevar a subestimar la prevalencia.

Sin embargo, el bajo peso al nacer es una preocupación de alcance mundial, ya que algunos países de ingresos elevados también se enfrentan a tasas que resultan altas para su contexto (p.ej. España, el Reino Unido y los Estados Unidos de América). Actualmente, a un

elevado porcentaje de neonatos no se los pesa al nacer, especialmente en países con ingresos bajos, lo que supone un importante reto desde el punto de vista de las políticas. También existe una variabilidad sustancial dentro de cada país. Por consiguiente, identificar a los grupos de población con mayor riesgo de bajo peso al nacer y a aquellos con mayor probabilidad de enfrentarse a barreras en el acceso a las intervenciones sanitarias y nutricionales constituye una prioridad mundial y es fundamental para el éxito de los programas a gran escala (36).

c. Factores de riesgo

Son variados los factores que se han estudiado, algunos sólo pueden afectar el crecimiento fetal o sólo la duración de la gestación. Otros actúan en ambos casos. Su intervención a estos factores puede actuar favorablemente sobre el crecimiento fetal o la duración de la gestación. Entre los factores de riesgo tenemos los siguientes:

Edad materna

Instrucción materna.

Relación de pareja.

Talla Materna.

Antecedente de bajo peso al nacer.

Antecedente de abortos.

Estado nutricional pre gestacional.

Los embarazos múltiples.

Las infecciones y enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial.

Parto prematuro, cuando el parto comienza demasiado temprano; es decir, antes de las 37 semanas de embarazo.

Ciertas infecciones, en particular infecciones del útero durante el embarazo, pueden retrasar el crecimiento de un bebé en la matriz. Éstas incluyen el citomegalovirus, la rubeola, la varicela, la toxoplasmosis y las Infecciones de Transmisión Sexual. (36)

d. Consecuencias:

Síndrome de dificultad respiratoria

Problemas neumológicos a nivel cerebro La morbimortalidad fetal y neonatal

Las deficiencias en el desarrollo cognitivo

El aumento del riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores a la vida (36).

3.3. DEFINICION DE TERMINOS

a) Atención prenatal reenfocada:

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado, para el manejo adecuado de las complicaciones. (37).

b) Parto:

Es definido como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. [37].

c) Recién nacido vivo:

Se trata de todo producto de la concepción que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios [38].

d) Eutócico:

Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto [38].

e) Alto riesgo obstétrico

Cuando en caso de presentarse un embarazo el producto o la madre o ambos pueden sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo pueden quedar secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura [39].

f) Edad Gestacional:

Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal [40].

g) Factor de Riesgo:

Es la probabilidad aumentada que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir [40].

h) Periodo Perinatal:

Periodo que transcurre desde las 22 semanas de gestación, termina 7 días después del nacimiento [41].

i) Recién Nacido con peso adecuado para su edad gestacional:

Producto de la concepción que nace con peso comprendido entre el percentil 10 y el 90 de la curva de peso intrauterino, de acuerdo a su edad gestacional, independientemente de la duración de la misma [41].

j) Gestante atendida:

Referida a la primera atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo actual [42].

k) Gestante controlada:

Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante [43].

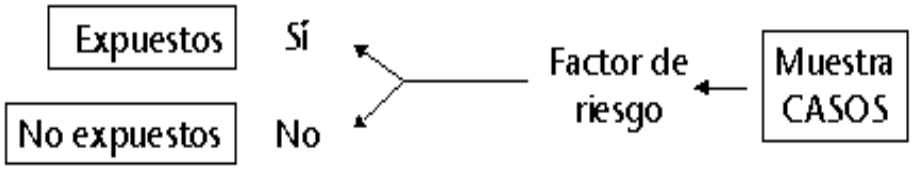
4. MATERIALES Y METODOS.

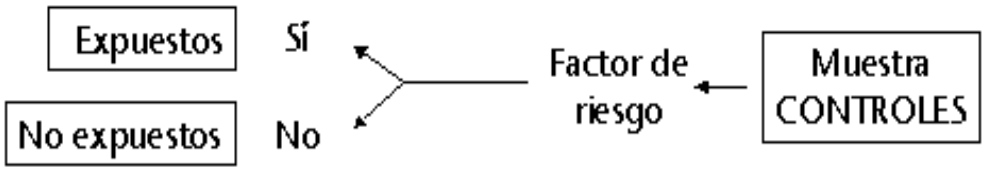
4.1. TIPO DE ESTUDIO

La investigación fue de enfoque descriptivo cuantitativo debido a que en la obtención de datos se emplearon datos numéricos. Es retrospectivo ya que los datos se recolectaron de las historias clínicas del año 2018. El presente estudio fue de casos y controles debido a que se seleccionaron dos grupos de historias clínicas: un grupo llamado control en los cuales no presentaron bajo peso al nacer y otro grupo llamado casos en los cuales si presentaron bajo peso al nacer .El estudio fue analítico porque mediante el análisis del estudio se buscó establecer relaciones de asociación o de causalidad. [44]

4.2. DISEÑO METODOLOGICO

El estudio fue correlacional, ya que se buscó la asociación de las variables en estudio. El estudio fue no experimental ya que no se manipuló deliberadamente las variables, ni la población en estudio. La investigación fue de corte transversal o transeccional porque los datos se recolectaron en un solo momento. [44] Se basó en la observación de las investigadoras mediante este diseño se hizo la comparación de dos grupos: Un grupo que tuvieron bajo peso al nacer (casos) y otro grupo por recién nacidos con peso normal (controles). Por lo tanto, es un diseño observacional de casos y controles. Cuyo diseño es lo siguiente:





4.3. UNIVERSO O POBLACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, de nivel II-2, un Hospital de referencia de alta complejidad con atención de pacientes provenientes del Callejón de Huaylas y Callejón de Conchucos, ubicado en la Avenida Luzuriaga S/N de la ciudad de Huaraz, Departamento de Ancash. La población estuvo conformada por todos los recién nacidos de madres adolescentes en el año 2018, con un total de 300, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de ellos 70 tuvieron bajo paso al nacer (casos) y 140 recién nacidos con un peso normal (controles).

CASOS:

El grupo de casos estuvo conformado por las historias clínicas de recién nacidos con bajo peso de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Víctor Ramos Guardia, en el año 2018.

a. Criterios de inclusión:

Historia clínica de recién nacidos con peso menor a 2500gr.

Historia clínica de madres adolescentes

Historia clínica de Recién nacidos de parto eutócico o cesárea

Historia clínica de recién nacidos con controles prenatales insuficientes

b. Criterios de exclusión:

Historia clínica de recién nacido pre terminó

Historia clínica de Recién nacidos de embarazo gemelar o múltipleHistoria clínica de Óbitos fetales

Historia clínica de Recién nacidos con malformaciones congénitas

Historia clínica de Recién nacidos de madres adultas

Historia clínica de recién nacidos con controles prenatales suficientes

CONTROLES:

El grupo de controles estuvo conformado por las historias clínicas de recién nacidos con peso normal de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Víctor Ramos Guardia en el año 2018.

a. Criterios de inclusión:

Historia clínica de Recién nacidos cuyo peso al nacer oscile entre 2500gr y 4000gr.

Historia clínica de Recién nacidos de parto eutócico o cesárea.

b. Criterios de exclusión:

Historia clínica de Recién nacidos con peso inferior a 2500 gr. o superior a 4000gr.

Historia clínica de Recién nacidos de embarazo gemelar o múltiple.

Historia clínica de Óbitos fetales

Historias clínicas de Recién nacidos con malformaciones congénitas.

4.4. UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTRA

4.4.1. UNIDAD DE ANALISIS

Caso: Historias clínicas de recién nacidos con bajo peso de madres adolescentes

Control: Historias clínicas de recién nacidos con peso normal de madres adolescentes

4.4.2. MUESTRA

Para la obtención de la muestra se optó por el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que consistió en seleccionar una muestra de la población por el hecho de ser accesible, no utilizando así un criterio de tipo estadístico. Pese a que una desventaja que conlleva el hecho de utilizar este muestreo es la baja representatividad o el riego de sesgo mayor, fue elegida además por su facilidad operativa y proporcionar bajos costos.

Por lo tanto, la selección de los recién nacidos que conformaron el grupo de casos es de 70 recién nacidos con bajo peso y el grupo de controles es de 140 recién nacidos con peso adecuado.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó en un formulario impreso llamada ficha de recolección de datos (Anexo N° 01), en el cual se registró, los datos obtenidos de la revisión de las Historias Clínicas de los recién nacidos del Hospital Víctor Ramos Guardia y la revisión de la base de datos del servicio de neonatología del Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz.

4.6. ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Para el análisis de datos en el trabajo de investigación se utilizó el software estadístico SPSS versión 22.0.

Estadística descriptiva: Los datos de las variables cuantitativas fueron expresados en proporciones y porcentajes, presentados en tablas comparativas de doble entrada

Estadística inferencial: Se analizó la asociación de las variables cuantitativas mediante la prueba paramétrica de Chi cuadrado con un nivel de significancia de 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafos propios del estudio: Como se trata de un estudio de casos y controles se midió la relación factor de asociación – enfermedad, mediante la prueba Odds Ratio.

Tabla de 2 x 2 en los estudios de Casos y Controles		
	Casos	**Controles**
Expuestos	a	b
No expuestos	c	d

Odds ratio (razón de predominio, oportunidad relativa)

$$\text{Odds ratio} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

4.7. ETICA DE LA INVESTIGACION

El presente estudio según la declaración de Helsinki asegura el respeto hacia las gestantes y no vulnera sus derechos individuales, del mismo modo la recolección de datos se realizó a atravez de una ficha, en la cual se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la paciente que participo en la investigación y la confidencialidad de su información personal, no se expuso la privacidad de las pacientes, se respetó todos los acuerdos de ética internacional encontrados en la declaración de Helsinki de la Asamblea Medica Mundial (AMM). Se incluyó datos de gestantes adolescentes y controles prenatales insuficientes, no se tomó en cuenta ningún dato que pueda perjudicar la integridad de la población.

No se usó la declaración de consentimiento informado porque no se trabajó directamente con los pacientes solo se extrajo datos relevantes para el estudio de las historias clínicas previo permiso del director general del Hospital Víctor Ramos Guardia, para la recolección de datos.

Asimismo, es importante aclarar que desde el principio la investigación fue vista desde un punto ético, se considera seguir como principio general, el respeto de los pacientes, sus derechos e integridad personal. [45].

5.- RESULTADOS:

5.1.- EMBARAZO ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A BAJO PESO AL NACER.

Tabla n° 1°. Edad de la madre adolescente asociado a bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2018.

Edad del adolescente	**CASOS** Bajo peso		**CONTROLES** Peso normal		**Total**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Expuestos (12 - 15)	17	24.3	5	3.6	22	10.5
No expuestos (16 - 19)	53	75.7	135	96.4	188	89.5
Total	**70**	**100**	**140**	**100**	**210**	**100**

Fuente: Historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz.

$$\mathbf{x^2} = 21{,}350 \quad \mathbf{p} = 0{,}000\ \mathbf{gl.}\ 1\ \ \mathbf{OR} = 8{,}660\ \mathbf{IC}\ (95\%) = [3{,}041 - \ \ 24{,}662]$$

Los resultados evidencian, que del total de recién nacidos con bajo peso, el 24,3% (17) fueron de madres adolescentes de 12 -15 años (casos), en comparación con el 3.6% (5) del total de recién nacidos con peso normal (control) que fueron de madres adolescentes expuestas de 12-15 años.

Mediante la prueba de Chi-cuadrado se pudo determinar el valor de p-valor=0,000, siendo este menor que 0,05, se concluye que la edad de la madre está asociada al bajo peso al nacer. Asimismo, el OR=8,660, indica que hay 8,660 veces más posibilidades de que un niño tenga bajo peso al nacer en una madre adolescente de 12 a 15 años que una madre adolescente mayor a esa edad.

5.2.- CONTROLES PRENATALES INSUFICIENTES COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A BAJO PESO AL NACER.

Tabla n° 2. Controles prenatales insuficientes asociados a bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2018.

Controles prenatales insuficientes	**CASOS** Bajo peso		**CONTROLES** Peso normal		**Total**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Expuestos (< 6)	43	61.4	33	23.6	76	36.2
No expuestos (≥6)	27	38.6	107	76.4	134	63.8
Total	**70**	**100**	**140**	**100**	**210**	**100**

Fuente: Historias clínicas del Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz.

$$\mathbf{x^2} = 28{,}962 \;\; \mathbf{p} = 0{,}000 \;\; \mathbf{gl.}\, 1 \;\; \mathbf{OR} = 5{,}164 \;\; \mathbf{IC}\,(95\%) = [2{,}779 - 9{,}596]$$

El 61,4 % del total de recién nacidos con bajo peso (casos) fueron de madres adolescentes con controles prenatales insuficientes (menos de 6 controles), en comparación con el 23,6 % (33) del total de recién nacidos con peso normal (control) que fueron de madres adolescentes con controles prenatales insuficientes.

Al realizar la prueba estadística del Chi-cuadrado se obtuvo un valor de P-valor=0,000, siendo este menor que 0,05 esto nos indica que el número de controles prenatales insuficientes (<6) están asociadas significativamente con bajo peso al nacer. Asimismo, el OR= 5,164 nos indica que las madres adolescentes con controles prenatales insuficientes (<6) tienen 5,164 veces más posibilidades de tener niños con bajo peso al nacer, que una madre adolescente con controles prenatales suficientes (igual o mayor a 6).

5.5. REGRESIÓN LOGÍSTICA:

Resumen de los factores asociados a bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	**Sig.**	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad de la madre adolescente	2,123	0,874	5,900	1	**0,015**	**8,354**	**1,507**	**46,323**
Control prenatal insuficiente	1,697	0,324	27,474	1	**0,000**	**5,456**	**2,893**	**10,289**
Constante	1,490	0,226	43,414	1	**0,000**	0,225		

Finalmente se observa en forma conjunta mediante la técnica multivariante estadística de la regresión logística de las dos variables edad de la adolescente y el control prenatal insuficiente resultaron ser significativas (con un p-valor= 0,0015 para la edad y 0,000 para CPN y en ambos casos p<0,05), lo cual indica que el embarazo adolescente y el control prenatal insuficiente son factores de riesgo para el bajo peso al nacer en embarazadas adolescentes en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, periodo 2018.

Asimismo, dicha técnica en análisis conjunto arrojó un OR= 8,354 para la edad de la madre adolescentes, con un intervalo de confianza del 95% de [1,507 - 46,323] que indica existir 8,354 más posibilidades de que una adolescente embarazada menor de 15 años tenga un recién nacido con bajo al nacer que una adolescente de

mayor edad . Referente al número de controles prenatales insuficiente (CPN) el Odds ratio fue OR=5,456 con IC (95%) = [2,893 - 10,289] indicando que existe 5,456 más posibilidades que una adolescente que tuvo menos de 6 controles prenatales tenga un hijo con bajo peso al nacer que una adolescente que tuvo sus controles prenatales adecuados (>=6).

La técnica también sirve para formular una ecuación para predecir probabilísticamente la posibilidad de que una adolescente tenga un recién nacido con bajo peso en función de su edad y el número de controles prenatales realizado.

$$Pr(\boldsymbol{bajo\ peso\ al\ nacer}) = \frac{\mathbf{1}}{\mathbf{1} + \boldsymbol{exp}[\mathbf{1.490} - \mathbf{2,123} * \boldsymbol{Edad} - \mathbf{1,697} * \boldsymbol{CPN}]}$$

Dónde:

Bajo peso al nacer:

0= Menos de 2500 gr.

1= Mayor o igual a 2500 gr.

Edad de la adolescente:

0= Menos de 14 años (edad expuesta)

1= De 14 años a mas

Controles prenatales:

0= Menos de 6 controles prenatales

1= 6 a más controles prenatales

6. DISCUSION.

Los resultados obtenidos, con respecto al primer objetivo específico dirigido a identificar el embarazo adolescente como factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer, fueron dados a conocer en la tabla 1, donde el 24.3% del total de recién nacidos con bajo peso provienen de madres adolescentes con edades entre 12 y 15 años (casos). Al realizar la prueba estadística chi-cuadrado del embarazo adolescente como factor de riesgo encontramos que está asociado con bajo peso al nacer, debido a que la probabilidad fue menor a 0,05. El Odds Ratio más relevante fue la edad con 8,660 lo que indica que un recién nacido que proviene de una madre adolescente con edades entre 12 y 15 años tienen 8,660 veces más probabilidades de presentar bajo peso al nacer. Resultados similares encontró Soto [(16)] en su investigación realizado en México que la edad menor de 16 años (RR = 1.8), representa un factor de riesgo de padecer bajo peso al nacer. En Colombia en el año 2014 Restrepo [(21)] encontró resultados similares donde el embarazo se presentó en mayor proporción en adolescentes que tenían 15 años o menos, representando un factor de riesgo asociado al bajo peso. Según Vásquez [(22)] en su investigación llevada a cabo en Ecuador en el año 2015, encontró resultados similares , que la mayoría de las gestantes, en un 27% son adolescentes entre 14-17 años, siendo un factor de riesgo para bajo peso al nacer. En ecuador en el año 2016 Guato [(24)] en su investigación realizada encontró resultados similares donde que la incidencia del bajo peso en las madres adolescente fue elevada.

Según flores [25] en el año 2016 en su investigación realizada en lima presento resultados similares, que respecto al antecedente de madre adolescente con (42%) se halló que existe 5.06 veces más probabilidades de presentar bajo peso al nacer. Resultados similares encontró Heredia [27] en su investigación realizada en México en el año 2016 donde ser adolescente era un factor de riesgo para bajo peso al nacer (OR: 0.3; IC 95%). Según Bedoya [28] en sus estudios realizados en puno en el año 2016, presento resultados similares, en madres adolescentes (OR.1.12) donde halló asociación estadísticamente significativa con bajo peso al nacer. Cruz [29] en sus estudios llevada a cabo en puno en el año 2017, encontró resultados similares en madres adolescentes (OR: 3.94) y está asociado estadísticamente significativa con bajo peso al nacer.

Con respecto al segundo objetivo específico fue Indicar los controles prenatales insuficientes como factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer, fueron dados a conocer en la tabla 2 donde el 61,4 % del total de recién nacidos con bajo peso fueron de madres adolescentes con controles prenatales insuficientes (casos). Al realizar la prueba estadística chi-cuadrado del control prenatal insuficiente como factor de riesgo encontramos que está asociado al bajo peso al nacer, debido a que la probabilidad fue menor a 0,05. El Odds ratio más relevante fue los controles prenatales insuficientes debido a que se obtuvo un valor de 5,164, el cual nos indica que un recién nacido con controles prenatales insuficientes tiene 5,164 veces más probabilidades de presentar bajo peso al nacer aquella que tiene controles prenatales suficientes.

Resultados similares presento Lazo [19] en el año 2014 en su investigación realizada en Huancayo donde encontró que el control prenatal inadecuado es un

factor de riesgo (OR, 2,02), donde halló asociación significativa con el bajo peso al nacer.

Igualmente Ticona [20] en su investigación realizada en Perú en el año 2014 encontró resultados similares, donde la ausencia o control prenatal inadecuado era un factor de riesgo (OR.1.91), y está asociado significativamente al bajo peso al nacer. Según Vásquez [22] en su investigación llevada a cabo en Ecuador en el año 2014 encontró resultados similares donde el 46% tiene de 0 a 2 controles prenatales, el 24 y 21 % no acuden a los controles prenatales por falta de interés y por ocultar el embarazo de la sociedad respectivamente. Datos similares reporto Guato [24] en el año 2015 en su investigación llevada a cabo en Ecuador donde encontró, que tener de 1 a 6 controles prenatales, estába asociado con bajo peso al nacer. Datos similares reportó Prato [26] en su investigación realizada en Perú en el año 2016, donde encontró que el control prenatal incompleto, definido como menor de 6 controles, es un factor de riesgo para bajo peso al nacer (OR= 21.3750) Resultado significativo (95% CI), lo cual muestra asociación. Según Mazza [31] en su estudio realizado en lima en el año 2018, encontró resultados similares donde los controles prenatales insuficientes es un factor de riesgo con valor de p= 0,05. (OR.3.1), y tuvo relación estadísticamente significativa con el bajo peso, este factor aumenta el riesgo de bajo peso al nacer.

7. CONCLUCION.

1. Se identificó que la edad de la madre adolescente entre 12 y 15 años es un factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer, ya que se encontró significancia estadística menor a 0,05, un OR de 8,660 con IC 95% y un valor de Chi cuadrado de 21.350
2. Se determinó que los controles prenatales insuficientes es un factor de riesgo asociado al bajo peso al nacer, ya que se encontró significancia estadística menor a 0,05, un OR de 5,164 con IC 95% y un valor de chi-cuadrado de 28,962.
3. La edad en el embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo para el bajo peso al nacer, obteniéndose un Odds ratio de 8,354 para la edad de la madre adolescente y 5,456 para el control prenatal insuficiente.

8. RECOMENDACIONES.

1. Se sugiere a las autoridades del ministerio de salud (MINSA) promover acciones orientadas a la implementación de estrategias para la prevención de embarazo en adolescente, asimismo realizar investigaciones en el mismo ámbito donde se puede evaluar las incidencias de bajo peso al nacer y la adecuada intervención.
2. Se sugiere a las autoridades del Hospital Víctor Ramos Guardia realizar actividades y programas de educación sexual y orientación en la población adolescente mediante charlas educativas, talleres con el fin de disminuir el número de embarazos en esta población.
3. Se sugiere a los profesionales de obstetricia enfatizar en la consejería sobre la importancia del control prenatal, para identificar a las gestantes que tienen factores de riesgo para bajo al nacer, para un mejor manejo y vigilancia más estrecha cuando se trate de este grupo vulnerable.
4. Los directivos del Hospital Víctor Ramos Guardia deben realizar capacitaciones continuas en atención prenatal, calidad y calidez de atención
5. Se propone a los directivos de la FCM formar profesionales reestructurando la curricula académica enfatizando en la prevención de embarazo en adolescentes.
6. Continuar con la realización de los controles pre natales en forma precoz, oportuna, detectando en forma oportuna los factores de riesgo presentes o potenciales en las mujeres embarazadas, especialmente en las adolescentes.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. UNICEF. Bajo peso al nacer. Incidencia en el mundo, [En línea] 2018 [Fecha de acceso el 02 de diciembre del 2018]. Disponible en http://unicef.cl/web/educacion/
2. Organización Mundial de la Salud. Embarazo Precoz. Ginebra: OMS; 2017. [En línea] 2018 [Fecha de acceso el 29 de noviembre del 2018]. Disponibleen:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0034-43420.
3. Romero R. Riesgos asociados al nacimiento de recién nacidos de bajo peso al nacer en el hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz, enero a diciembre de 1998.
4. Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. RCOG. 2002 [2 de juniode2012],28(2),Disponibleen:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28 _2_02/gin04202.htm.
5. Instituto Nacional De Estadística e Informática 2017 [En línea] 2017 [Fecha de acceso 04 de diciembre 2018]. Disponible en: https://andina.pe/.../noticia-inei-134-adolescentes-peru-quedo-embarazada.
6. Encuesta Nacional de Salud Familiar 2017 [En línea] 2017 [Fecha de acceso 04 de diciembre 2018]. Disponible en:https://andina.pe/…/noticia-inei-134-adolescentes peru-quedo-embarazada.
7. Soto R. Incidencia de recién nacidos pequeños para la edad gestacional y su relación con los factores maternos en el hospital "María Auxiliadora" de enero a diciembre del 2003.

8. Ministerio de Salud. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017: MINSA; 2017. [En línea] 2018 [Fecha de acceso 03 de diciembredel2018].Disponibleen:http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. Control prenatal. Ginebra: OMS; 2018 [En línea] 2018 [Fecha de acceso el 30 de noviembre del 2018]. Disponible en: http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/topics/mat.
10. Ministerio de Salud. Embarazo en adolescentes en el Perú 2017 [En línea] 2017 [Fecha de acceso 03 de diciembre del 2018]. Disponible en 14. García B. Factores de riesgos asociados al bajo peso al nacer. Rev. Cubana.
11. Ponce J. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash Perú. 2015. [Tesis de pregrado]. Chimbote: Universidad de San Pedro; 2015.
12. Velásquez L. Disminuyendo el número de casos de embarazos en adolescentes en la Micro red Miraflores Alto Chimbote, 2018 [Tesis de posgrado].Chimbote: Universidad de San Pedro; 2018.
13. Paredes R. Edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de Victor Ramos Guardia, Huaraz, 2013 [Tesis de pregrado]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2013.
14. Hurtado L, Zandra E. Influencia de los factores sociodemográficos y clínico – obstétricos en el bajo peso al nacer en el Hospital III EsSalud

Iquitos julio – diciembre 2016. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana 2017.

15. Ministerio de Salud (MINSA).” Prevención del embarazo en adolescentes”. La Salud del adolescente y el joven. Lima- Peru. 2010. Base de datos nacional de Egresos Hospitalarios. Ministerio de Salud – Oficina General de Estadística Einformática, Perú 2009 – 2011.
16. Soto Rebollar E, Ávila J, Gutiérrez V. Factores de riesgos asociados al bajo peso al nacer. Archivos de investigación materno infantil [En línea] 2010[acceso 28 de agosto 2019], 3(2): 117-122
17. ESTRADA, Alejandro (2012). Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término. Colombia. Artículo de investigación
18. Aguilar, J. (2013). Edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo la Caleta. Chimbote, 2013. Chimbote
19. Lazo Vanessa Factores de riesgo del Bajo Peso al Nacer**,** atendidos en el Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” durante el periodo Enero a junio del año 2012. {Tesis Pregrado} 2014.
20. Ticona-Rendón M, Huanco-Apaza D, Ticona Vildoso M. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en poblacion atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Rev. Ginecol Obstet Mex [En linea] 2019 [Citado2 setiembre 2019]; 80(2):51-60.
21. Restrepo S. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Rev. ALAN [En línea] 2014

[Fecha de acceso 06 de diciembre 2018]; 64 (2): 56-70. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-0622.

22. Vásquez D. Factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia del hospital Isidro Ayora-Loja, en el año 2015 [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2015.
23. Acero G. Factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Cuenca, 2015 [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015.
24. Guato S. Factores prenatales que influyen en el bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes “Hospital Básico Pelileo” enero a septiembre 2015 [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016.
25. Flores J. Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital San José de enero a diciembre del 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
26. Prato V. Control prenatal incompleto como factor de riesgo de anemia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional dos de Mayo [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
27. Heredia K. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer Rev. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [internet] 2016 [Fecha de acceso

07 de diciembre del 2018]; 54 (5): 145-152. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/4577/457746956003.pd.

28. Bedoya Á. Factores maternos que influyen en el bajo peso del recién nacido en el hospital Regional Ayacucho en el periodo enero-junio 2016. Puno [Tesis de pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
29. Cruz H. Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos de bajo peso al nacer. Servicio de Neonatología. Hospital Es salud III Salcedo-Puno. Enero-diciembre 2017 [Tesis de pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
30. Meza S. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue -el Agustino 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martin de Porres; 2017.
31. Mazza, c. factores de riesgo maternos asociados al bajo peso del recién nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017{Tesis Pregrado} Lima. Universidad Nacional Federico Villareal, 2018.
32. Organización mundial de salud (OMS), Dirección Nacional de Normatización, Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Salud en Adolecentes, 2009.
33. Issler, J. embarazo en la adolescencia 2009. [Accedido 20 octubre 2015] disponible.URL.http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/em_adolescencia.html.

34. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología-MINSA-2016. Control prenatal en adolescentes. pág. 292-294.
35. Norma técnica de salud: Atención integral de salud materna. Perú [En línea]. 2016.[Fecha de acceso 08 de diciembre del 2018]. Disponible en [ftp://ftp.minsa.gob.pe/.../Normatividad%20de%20las%20intervencione.
36. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025 Documento normativo sobre bajo peso al nacer. Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27 (Suiza) Fax: +41 22791 4156 (2017). OMS; 2017. [En línea] 2018 [Fecha de acceso 08 de diciembre del 2018]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD.
37. Ministerio de Salud. Atención prenatal, parte de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: MINSA; 2018. [En línea] 2018 [Fecha de acceso 05 de diciembre del 2018]. Disponible en: bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf.
38. Mendoza W. Embarazo en adolescentes en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [En línea] 2013 [Fecha de acceso 05 de diciembre 2018]; 30 -67-75. Disponible en: https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/286/2188.
39. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud-Para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.

Perú: MINSA; 2016. [En línea] 2018 [Fecha de acceso 07 de diciembre del 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf.

40. Arizpe C. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev. Medica Herediana [En línea] 2017 [Fecha de acceso 08 de Diciembre del 2018]; 12 (4): 120-134. Disponibles en http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view
41. Schwartz Ricardo, Diverges Carlos, Díaz Gonzalo, Fescina Ricardo. Obstetricia. Argentina: El Ateneo; 1996.3-607 p.
42. Mongrut Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. Perú: IV Edición; 2000. 55-70 p.
43. Aller Juan. Obstetricia Moderna. Venezuela: McGraw-Hill. Interamericana.1999. 2-80 p.
44. Hernández R. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: Mc Graw Hill; 2014
45. Declaración de Helsinki de La AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, [En línea]. Brasil: 64° asamblea general, fortaleza, Brazil, octubre 2015 [Fecha de acceso 08 de diciembre del 2018]; 22(1) Disponible en: URL:https://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fdinvestigacion/fdevaluacion/fdevaluacion-etica-investigacion/declaracion-helsinki-2015-esp.pdf.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2018.

I. EMBARAZO ADOLESCENTE

1.- Edad de la madre

a) 10 - 13 años

b) 14 - 16 años

c) 17 - 19 años

II.CONTROLES PRENATALES INSUFICIENTES

2.- control prenatal

a) < 6 controles prenatales

b) > 6 controles prenatales

III.- PESO DEL RECIEN NACIDO

3.- Peso

a) <2500gr

b)> 2500gr