

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL RECIÉN
NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE, 2024–2025**

TESIS

Presentada por:

Bach. Danitza Martha Pilco Flores

Para optar por el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL RECIÉN

NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE, 2024 - 2025

TESIS

Presentada por:

Bach. DANITZA MARTHA PILCO FLORES

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por Maximo, ante el siguiente jurado:

Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio

PRESIDENTE

Dr. Julio Aguilar Vilca

MIEMBRO

Méd. Jhon Lucas Pacori Achata

MIEMBRO

Mgr. José Antonio Paredes Olazábal

ASESOR

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Mgr. José Antonio Paredes Olazábal, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 14703-2026 - FACS-UNJBG de la tesis de investigación titulada:

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2024–2025”.

Presentado por el Bachiller **DANITZA MARTHA PILCO FLORES** para optar el Título profesional de MÉDICO CIRUJANO.

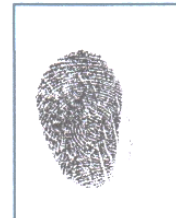
Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 7%. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis enunciado líneas arriba, la cual esta expedita para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención de título profesional.

Tacna, 23 de junio del 2026

FIRMA ASESOR


Mgr. José Antonio Paredes Olazábal
DNI: 29574677
CMP: 27262



FIRMA TESISTA


Danitza Martha Pilco Flores
DNI: 71141555



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, especialmente a mi amada madre Marta Flores Guillermo y a mi querido padre Juan Pilco Sangines, por ser pilares fundamentales en mi vida.

Su amor, apoyo y sacrificio han sido la base que me ha permitido seguir adelante y alcanzar mis metas. Gracias por acompañarme en cada etapa, por sus enseñanzas, por su paciencia y por inculcarme valores que han guiado mi camino.

A ustedes, con todo mi amor y gratitud, dedico este logro.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme brindado la fortaleza, la perseverancia y la sabiduría necesarias para superar cada obstáculo y alcanzar esta importante meta.

A mi madre y padre por su amor incondicional, su apoyo constante y por inculcarme el valor del esfuerzo, la responsabilidad y la dedicación.

A mi asesor, Dr. José Paredes Olazábal, por su valiosa orientación, paciencia, compromiso y acertadas observaciones durante el desarrollo de esta investigación.

A mis amigos de la Escuela de Medicina Humana del código 2018, por su apoyo, motivación y valiosos consejos, los cuales contribuyeron significativamente en mi formación como estudiante, persona y médico.

Asimismo, expreso mi sincero agradecimiento a mis docentes de la Escuela de Medicina, quienes, con su enseñanza, dedicación y vocación, contribuyeron de manera fundamental a mi formación académica y profesional.

A todos ellos, mi profundo reconocimiento y gratitud.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	xviii
ABSTRACT	xix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. IDENTIFICACIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.2.1. Problema general	7
1.2.2. Problemas específicos	8
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.4.1 Relevancia por conveniencia	9
1.4.2. Relevancia social	9
1.4.3. Implicancias prácticas	10
1.4.4. Valor teórico	10
1.4.5. Utilidad metodológica	10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
2.1.1. A nivel Internacional	11
2.1.2. A nivel Nacional.....	20
2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	30
2.2.1. Características clínicas del recién nacido.....	32
2.2.1.1.Edad gestacional del recién nacido.....	32
2.2.1.2.Peso al nacer del recién nacido.....	34
2.2.1.3.Morbilidades del recién nacido.....	36
2.2.1.4.Tipo de parto del recién nacido	39
2.2.1.5.Apgar del recién nacido	42
2.2.2. Complicaciones del recién nacido hijo	43
2.2.2.1.Edad materna de la madre adolescente	43
2.2.2.2.Sexo del recién nacido	45
2.2.2.3.Procedencia de la madre adolescente.....	46
2.2.2.4.Nivel de instrucción de madre adolescente	48
2.2.2.5.Paridad de la madre adolescente.....	49
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	50
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	59
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	59

3.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO.....	59
3.2.1. Población.....	59
3.2.2. Criterios de selección	60
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
3.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
3.4.1. Técnica.....	54
3.4.2. Instrumento	54
3.4.3. Tratamiento y análisis de datos.....	54
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	55
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	56
DISCUSIÓN	99
CONCLUSIONES	151
RECOMENDACIONES.....	152
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
ANEXOS.....	161

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N°1 Distribución de la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	57
TABLA N°2 Distribución de la edad gestacional por Capurro de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	59
TABLA N°3 Distribución del peso al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	61
TABLA N°4 Distribución del sexo de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	63
TABLA N°5 Distribución del peso acorde a la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	65
TABLA N°6 Distribución del tipo de parto de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna,	

2024-2025.....	67
TABLA N°7 Distribución de la terminación del parto de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	69
TABLA N°8 Distribución del motivo del parto distócico de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	71
TABLA N°9 Distribución del Apgar mínimo 1 y 5 de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	73
TABLA N°10 Distribución de la edad materna de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	75
TABLA N°11 Distribución de la procedencia de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	77
TABLA N°12 Distribución del distrito de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	79

TABLA N°13 Distribución del grado de instrucción de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	81
TABLA N°14 Distribución de la ocupación de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	83
TABLA N°15 Distribución de la condición civil de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	85
TABLA N°16 Distribución de la paridad de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	87
TABLA N°17 Distribución del número de controles prenatales de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	89
TABLA N°18 Distribución de la morbilidad de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	91

TABLA N°19 Distribución de la hospitalización de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	93
TABLA N°20 Distribución de la estancia hospitalaria de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	95
TABLA N°21 Distribución de alta médica de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°1 Distribución porcentual de la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	57
GRÁFICO N°2 Distribución porcentual de la edad gestacional por capurro de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	59
GRÁFICO N°3 Distribución porcentual del peso al nacer de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	61
GRÁFICO N°4 Distribución porcentual del sexo de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	63

GRÁFICO N°5 Distribución porcentual del peso acorde a la edad gestacional de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	65
GRÁFICO N°6 Distribución porcentual del tipo de parto de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	67
GRÁFICO N°7 Distribución porcentual de la terminación del parto de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	69
GRÁFICO N°8 Distribución porcentual del motivo del parto distócico de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	72
GRÁFICO N°9 Distribución porcentual del apgar al 1er y 5to minuto de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	73

GRÁFICO N°10 Distribución porcentual de la edad materna de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025- 2025	75
--	----

GRÁFICO N°11 Distribución porcentual de la procedencia de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	77
--	----

GRÁFICO N°12 Distribución porcentual del distrito de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	80
--	----

GRÁFICO N°13 Distribución porcentual del grado de instrucción de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	81
---	----

GRÁFICO N°14 Distribución porcentual de la ocupación de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	83
---	----

GRÁFICO N°15 Distribución porcentual de la condición civil de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	85
GRÁFICO N°16 Distribución porcentual de la paridad de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	87
GRÁFICO N°17 Distribución porcentual del número de controles prenatales de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024- 2025	89
GRÁFICO N°18 Distribución porcentual de la morbilidad de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	92
GRÁFICO N°19 Distribución porcentual de la hospitalización de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	93

GRÁFICO N°20 Distribución porcentual de la estancia hospitalaria de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025	95
--	----

GRÁFICO N°21 Distribución porcentual de alta médica de madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024-2025.....	97
--	----

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas y complicaciones del recién nacido hijo de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2024–2025. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión del Sistema Informático Perinatal. La población estuvo conformada por 300 recién nacidos hijos de madres adolescentes de 10 a 19 años. Se analizaron variables como edad gestacional, peso al nacer, sexo, tipo de parto, Apgar y morbilidades neonatales. **Resultados:** El 93 % de los recién nacidos fue a término y el 89 % presentó peso adecuado al nacer. El sexo masculino predominó ligeramente con 50,67 %. El parto eutócico fue el más frecuente, con 59,67 %. El Apgar fue normal en el 96,34 % al primer minuto y en el 100 % al quinto minuto. La mayoría de las madres correspondió a adolescencia tardía, entre 17 y 19 años, con 73,67 %. El 58,33 % de los recién nacidos no presentó morbilidad; las complicaciones más frecuentes fueron ictericia neonatal con 10,33 %, deshidratación neonatal con 7 % e hipoglicemia con 5,67 %. **Conclusiones:** Los recién nacidos hijos de madres adolescentes presentaron, en su mayoría, condiciones clínicas favorables, como nacimiento a término, peso adecuado, Apgar normal y parto eutócico. Sin embargo, se identificaron complicaciones neonatales como ictericia, deshidratación e hipoglicemia, por lo que se recomienda fortalecer el control prenatal, la vigilancia neonatal y la prevención del embarazo adolescente.

Palabras clave: madre adolescente, recién nacido, complicaciones neonatales, ictericia neonatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical characteristics and complications of newborns born to adolescent mothers at Hipólito Unanue Hospital in Tacna during 2024–2025. **Methodology:** An observational, descriptive, and retrospective study was conducted based on the review of the perinatal information system. The population consisted of 300 newborns born to adolescent mothers aged 10 to 19 years. Variables such as gestational age, birth weight, sex, type of delivery, Apgar score, and neonatal morbidities were analyzed. **Results:** A total of 93% of newborns were born at term and 89% had adequate birth weight. Male newborns slightly predominated, with 50.67%. Eutocic delivery was the most frequent type of delivery, with 59.67%. Apgar score was normal in 96.34% at the first minute and in 100% at the fifth minute. Most mothers were in late adolescence, between 17 and 19 years, representing 73.67%. A total of 58.33% of newborns did not present morbidity; the most frequent complications were neonatal jaundice with 10.33%, neonatal dehydration with 7%, and hypoglycemia with 5.67%. **Conclusions:** newborns born to adolescent mothers mostly presented favorable clinical conditions, such as term birth, adequate birth weight, normal Apgar score, and eutocic delivery. However, neonatal complications such as jaundice, dehydration, and hypoglycemia were identified. Therefore, it is recommended to strengthen prenatal care, neonatal monitoring, and adolescent pregnancy prevention.

Keywords: adolescent mother, newborn, neonatal complications, neonatal jaundice.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente constituye un problema de salud pública de gran importancia debido a las repercusiones que puede generar en la madre, el recién nacido, la familia y la sociedad. La adolescencia, comprendida entre los 10 y 19 años, es una etapa caracterizada por cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que forman parte del proceso de transición hacia la adultez. Cuando la gestación ocurre durante este periodo, la adolescente puede enfrentar mayores riesgos relacionados con su inmadurez biológica, limitaciones económicas, menor acceso a información, abandono escolar, insuficiente control prenatal y dificultades para asumir adecuadamente la maternidad.

A nivel mundial, el embarazo en adolescentes continúa siendo una situación preocupante, especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde las condiciones sociales y sanitarias pueden incrementar la posibilidad de complicaciones maternas y neonatales. En América Latina y el Caribe, esta problemática mantiene una elevada frecuencia y se asocia con desigualdades sociales, pobreza, bajo nivel educativo, escasa educación sexual y limitado acceso a servicios de salud reproductiva. Estas condiciones no solo afectan el bienestar de la madre adolescente, sino que también pueden influir directamente en el desarrollo del recién nacido.

Los hijos de madres adolescentes pueden presentar diversos riesgos desde la etapa intrauterina hasta el periodo neonatal. Entre las complicaciones más descritas se encuentran el parto prematuro, el bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento intrauterino, la dificultad respiratoria, la hipoglicemia, la ictericia neonatal, las infecciones y otras morbilidades que pueden comprometer la salud del recién nacido. Asimismo, la falta de controles prenatales adecuados puede dificultar la identificación oportuna de factores de riesgo, aumentando la probabilidad de resultados perinatales desfavorables.

En el contexto peruano, el embarazo adolescente representa un desafío para el sistema de salud, debido a sus implicancias médicas, sociales y económicas. Esta situación adquiere mayor relevancia en poblaciones vulnerables, donde el acceso a servicios de salud, educación y orientación preventiva puede ser limitado. Por ello, resulta necesario desarrollar investigaciones que permitan conocer las características clínicas y complicaciones de los recién nacidos hijos de madres adolescentes en diferentes realidades hospitalarias del país.

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el estudio de esta población resulta importante porque permite identificar las principales condiciones clínicas del recién nacido y las complicaciones más frecuentes durante el periodo neonatal.

El análisis de variables como edad gestacional, peso al nacer, sexo, tipo de parto, Apgar y morbilidades neonatales contribuye a comprender mejor la magnitud del problema y a generar información útil para la atención médica.

La presente investigación tiene como objetivo determinar y describir las características clínicas y complicaciones del recién nacido hijo de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2024–2025. Los resultados obtenidos permitirán aportar evidencia local, fortalecer la vigilancia prenatal y neonatal, mejorar la toma de decisiones del personal de salud y promover estrategias orientadas a la prevención del embarazo adolescente y a la reducción de complicaciones en el recién nacido.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años, en la que ocurre la transición de la niñez a la adultez y se producen importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales. Esta etapa suele dividirse en tres períodos: adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia intermedia (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). (1)

El embarazo entre jóvenes representa un desafío sanitario colectivo a nivel mundial. En términos generales, América Latina y el Caribe continúan siendo una de las regiones con mayores tasas de fecundidad adolescente, solo por detrás de África subsahariana.

En el contexto peruano, esta problemática mantiene relevancia por sus implicancias sanitarias, sociales y económicas, especialmente en poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad. Asimismo, se ha señalado que existe una preocupación creciente por el incremento de embarazos en menores de 15 años en diversos contextos de la región.

De acuerdo con reportes internacionales, las complicaciones en los hijos de madres adolescentes pueden iniciar desde la etapa intrauterina. Entre las principales se encuentran la escasa masa corporal neonatal, la limitación del desarrollo fetal dentro del útero y la prematuridad, factores que incrementan el riesgo de morbilidad neonatal en comparación con los neonatos de las madres adultas.

Además, los neonatos de las madres adolescentes pueden presentar consecuencias en su salud y desarrollo, algunas de ellas con efectos prolongados o incluso permanentes. Entre estas se describen alteraciones en el desarrollo biológico, defectos del cierre del tubo neural y otras complicaciones asociadas a condiciones perinatales adversas. En este sentido, el bajo peso al nacer representa ciertos peligros sumamente habituales y relevantes por sus repercusiones a corto y largo plazo.

Diversas investigaciones también señalan que los hijos de mujeres menores de 20 años presentan un mayor riesgo de fallecer antes de cumplir su periodo inaugural equivalente a doce meses vitales frente a los hijos de mujeres entre 20 y 29 años de edad. Este riesgo es aún mayor cuando se trata de gestantes menores de 14 años, lo que evidencia la alta vulnerabilidad materno-perinatal asociada al embarazo en edades tempranas.

En el ámbito nacional, la gestación en adolescentes se relaciona con múltiples factores sistémicos, tales como la carencia económica, la limitada formación académica, la zona de domicilio y, en algunos casos, la lengua materna. Estas condiciones configuran entornos de mayor desigualdad y limitan el acceso a oportunidades, educación sexual integral y servicios de salud. Asimismo, algunos estudios han demostrado evidenciándose superior probabilidad para alumbramiento adelantado entre gestantes jóvenes que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos.

La distribución del embarazo adolescente en el Perú no es homogénea. Existen diferencias marcadas entre las adolescentes que viven en zonas urbanas y aquellas que residen en áreas rurales. Según los resultados difundidos por la ENDES (2024), sostiene que: “El embarazo adolescente continúa siendo un indicador de especial atención en el país, con una mayor concentración en contextos rurales y en poblaciones con mayores brechas sociales” (2)

En el ámbito local, estudios realizados en Tacna reportan que la mayoría de los casos de maternidad adolescente corresponde a etapa juvenil avanzada, mayor presencia entre embarazadas sin partos previos, revisiones médicas durante gravidez usualmente apropiadas, situación marital en unión libre y un nivel de instrucción predominantemente secundario. En cuanto a los recién nacidos, se describe que, en su mayoría, nacen a término y con predominio del sexo

masculino; sin embargo, también se han identificado casos de peso insuficiente así como insuficiente masa al momento del nacimiento, lo que confirma la presencia de riesgos neonatales en este grupo poblacional.

Frente a dicha situación y a sus variadas consecuencias en el bienestar, las finanzas y la comunidad, resulta fundamental analizar las características clínicas y las complicaciones que presentan los neonatos descendientes de progenitoras juveniles. Del mismo modo, es importante contrastar la realidad local con la evidencia reportada en otras regiones, con el fin de entender con mayor claridad la dimensión del inconveniente y contribuir a la formulación de planes de anticipación y actuación considerablemente más eficaces.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características clínicas y complicaciones del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuáles son las características clínicas de los recién nacidos de madre adolescente en Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025?
- b) ¿Cuáles son las características maternas de la madre adolescente de los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025?
- c) ¿Cuáles son las complicaciones del recién nacido de madre adolescente en Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar y describir las características clínicas y complicaciones del recién nacido hijo de madre adolescente en Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Determinar las características clínicas del recién nacido de madre adolescente en Hospital Hipólito

Unanue, 2024–2025.

- b) Determinar las características maternas de madre adolescente de los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025.
- c) Determinar las complicaciones del recién nacido de madre adolescente en Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Relevancia por conveniencia

El siguiente trabajo tuvo una línea de investigación sobre las características clínicas y complicaciones del recién nacido hijo de madre adolescente. El tema de elección fue considerado como una prioridad de investigación de salud (INS,2024), por ello se busca obtener más información acerca de la realidad de esta problemática en la localidad de Tacna.

1.4.2. Relevancia social

Esta investigación busco beneficiar a los pobladores de Tacna y al personal de salud del Hospital Hipólito Unanue, proporcionando datos significativos destinados a adecuada elección, entender situación vigente,

para evitar eventuales dificultades entre neonatos descendientes de embarazadas juveniles, disminuyendo así la letalidad.

1.4.3. Implicancias prácticas

Este trabajo busco contribuir al abordaje de una dificultad sanitaria colectiva como resulta ese estado médico y las complicaciones del recién nacido descendiente de progenitora juvenil, los datos que se obtuvieron buscan favorecer igualmente la gestión de esta dificultad en nuestra comunidad, así como en el ámbito del país.

1.4.4. Valor teórico

Esta investigación se propuso a ayudar a nuestra localidad a contar con un fundamento de datos numéricos sobre una dificultad que ocurre en todo el planeta, tal como el estado médico y las dificultades del neonato descendiente de progenitora juvenil.

1.4.5. Utilidad metodológica

La información obtenida y los hallazgos que se obtuvieron luego de su análisis podrán funcionar como fundamento para una comprensión más amplia de los rasgos médicos y problemas de salud en el infante nacido de madre joven en el Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel Internacional

Domingo et al. (2020), en su trabajo de investigación: “Impacto de la maternidad adolescente en los resultados perinatales”, en España, con el objetivo de evaluar la repercusión de la maternidad adolescente en el peso de los recién nacidos y, de manera secundaria, en otros resultados perinatales. La investigación correspondió a una investigación observacional retrospectiva, donde se confrontaron los desenlaces perinatales entre dos conjuntos de embarazadas: jóvenes y adultas. Para la recolección de la información, los autores utilizaron datos obtenidos a partir de los registros médicos digitales de las progenitoras y de sus descendientes, considerando tanto el periodo de gestación como el periodo neonatal inmediato. La muestra incluyó la totalidad de partos de gestantes adolescentes atendidas en el hospital durante el periodo de estudio ($n = 377$), cifra que representó el 1,3 % del total de gestaciones registradas en dicho establecimiento. Estos casos fueron comparados con un grupo control conformado por madres no adolescentes ($n = 143$). Entre los hallazgos más relevantes, se evidenció

que las gestantes adolescentes presentaron, de forma significativa, una reducida cantidad de alumbramientos instrumentados y cesáreas. No obstante, no se hallaron disparidades relevantes desde el punto de vista estadístico entre los dos conjuntos en variables como la tiempo de desarrollo fetal dentro del útero, el peso al nacer, la nacimiento anticipado, la ingesta de sustancias tóxicas durante la gestación, el pH del cordón umbilical, la modalidad de alimentación materna, la admisión en el servicio de neonatología, la duración de la estancia clínica ni las afecciones del neonato.

En ese sentido, se concluyó: *“Que no se evidenció un aumento del riesgo de resultados perinatales adversos asociado al embarazo adolescente en la población estudiada. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que aporta evidencia de que, en determinados contextos y bajo condiciones específicas de atención, la maternidad adolescente no necesariamente se asocia con desenlaces perinatales desfavorables, lo que permite contrastar estos resultados con otras realidades epidemiológicas y sociales”* (3)

Kiray E. (2020), en su trabajo de investigación titulada “Características maternas y resultados obstétricos y neonatales de embarazos únicos en adolescentes”, Anatolia, Turquía, con el objetivo de analizar atributos propios de mujeres gestantes, así como los desenlaces del alumbramiento y del periodo neonatal asociados a las gestaciones individuales en jóvenes. La investigación fue de enfoque

descriptivo y transversal, permitiendo analizar las principales complicaciones maternas y neonatales presentadas en esta población. Entre los resultados más relevantes, se evidenció que el 19,5 % de las adolescentes presentó complicaciones durante el embarazo, destacando la preeclampsia en un 5,8 % de los casos. Asimismo, se reportó que el 44,8 % de los embarazos culminó por cesárea, además de identificarse problemas frecuentes como la atención prenatal inadecuada y la anemia materna. En relación con los resultados neonatales, la tasa de parto prematuro fue de 27,0 %, de los cuales el 20,3 % correspondió a gestaciones mayores de 34 semanas. Del mismo modo, el 13,3 % de los recién nacidos requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en el periodo posparto inmediato, mientras que el 25,3 % fue readmitido en dicha unidad durante el primer un mes después del egreso, destacando la elevación de bilirrubina la causa más frecuente, presente en el 55,7 % de estos casos. Además, los autores señalaron que las gestaciones juveniles se vincularon con altos índices de angustia del feto al momento del nacimiento (28,7 %), alumbramiento anticipado (26,9 %) y reingreso a la UCIN tras el alta hospitalaria (25,3 %). En conclusión, determinaron que:

“Las altas tasas de atención prenatal deficiente, anemia materna y parto por cesárea observadas en los embarazos adolescentes estuvieron relacionadas con mayores complicaciones neonatales, como el sufrimiento fetal al nacimiento, la prematuridad y el reingreso neonatal

durante el primer mes de vida.” (4)

De Marco N. (2021), en su trabajo de investigación titulado: “Prevalencia de bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte fetal entre adolescentes embarazadas en Canadá: una revisión sistemática y metanálisis” El objetivo del estudio fue analizar la frecuencia de reducida masa corporal neonatal (BPN), parto prematuro (PTB) y deceso del feto en gestantes jóvenes, en contraste con féminas maduras. Con tal propósito efectuaron una evaluación sistemática y síntesis estadística combinada, mediante los cuales analizaron la evidencia disponible sobre estos desenlaces perinatales adversos. Entre los principales hallazgos, los autores reportaron que 4 de 9 estudios mostraron una asociación positiva entre el embarazo joven y el nacimiento prematuro ($P = 0,74$), mientras que 3 de 7 estudios evidenciaron hallazgos favorables vinculados con la reducida masa corporal neonatal ($P = 0,70$). En cuanto a la muerte fetal, no se documentaron asociaciones positivas mediante el procedimiento de conteo de votos utilizado en la investigación. A partir de estos resultados, se concluyó: *“Que las madres adolescentes en Canadá presentan una mayor probabilidad de tener recién nacidos prematuros, con bajo peso al nacer o nacidos muertos, en comparación con las madres adultas”*. Asimismo, señalaron que en futuras investigaciones resulta necesario evaluar múltiples elementos asociados con desenlaces desfavorables del alumbramiento, entre ellos las desigualdades condiciones sociales y económicas, además de las

variaciones asociadas al uso de estupefacientes y al bienestar psicológico en la gestación.

Flores M. (2025), en su investigación titulada: “Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el Hospital Municipal Los Andes durante 2024” tuvieron como objetivo determinar las complicaciones presentadas durante el parto en adolescentes embarazadas atendidas durante la gestión 2024. El estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, aplicando el método inductivo. Para la recolección de datos se revisaron libros de registro de los servicios de partos y quirófano, expedientes clínicos e información del servicio de estadística institucional. Entre los resultados, se identificó que de 3 907 pacientes atendidas, 448 correspondieron a adolescentes entre 10 y 19 años, representando el 11 % del total. De ellas, 358 recibieron atención durante el parto; el 98 % tenía entre 15 y 19 años y el 2 % era menor de 15 años. Asimismo, el 9 % de los casos correspondió a abortos, el 79 % no presentó complicaciones y el 22 % sí las presentó, siendo las más frecuentes el sufrimiento fetal agudo, la cesárea por condición de adolescencia y la presentación fetal anómala. Además, se evidenció que el 21 % cursaba un segundo o tercer embarazo antes de los 20 años. Finalmente, el autor concluyó que existen limitaciones en el registro de información clínica, por lo que recomendaron fortalecer la calidad del registro de datos y desarrollar acciones preventivas orientadas a disminuir el embarazo adolescente,

su recurrencia y las complicaciones asociadas al parto. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que permite analizar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes y su relación con posibles desenlaces neonatales adversos. (5)

Avendaño N. (2021), en su investigación: “Morbilidad neonatal en hijos de madres adolescentes y en hijos de madres adultas, estudio comparativo” tiene como objetivo identificar las principales complicaciones maternas y perinatales relacionadas con la gestación en adolescentes. El estudio fue de tipo transversal comparativo y estuvo conformado por 200 recién nacidos, de los cuales 100 correspondieron a hijos de madres adolescentes y 100 a hijos de madres adultas. Para la recolección de datos se evaluaron variables maternas y neonatales como estado civil, escolaridad, control prenatal, complicaciones durante el embarazo, edad gestacional, peso al nacer, puntuación de Apgar, trauma obstétrico y malformaciones congénitas. Entre los principales resultados, se evidenció que únicamente el 20 % de las madres adolescentes recibió control prenatal, en comparación con el 79 % de las madres adultas. Asimismo, las complicaciones durante el embarazo fueron más frecuentes en las madres adultas. Respecto a los resultados neonatales, no se encontraron diferencias significativas en la morbilidad general del recién nacido, salvo en la asfixia perinatal, la cual fue más frecuente en los hijos de madres adolescentes. La mortalidad neonatal

fue de 6 % en hijos de madres adolescentes y de 1 % en hijos de madres adultas. Finalmente, los autores concluyeron que la edad materna joven no constituye por sí sola un factor de riesgo determinante para la morbilidad y mortalidad neonatal; sin embargo, ciertas complicaciones perinatales, como la asfixia neonatal, fueron más frecuentes en este grupo poblacional. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que permite comparar las complicaciones neonatales entre hijos de madres adolescentes y adultas. (6)

Bojanini J. y Gómez J. (2004), en su investigación titulada: “Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes”, realizada en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín, Colombia, tuvieron como objetivo describir los resultados obstétricos y perinatales de las gestantes atendidas entre junio de 2000 y octubre de 2001. El estudio fue de tipo descriptivo y retrospectivo, utilizando información obtenida de la base de datos del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antioquia. Entre los principales resultados, se encontró que el 28,6 % de las pacientes atendidas eran adolescentes y que una cuarta parte de ellas presentaba embarazos repetidos. Asimismo, se evidenció una importante proporción de adolescentes sin control prenatal adecuado. En relación con las complicaciones obstétricas, las adolescentes presentaron mayor frecuencia de eclampsia, ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. Respecto a los resultados perinatales, se identificó mayor

prevalencia de prematuridad y bajo peso al nacer en los hijos de madres adolescentes. Además, las complicaciones maternas en el posparto inmediato se presentaron en el 5,4 % de las adolescentes, siendo la endometritis una de las principales causas. Finalmente, los autores concluyeron que las gestantes adolescentes presentan mayor frecuencia de complicaciones obstétricas y resultados perinatales adversos en comparación con las mujeres adultas, especialmente relacionados con prematuridad y bajo peso neonatal. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que evidencia la asociación entre el embarazo adolescente y las complicaciones neonatales y perinatales.

Sodero H, Lezcano SAS, Vallejos Arce MS. (2005), en su investigación titulada: “Características del recién nacido en madres adolescentes”, tuvieron como objetivo evaluar las características de los recién nacidos hijos de madres adolescentes entre 10 y 14 años y compararlas con las de madres adolescentes entre 15 y 19 años. El estudio fue de tipo retrospectivo y comparativo, realizado mediante la revisión de datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal del Hospital “J. R. Vidal” de Corrientes durante el año 2003. Entre los principales resultados, se registraron 697 nacimientos de madres adolescentes, representando el 14,94 % del total de nacimientos. Asimismo, se evidenció que el 31,25 % de los recién nacidos hijos de madres menores de 15 años presentó bajo peso al nacer, en

comparación con el 19,5 % de los hijos de madres de 15 a 19 años. Del mismo modo, la depresión al primer minuto ($APGAR \leq 6$) fue más frecuente en los hijos de madres menores de 15 años (17,8 %) frente al 11 % del otro grupo etario. Respecto al tipo de parto, el 27 % de las adolescentes de 10 a 14 años culminó en cesárea, mientras que en el grupo de 15 a 19 años la frecuencia fue de 20,8 %. Finalmente, los autores concluyeron que las madres adolescentes menores de 15 años presentaron mayor frecuencia de recién nacidos con bajo peso, depresión neonatal al primer minuto y partos por cesárea, evidenciando un mayor riesgo neonatal en este grupo etario. (7)

Caraballo L. (2008), en su investigación titulada: “Estado nutricional y complicaciones inmediatas en neonatos de madres adolescentes”, tuvo como objetivo determinar la influencia del embarazo adolescente sobre el estado nutricional del recién nacido y su relación con la presencia de complicaciones neonatales inmediatas. El estudio fue prospectivo, descriptivo y correlacional, realizado en el Hospital Materno Infantil “Dr. Pastor Oropeza” de Venezuela entre agosto y octubre de 2007. La muestra estuvo conformada por 102 recién nacidos hijos de madres adolescentes entre 14 y 19 años. Entre los principales resultados, se encontró que el 79,4 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional, el 13,7 % grandes para la edad gestacional y el 6,9 % pequeños para la edad gestacional. Asimismo, la prevalencia de bajo peso al nacer fue de 7,8 %. En relación con las complicaciones

neonatales inmediatas, el 33,3 % de los recién nacidos presentó alguna complicación, siendo las más frecuentes la hipoglicemia (13,7 %), la ictericia neonatal (9,8 %) y la sepsis neonatal (7,8 %). Además, se reportó que el 11,8 % de los recién nacidos fueron pretérmino. Los autores concluyeron que, en la población estudiada, el embarazo adolescente no se asoció directamente con alteraciones importantes del estado nutricional neonatal ni con mayor frecuencia de complicaciones neonatales inmediatas; sin embargo, resaltaron la importancia de la evaluación nutricional y del control prenatal oportuno en esta población. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que permite analizar la relación entre embarazo adolescente, estado nutricional neonatal y morbilidad neonatal inmediata.

2.1.2. A nivel Nacional

Leiva E., Leiva C. & Leiva D. (2018), en su trabajo de investigación titulado: “El recién nacido de madre adolescente”, se propusieron identificar los rasgos de los neonatos provenientes de progenitoras juveniles atendidas en el Hospital II-2 de Sullana durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2014. Para ello, realizaron una investigación de carácter explicativo, de observación y con análisis hacia el pasado, sustentada en el examen de los registros médicos de los neonatos de madres adolescentes. En cuanto a los resultados, se

registró un total de 644 recién nacidos. Se evidenció que el 61,44 % de los neonatos de progenitoras jóvenes en etapa avanzada llegaron al mundo mediante operación quirúrgica obstétrica. En cuanto al fluido amniótico, este fue normal en el 85,55 % de los casos, mientras que en el 14,44 % se reportó líquido amniótico meconial. Asimismo, predominó el sexo masculino, con un 51,70 % de los casos. En relación con la edad gestacional, el 6,83 % de los recién nacidos fueron pretérmino, el 92,54 % llegaron a término mientras que el 0,31 % resultaron postérmino. De acuerdo con la valoración infantil, el 86,56 % de los neonatos provenientes de progenitoras juveniles tardías resultaron apropiados respecto al tiempo de desarrollo fetal intrauterino (AEG), mientras que el 10,52 % de los neonatos de progenitoras juveniles en etapa inicial resultaron reducidos respecto al tiempo de desarrollo fetal intrauterino (PEG). Además, el 96,89 % presentó un puntaje de APGAR entre 7 y 10 al primer minuto, y el 99,22 % obtuvo un APGAR entre 7 y 10 a los cinco minutos. Finalmente, concluyeron que: *“La mayoría de los neonatos de madres adolescentes fueron recién nacidos a término y nacieron por cesárea, sin registrarse fallecidos durante el periodo estudiado. Este antecedente resulta importante para la presente investigación, ya que permite identificar las principales características neonatales de hijos de madres adolescentes en un contexto hospitalario nacional, aportando evidencia útil para comparar con otros escenarios y poblaciones.”* (8)

Pérez J. (2018), en su trabajo de investigación titulado: “Características perinatales de los recién de madres adolescentes nacidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca” se propuso analizar los rasgos perinatales de neonatos descendientes de progenitoras juveniles asistidos en el área de atención neonatal. Con ese fin efectuó una investigación hacia el pasado, de observación y con diseño transversal, basado en el examen de los expedientes médicos de los neonatos, a partir de las cuales se recolectó información tanto de la madre como del neonato. Entre los resultados, se reportó que, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, a lo largo del intervalo comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2016, se registró una suma de 6973 neonatos, entre ellos 1172 pertenecientes a descendientes de progenitoras juveniles, representando una incidencia de 16,8 %. El promedio etario de las progenitoras juveniles alcanzó 17,44 años; entre estas, 1,2 % correspondía al periodo inicial de juventud, el 25,4 % a la adolescencia media y el 73,4 % a la fase final de la juventud, con rangos etarios que variaron entre los 11 y 19 años. En relación con las características perinatales, se determinó que el 15,5 % de los infantes recién llegados al mundo resultaron pretérmino, el 83,9 % nacieron a término y el 0,6 % fueron postérmino. Respecto al peso al nacer, el 2,5 % presentó muy bajo peso, el 16,5 % bajo peso, el 80,2 % peso normal y el 0,8 % fue macrosómico. En cuanto a la clasificación según edad gestacional, el 17 % entre los neonatos resultaron de

tamaño reducido respecto al tiempo de desarrollo fetal intrauterino, el 80 % se consideró apropiado para dicho periodo gestacional y el 3 % fueron grandes para la edad gestacional. Asimismo, en relación con el puntaje de APGAR, predominó la buena adaptación neonatal, observándose en el 94,1 % en el primer instante tras el nacimiento y en el 98,7 % a los cinco instantes. Por otra parte, las situaciones con abatimiento intenso o intermedio representaron el 5,9 % al primer minuto y el 1,3 % a los cinco minutos de vida. Finalmente, el autor concluyó que: *“Al evaluar características perinatales como la prematuridad, el bajo peso al nacer, la condición de pequeño para la edad gestacional y el APGAR con depresión moderada o severa, estas no constituyeron características perinatales frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo de estudio. Este antecedente es relevante para la presente investigación, ya que aporta evidencia nacional sobre el comportamiento perinatal de los hijos de madres adolescentes, permitiendo contrastar estos hallazgos con otros contextos hospitalarios y poblacionales”*. (9)

Yerba M. (2019), en su trabajo de investigación titulado “Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno” se propuso determinar los rasgos perinatales de los neonatos provenientes de progenitoras juveniles. Para ello, efectuó una investigación de carácter observacional, retrospectivo, explicativo y con

diseño transversal, basada en el análisis de los archivos de alumbramientos del área de atención neonatal. A partir de esta información, se recopilaron información referente al infante y a la progenitora adolescente, los cuales fueron organizados dentro de un registro de información en Excel 2013 y posteriormente analizados mediante el programa SPSS versión 25, incluyendo la comparación de grupos mediante el examen estadístico de chi al cuadrado. Entre los principales resultados, se determinó que la frecuencia de progenitoras juveniles en gestación respecto al total de la población estudiada fue de 10,70 %. En relación con la edad gestacional de los recién nacidos, el 86,44 % nació a término, el 13,14 % fue pretérmino y el 0,42 % fue postérmino. Respecto al peso al nacer, el 86,86 % presentó peso adecuado, el 11,86 % bajo peso, el 0,85 % muy bajo peso y el 0,42 % fue macrosómico. Asimismo, el 83,05 % de los los neonatos se consideraron apropiados para el tiempo de desarrollo fetal intrauterino, mientras que el 9,32 % presentaron tamaño reducido respecto a la semanas de gestación y el 7,63 % con talla superior a la esperada para su edad gestacional. Respecto a los atributos de las progenitoras, se informó que la edad promedio de las gestantes juveniles fue de 17,89 años. Además, el 82,20 % mantenía una condición de convivencia con pareja, y el 69,49 % de los partos fueron eutócicos. Finalmente, se concluyó: *“Que las principales características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes fueron el nacimiento a término y el*

peso adecuado para la edad gestacional. Asimismo, destacó que en las gestantes adolescentes predominó una edad promedio de 17,89 años, una prevalencia de embarazo adolescente de 10,70 %, controles prenatales adecuados y mayor frecuencia de partos eutócicos” (10)

Ramos A. (2017), en su investigación: “Complicaciones neonatales en hijos de madres adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011-2015” tuvo como objetivo identificar las complicaciones neonatales presentadas en hijos de madres adolescentes. El estudio se desarrolló a partir de la revisión de registros clínicos institucionales, permitiendo describir el perfil de morbilidad perinatal en esta población vulnerable. Entre los principales resultados, se evidenció que las complicaciones más frecuentes fueron la hiperbilirrubinemia, presente en el 21,21 % de los casos; las alteraciones hidroelectrolíticas, con 16,01 %; y el síndrome de dificultad respiratoria, con 8,31 %. Asimismo, se reportaron otras morbilidades como sepsis neonatal en el 7,69 %, malformaciones congénitas en el 7,48 % y traumatismos al nacer en el 5,82 %. Finalmente, el estudio concluyó que los recién nacidos de madres adolescentes presentan una importante frecuencia de complicaciones metabólicas, respiratorias e infecciosas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el control prenatal y la atención neonatal oportuna en este grupo poblacional. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que aporta evidencia local sobre las complicaciones neonatales en hijos de madres adolescentes

atendidos en el mismo hospital. (11)

Huaqui S. (2025), en su investigación: “Complicaciones materno neonatales en gestantes adolescentes en el Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma – 2023” se tuvo como objetivo identificar las complicaciones materno neonatales en gestantes adolescentes atendidas en dicho establecimiento. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo básico, nivel descriptivo y diseño no experimental, con una muestra conformada por 45 gestantes adolescentes. Entre los principales resultados sociodemográficos, se encontró que predominó el grupo etario de 18 a 19 años con 62,3 %, la procedencia urbana con 60,0 %, el estado civil soltera con 68,9 % y el nivel educativo de secundaria completa con 51,1 %. En relación con las características obstétricas, las gestantes se distribuyeron de forma similar entre el primer, segundo y tercer trimestre, con 33,3 % en cada grupo; además, el 42,2 % presentó índice de masa corporal normal y el 75,6 % fueron primigestas. Respecto a las complicaciones maternas durante el embarazo, se identificó infección del tracto urinario en el 51,1 %, anemia en el 15,6 %, aborto en el 11,1 % y preeclampsia en el 8,8 %. Durante el parto, las complicaciones más frecuentes fueron la desproporción céfalo-pélvica con 40,0 %, el trabajo de parto prolongado con 24,4 % y el expulsivo prolongado con 13,3 %. En cuanto a las complicaciones neonatales, predominó el síndrome de distrés respiratorio con 64,4 %, seguido de ictericia neonatal y prematuridad, ambos con 11,1 %. Finalmente, se concluyó que existen

factores asociados a las complicaciones maternas neonatales en gestantes adolescentes, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la vigilancia prenatal y la atención obstétrica y neonatal oportuna en esta población.

Távora L. (2015), en el estudio titulado: “Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes (Perú)”, tuvieron como objetivo analizar las consecuencias del embarazo adolescente en la salud física, mental y social de las adolescentes peruanas. La investigación se realizó en cuatro hospitales del país, incluyendo establecimientos de Lima y otras regiones, mediante entrevistas a 139 adolescentes menores de 18 años y revisión de historias clínicas obstétricas y neonatales. Entre los principales resultados, se evidenció que la mayoría de los embarazos fue no planificado y no deseado, afectando significativamente el proyecto de vida y la salud emocional de las adolescentes. Asimismo, se identificaron complicaciones obstétricas y neonatales frecuentes, entre ellas parto prematuro, bajo peso al nacer, complicaciones durante el parto y necesidad de atención neonatal especializada. El estudio también reportó situaciones de estigmatización social, abandono escolar y afectación psicológica, incluyendo intentos de interrupción del embarazo y riesgo suicida en algunas adolescentes. Además, se observó limitada participación multisectorial en las estrategias de prevención y deficiencias en el acceso a educación sexual y métodos anticonceptivos. Finalmente, los autores concluyeron que el embarazo adolescente

constituye un importante problema de salud pública debido a sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales tanto en la madre como en el recién nacido, resaltando la necesidad de fortalecer las políticas de prevención y atención integral en adolescentes. (12)

Arica D. y Diaz D. (2023), en su investigación titulada: “Complicaciones neonatales en hijos de madres adolescentes atendidas en un hospital de Lima”, tuvo como objetivo identificar las principales complicaciones neonatales asociadas al embarazo adolescente en un establecimiento hospitalario de Lima. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas neonatales y maternas. Entre los principales resultados, se evidenció que las complicaciones neonatales más frecuentes fueron el síndrome de dificultad respiratoria, la ictericia neonatal y la prematuridad. Asimismo, se identificó una importante frecuencia de bajo peso al nacer y necesidad de hospitalización neonatal en los hijos de madres adolescentes. El estudio también reportó asociación entre controles prenatales insuficientes y mayor presencia de complicaciones neonatales. Finalmente, la autora concluyó que el embarazo adolescente constituye un factor relacionado con mayor morbilidad neonatal y resultados perinatales adversos, especialmente en recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. Este antecedente resulta relevante para la presente investigación, ya que aporta evidencia nacional sobre las complicaciones clínicas y neonatales en hijos de madres

adolescentes atendidos en hospitales peruanos. (13)

La Rosa F. (2015), en su investigación “Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012” tuvo como objetivo analizar la relación entre las complicaciones presentadas en recién nacidos de madres adolescentes tempranas, entre 10 y 14 años, en comparación con recién nacidos de madres adultas de 20 a 35 años. El estudio fue analítico, de tipo cohorte retrospectivo, e incluyó a todos los recién nacidos de madres adolescentes tempranas y un número equivalente de recién nacidos de madres adultas. Entre los resultados, se encontró que de un total de 16 601 nacimientos, 62 correspondieron a hijos de madres adolescentes tempranas, representando el 0,37 %. En ambos grupos predominó el peso adecuado al nacer, con 87,1 % en hijos de madres adolescentes tempranas y 80,6 % en hijos de madres adultas. Asimismo, la mayoría fue adecuada para la edad gestacional y nació a término, con 90,3 % en ambos grupos. El parto vaginal fue más frecuente en las madres adolescentes tempranas, con 82,3 %, frente al 69,4 % en madres adultas. Respecto al control prenatal, el 32,3 % de las adolescentes tempranas y el 19,4 % de las madres adultas no tuvo control prenatal adecuado. En cuanto a las complicaciones neonatales, la mayoría de recién nacidos no presentó ictericia, sepsis, complicaciones respiratorias ni complicaciones mecánicas. Finalmente, se concluyó que no existieron diferencias significativas entre las

complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes tempranas y los recién nacidos de madres adultas de 20 a 35 años, aunque se observó mayor proporción de control prenatal inadecuado en las adolescentes tempranas.

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el embarazo adolescente similar al que se presenta en menores y adolescentes comprendidas entre 10 y 19 años. En los países con ingresos bajos y medios, se calcula que cada año alrededor de 21 millones de jóvenes de 15 a 19 años resultan gestantes, entre las cuales cerca de la mitad son embarazos no planeados, resultando en unos 12 millones de nacimientos anuales. (14)

La prevalencia mundial de embarazo adolescente se observa en los países de América Latina, África y ciertas regiones de Asia las cuales presentan las tasas más elevadas de embarazo adolescente. Dentro de los factores de riesgo, se encuentra que las adolescentes que carecen de educación sexual apropiada, que viven en situación de pobreza, tienen un acceso restringido a servicios de salud reproductiva o provienen de familias con conflictos, tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad temprana.

Sobre los riesgos para la madre adolescente, la gestación en jóvenes implica múltiples peligros tanto para la progenitora como para el bebé, como los riesgos obstétricos donde se menciona a la preeclampsia debido a que las adolescentes tienen un riesgo incrementado de desarrollar hipertensión y preeclampsia, la cual es una condición peligrosa tanto para la madre como para el bebé, además del parto prematuro que las adolescentes tienen una mayor probabilidad de sufrir, lo que puede originar complicaciones para ambas partes, como también la anemia debido a las mayores demandas de nutrientes y hierro durante el embarazo, las adolescentes están más expuestas al riesgo de anemia.

Las adolescentes presentan también un índice superior de operaciones obstétricas por falta de madurez de la pelvis o la falta de experiencia en el proceso del parto y problemas de salud mental, debido a que el embarazo en la adolescencia puede generar estrés emocional. La joven madre podría experimentar depresión, ansiedad u otros trastornos emocionales debido a los cambios significativos en su vida.

Sobre los riesgos para el bebé, el embarazo en adolescentes puede acarrear graves consecuencias para el recién nacido como masa corporal reducida al momento del nacimiento, ya que los neonatos de progenitoras jóvenes presentan mayor posibilidad de nacer con menor peso bajo, lo cual eleva la probabilidad de padecimientos y problemas prolongados. Además, la mortalidad infantil en los bebés nacidos de

madres adolescentes pues presentan una tasa más elevada, debido en parte a partos prematuros, malformaciones congénitas o infecciones, y el desarrollo físico y neurológico se ve alterado debido a la falta de reservas nutricionales en las adolescentes puede afectar negativamente en el recién nacido.

2.2.1. Características clínicas del recién nacido

2.2.1.1. Edad gestacional del recién nacido

La edad gestacional es un término médico que describe el período que transcurre desde la día inicial del más reciente periodo menstrual de la embarazada hasta el alumbramiento, calculándose en semanas, y el rango que se considera "a término" es durante el intervalo de 37 a 42 semanas de desarrollo fetal intrauterino. Los recién nacidos pueden ser clasificados según la duración del embarazo de la siguiente manera:

- A término: entre 37 y 42 semanas.
- Prematuro: menos de 37 semanas.
- Postérmino: más de 42 semanas.

El embarazo en adolescentes está vinculado a un riesgo considerablemente más alto de parto prematuro, lo que implica cuando

los neonatos llegan al mundo antes de completar 37 semanas de desarrollo fetal intrauterino. Este es un factor crucial que afecta la salud del recién nacido. Las adolescentes, particularmente las que tienen menos de 15 años, tienen una mayor probabilidad de que sus bebés nazcan prematuramente o con bajo peso al nacer. A continuación, se abordan los aspectos más importantes relacionados con la edad gestacional en madres adolescentes, sus implicaciones médicas y los elementos que afectan en este fenómeno.

Entre los elementos que inciden en la edad gestacional en madres adolescentes encontramos la madurez física y biológica de la madre adolescente, especialmente las más jóvenes (menores de 15 años), a menudo no tienen un desarrollo corporal completo para llevar a cabo un embarazo a término sin riesgos. El útero y la pelvis de las adolescentes no están completamente desarrollados, lo que puede afectar el crecimiento del feto y aumentar la probabilidad de un parto prematuro. También la alimentación y la condición sanitaria global de la progenitora adolescente también son factores importantes. Estas jóvenes suelen tener menores reservas nutricionales y pueden sufrir deficiencias de hierro y calcio, lo que incrementa el riesgo de dificultades como el alumbramiento anticipado y la masa corporal reducida al momento del nacimiento, además hay un mayor riesgo de parto prematuro, de acuerdo con la OMS, las adolescentes enfrentan un riesgo más alto de

parto prematuro en comparación con las mujeres adultas. Este aumento de riesgo se debe a la falta de madurez física, la posible malnutrición y las complicaciones durante el embarazo. El estrés emocional y psicológico también puede influir en el nacimiento prematuro. Las adolescentes pueden estar lidiando con presiones sociales y familiares que afectan su bienestar mental y emocional a lo largo del embarazo.

2.2.1.2. Peso al nacer del recién nacido

El peso al nacer constituye un parámetro clave del bienestar de un neonato, ya que refleja el peso del bebé en el momento del parto y es un factor clave para evaluar el riesgo de complicaciones neonatales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un bebé se clasifica como de bajo peso al nacer (BPN) si su peso es inferior a los 2,500 gramos al momento del parto. La reducida masa corporal al nacer se relaciona con elevada probabilidad de muerte infantil y con dificultades a largo plazo en el desarrollo físico y mental. Cuando el embarazo es en una madre adolescente, la probabilidad de que el bebé tenga bajo peso al nacer aumenta considerablemente debido a varios factores biológicos, sociales y médicos. A continuación, se exploran los factores que afectan el peso al nacer en bebés de madres adolescentes, y sus implicaciones médicas.

Asimismo, los riesgos para la salud neonatal son los bebés que

nacen con bajo peso quienes tienden a incrementada posibilidad de manifestar problemas respiratorios, incluyendo el trastorno de insuficiencia respiratoria, debido a la inmadurez de sus pulmones. Asimismo, la reducida masa corporal al nacer se asocia con mayor susceptibilidad a infecciones en neonatos, debido a que las defensas inmunitarias del neonato no se encuentran plenamente formadas. Sobre las complicaciones a largo plazo, los neonatos con masa corporal reducida al nacer presentan una probabilidad más elevada de experimentar problemas neurológicos, como retrasos en el desarrollo cognitivo y motor. Además, pueden ser más propensos a sufrir afecciones cardiovasculares y metabólicas en etapas posteriores de la vida. Además, el aumento de la mortalidad infantil en los bebés con bajo peso al nacer presentan una tasa más alta. La mortalidad neonatal es considerablemente mayor entre aquellos que nacen prematuramente o con un peso insuficiente, especialmente en países con recursos limitados para la atención neonatal. Finalmente, el impacto en el desarrollo físico y psicológico sobre los neonatos con masa corporal reducida al nacer son quienes muestran mayores posibilidades de experimentar retrasos en su desarrollo físico y cognitivo. Los niños nacidos prematuramente o con bajo peso pueden enfrentar dificultades para aprender, lo que afecta su rendimiento académico y desarrollo social. Adicionalmente, las complicaciones en los primeros años, como infecciones respiratorias, podrían afectar de manera adversa su

bienestar a lo largo del tiempo.

2.2.1.3. Morbilidades del recién nacido

Las morbilidades neonatales se refieren a las enfermedades o complicaciones de salud que pueden afectar a los recién nacidos durante sus primeros días o semanas de vida. Los bebés neonatos de progenitoras juveniles presentan una probabilidad considerablemente mayor de enfrentar diversas morbilidades en comparación con los nacidos de madres adultas. Estas complicaciones están vinculadas a varios factores, como el tiempo de desarrollo fetal intrauterino, la masa corporal al nacer, el estado de bienestar de la progenitora y las condiciones sociales y económicas. A continuación, se abordan las principales morbilidades asociadas con la gestación en jóvenes y sus efectos sobre la salud del infante recién nacido.

- a) Parto Prematuro: El nacimiento anticipado constituye uno entre los factores más importantes de morbilidad neonatal en los infantes de madres jóvenes. Las jóvenes presentan una probabilidad significativamente mayor de parto prematuro debido a factores como la inmadurez de su sistema reproductivo, el estrés emocional y la falta de atención prenatal adecuada. Infantes pretérmino venidos al mundo previos hacia treinta y siete periodos gestacionales muestran elevada probabilidad padecer problemas tales como trastorno insuficiencia pulmonar, infecciones neonatales y hemorragias

intraventriculares. Problemas originados por nacimiento anticipado constituyen factor importante que provoca fallecimiento durante etapa perinatal entre infantes al momento del alumbramiento de madres adolescentes.

- b) Bajo Peso al Nacer (BPN): El bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos) es otra morbilidad frecuente en los infantes de mujeres jóvenes. Estos recién nacidos tienen un riesgo mayor de padecer enfermedades respiratorias, hipoglucemia y dificultades para mantener la temperatura corporal debido a su limitada capacidad para almacenar grasa y la inmadurez de sus sistemas fisiológicos. Los recién nacidos con peso insuficiente al nacer también son más susceptibles a infecciones neonatales debido a un sistema inmunológico subdesarrollado.
- c) Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR): afección con insuficiencia ventilatoria es común entre los recién nacidos de madres adolescentes, especialmente en aquellos nacidos prematuramente o con bajo peso. Esta condición ocurre debido a la insuficiencia pulmonar relacionada con la inmadurez de los pulmones, lo que dificulta la respiración. Entre neonatos pretérmino o con masa corporal reducida, la carencia de surfactante (una sustancia que ayuda a mantener los pulmones abiertos) es una causa importante de SDR.

- d) Hipoglucemia Neonatal: Neonatos provenientes de progenitoras juveniles, particularmente aquellos pretérmino o con masa corporal reducida al momento del alumbramiento, tienen un mayor riesgo de sufrir hipoglucemia neonatal, situación donde las concentraciones de glucosa en sangre son peligrosamente bajos. Si no se trata adecuadamente, la hipoglucemia puede provocar convulsiones, daño cerebral o incluso la muerte. Este riesgo se ve incrementado debido a la escasa reserva de glucosa en los bebés de madres jóvenes, quienes a menudo tienen una nutrición insuficiente.
- e) Infecciones Neonatales: Las infecciones son una causa importante de morbilidad neonatal entre infantes provenientes de progenitoras juveniles. Los bebés de madres adolescentes tienen un sistema inmunológico menos desarrollado, lo que los hace más vulnerables a infecciones bacterianas, virales y fúngicas. Las infecciones respiratorias, como neumonía, y las infecciones gastrointestinales son comunes. Además, los bebés pretérmino o con masa corporal reducida durante el alumbramiento poseen superior probabilidad de desarrollar sepsis neonatal debido a su sistema inmunológico inmaduro.
- f) Anemia Neonatal: La anemia es frecuente en los recién nacidos de madres adolescentes, especialmente si la madre presenta deficiencias nutricionales. La falta de hierro y otros

nutrientes esenciales durante el embarazo puede afectar el desarrollo de los glóbulos rojos en el feto, lo que resulta en anemia neonatal. Los bebés anémicos tienen un mayor riesgo de problemas respiratorios, baja presión arterial y complicaciones a largo plazo en su desarrollo físico y cognitivo.

- g) Ictericia Neonatal: La ictericia es una enfermedad en la que las concentraciones del pigmento biliar dentro del torrente sanguíneo del neonato resultan altas, situación que provoca tonalidad amarilla en la epidermis y los ojos. La ictericia es más común en los bebés de madres adolescentes, principalmente en quienes llegaron al mundo de forma anticipada o presentaron masa corporal reducida durante el alumbramiento. Aunque generalmente la ictericia neonatal se trata de forma efectiva, si no se maneja adecuadamente, puede causar daño cerebral en el recién nacido.

2.2.1.4. Tipo de parto del recién nacido

El tipo de parto juega un papel clave en el manejo del embarazo, y podría ocasionar efectos importantes sobre el bienestar de la progenitora y del recién nacido. Existen dos formas principales de parto: vaginal y cesárea. En el caso de las madres adolescentes, hay una

mayor incidencia de ciertos tipos de parto debido a factores biológicos, sociales y emocionales propios de esta etapa de la vida. En general, el tipo de parto de las adolescentes está determinado por factores como la edad materna, la condición de salud de la madre, la madurez física y las complicaciones del embarazo, tales como la preeclampsia, infecciones o desnutrición.

Las investigaciones han indicado que las adolescentes tienen una probabilidad más alta de experimentar complicaciones que pueden influir en la elección de realizar un parto por cesárea. A continuación, se analizan los factores principales que afectan el tipo de parto en madres adolescentes y las repercusiones de estos en la salud del recién nacido.

Factores que Afectan el Tipo de Parto en Madres Adolescentes:

- a) Parto Vaginal en Madres Adolescentes: El parto vaginal es el tipo de parto más frecuente entre las adolescentes. No obstante, este grupo de madres presenta un riesgo incrementado de complicaciones obstétricas que pueden dificultar el proceso de parto. Entre estos factores se encuentran: Inmadurez física: Las adolescentes, sobre todo las menores de 16 años, a menudo tienen una pelvis aún en desarrollo, lo que puede dificultar un parto vaginal sin complicaciones. Esto aumenta la probabilidad de distocia (dificultad con el propósito de que el neonato atraviese la vía

del alumbramiento) o distrés fetal (cuando el bebé muestra signos de sufrimiento durante el parto).

b) Preeclampsia: Las adolescentes embarazadas tienen una tasa más alta de toxemia gravídica, trastorno definido por presión arterial elevada y deterioro en sistemas corporales, que puede requerir la inducción del parto o un parto anticipado por cesárea. Parto prematuro: Las adolescentes tienen un riesgo mayor de parto prematuro, lo cual puede generar complicaciones como bajo peso al nacer y puede requerir una intervención quirúrgica como una cesárea para asegurar el bienestar del bebé.

c) Cesárea en Madres Adolescentes: Las cesáreas son más comunes en las adolescentes en comparación con las mujeres adultas. Diferentes estudios han señalado que las adolescentes tienen una mayor probabilidad de recurrir a una cesárea, sobre todo cuando existen complicaciones obstétricas. Algunas razones para esto incluyen:

a. Cesárea electiva: En ocasiones, los médicos optan por realizar una cesárea electiva para evitar posibles complicaciones o debido a preocupaciones sobre la salud de la madre o el bebé.

b. Cesárea de emergencia: Si surgen problemas severos,

tales como descenso del conducto umbilical, desprendimiento de placenta o distocia de hombros, puede ser necesario realizar una cesárea urgente para garantizar la protección de la progenitora y del recién nacido.

- d) Inmadurez de la pelvis: La pelvis inmadura en las adolescentes menores de 16 años puede hacer que un parto vaginal sea más complejo, lo que aumenta la probabilidad de que se realice una cesárea.
- e) Riesgos obstétricos adicionales: Las adolescentes embarazadas presentan con mayor frecuencia infecciones, diabetes gestacional o preeclampsia, lo que puede hacer que el parto vaginal sea más riesgoso, poniendo en duda la seguridad del bebé y de la madre. Este tipo de complicaciones obstétricas hace que el parto por cesárea sea una opción común para las adolescentes embarazadas que enfrentan complicaciones durante el embarazo o el parto.

2.2.1.5. Apgar del recién nacido

Los resultados indican que evitar un embarazo durante la adolescencia podría funcionar como un factor protector frente a una puntuación baja de Apgar, ya que la mayoría de las mujeres que no

atraviesan esta experiencia suelen tener una puntuación de Apgar entre 7 y 9 en el primer minuto de vida. Sin embargo, la evaluación del Apgar tanto en el primer como en el quinto minuto muestra que, según Magalhaes et al. (2009), las condiciones al nacer son similares al comparar a los recién nacidos de adolescentes jóvenes con los de adolescentes de mayor edad. Esto sugiere que, aunque la edad materna podría influir en algunos resultados perinatales, no siempre provoca diferencias significativas en la adaptación neonatal inmediata. Además, existen diversas condiciones maternas, sociales y ambientales, como el embarazo en la adolescencia, que pueden contribuir a una disminución temporal de la puntuación de Apgar en el primer minuto. En muchos casos, estas situaciones son consecuencia de factores transitorios y no necesariamente graves, como las circulares de cordón o las distocias no complicadas, que pueden causar episodios leves y pasajeros de hipoxia sin afectar gravemente ni de manera prolongada la condición del recién nacido.

2.2.2. Complicaciones del recién nacido hijo de madre adolescente

2.2.2.1. Edad materna de la madre adolescente

Es relevante destacar que el embarazo en mujeres situadas en los extremos de etapa fértil humana, especialmente en aquellas personas con edad inferior a veinte años y superior a treinta y cinco años, está vinculado a una probabilidad superior de problemas médicos, donde el

nacimiento anticipado resulta frecuente una de las más significativas. En este sentido, la edad materna se considera un factor clave en el análisis epidemiológico de la prematuridad, ya que tiene una influencia considerable sobre los índices de morbilidad y mortalidad neonatal. En relación con esto, datos de Estados Unidos entre 2000 y 2002 revelaron que las madres con edades de 10 a 14 años presentaron tasas de nacimientos prematuros, masa corporal reducida al momento del alumbramiento y peso extremadamente pequeño durante el nacimiento que fueron el doble en comparación con otros grupos maternos. Además, los alumbramientos de infantes extremadamente pretérmino, es decir, quienes presentan menos de treinta y dos semanas de desarrollo gestacional, ocurrieron tres veces más en este grupo de madres más jóvenes.

Según Nazer et al. (2007), la prevalencia de ciertas malformaciones congénitas varía según la edad materna. Los autores afirman que las alteraciones del aparato gastrointestinal, las malformaciones gestaciones numerosas y la trisomía veintiuno ocurren con mayor frecuencia en féminas de edad avanzada. Por otro lado, entre las adolescentes se observa una mayor incidencia de anomalías craneofaciales y gastrosquisis. (15)

En la misma línea, Donoso et al. (2023), indican que las adolescentes de 10 a 14 años se encuentran entre los grupos con mayor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. En contraste, las

jóvenes entre quince y diecinueve años constituyen el conjunto con reducida letalidad obstétrica. Asimismo, investigaciones poblacionales realizadas en Estados Unidos han identificado una mayor prevalencia con masa corporal reducida al momento del alumbramiento, nacimiento anticipado y limitación del desarrollo intrauterino en los hijos de madres adolescentes, factores que ayudan a explicar el aumento de la mortalidad fetal, neonatal e infantil en esta población. (16)

2.2.2.2. Sexo del recién nacido

La evidencia existente no muestra un patrón consistente respecto al sexo de los recién nacidos de madres adolescentes. En este sentido, García (2019) señala que al comparar a los hijos de madres adolescentes con los de madres adultas, no se encuentran diferencias significativas en la proporción de nacimientos masculinos y femeninos. Sin embargo, observa una mayor frecuencia de sexo no diferenciado entre los recién nacidos de madres adolescentes. De forma similar, un estudio realizado por Bezerra et al. (2014) en un hospital público de Brasil reportó una mayor prevalencia de nacimientos de sexo masculino en hijos de madres adolescentes. No obstante, Carrera et al. (2015) concluyeron que no hubo diferencias significativas en el género entre los grupos evaluados en términos de características demográficas. (17)

Por otro lado, Flores (2021) halló que en su estudio, el sexo femenino predominó sobre el masculino en los nacidos de madres

adolescentes. En conjunto, estos resultados sugieren que el reparto por género entre neonatos provenientes de progenitoras juveniles presenta variabilidad, dependiendo de los diferentes estudios y contextos en los que se analice. (18)

2.2.2.3. Procedencia de la madre adolescente

La presencia de insuficiencia respiratoria como causa de morbilidad neonatal es más frecuente en los hijos de madres adolescentes que viven en áreas rurales, especialmente cuando estas han tenido un número reducido de controles prenatales. Si bien los neonatos de madres adolescentes del medio rural se encuentran en una situación de mayor desventaja frente a los de contextos urbanos, la morbilidad neonatal total puede manifestarse de forma semejante en ambos grupos. Entre los factores que contribuyen a esta realidad destacan la lejanía geográfica, la vulnerabilidad económica y la limitada disponibilidad de recursos humanos en salud, condiciones que restringen la calidad y continuidad de la atención durante la gestación.

Del mismo modo, el estado nutricional de la madre influye de forma decisiva en el adecuado desarrollo fetal y en el peso al nacer. Se ha identificado que las embarazadas provenientes de áreas periféricas citadinas muestran elevada incidencia de desnutrición calórico-proteica, lo que pone de manifiesto que muchas deficiencias nutricionales están

presentes incluso antes del embarazo. Esta situación afecta de manera directa la evolución de la gestación y aumenta el riesgo de complicaciones perinatales.

En ese contexto, las adolescentes gestantes que habitan en áreas campestres y forman parte de sectores con escasos recursos ingresos conforman un grupo especialmente vulnerable a presentar resultados obstétricos y neonatales adversos. Por ello, es fundamental analizar con mayor profundidad los determinantes sociales de la salud relacionados con el embarazo adolescente, a fin de reconocer los grupos de mayor riesgo y comprender las causas de las brechas en salud que persisten en esta población.

Los primeros embarazos en adolescentes rurales tendían con mayor frecuencia a ser no deseados y a concluir en un nacimiento vivo, en contraste con lo reportado en sus pares de zonas urbanas. Estas desigualdades resultaron más evidentes en el caso de las adolescentes negras, donde cerca del 60 % de los primeros embarazos en el entorno rural fueron no planificados y terminaron en un nacido vivo, frente al 51 % registrado en contextos urbanos.

2.2.2.4. Nivel de instrucción de madre adolescente

La insuficiencia respiratoria como causa de morbilidad neonatal es más común en los hijos de madres adolescentes que residen en áreas rurales, particularmente cuando estas han tenido pocos controles prenatales. Aunque los neonatos de madres adolescentes del medio rural enfrentan una desventaja significativa en comparación con los de las áreas urbanas, la morbilidad neonatal en general puede presentarse de manera similar en ambos grupos. Los principales factores que contribuyen a esta situación incluyen la lejanía geográfica, la vulnerabilidad económica y la escasa disponibilidad de recursos humanos en salud, lo que limita tanto la calidad como la continuidad de la atención prenatal. Asimismo, la condición alimentaria materna ejerce influencia decisiva sobre el crecimiento intrauterino y la masa corporal durante el alumbramiento. Se ha observado que las gestantes de áreas urbano-marginadas tienen una alta tasa de malnutrición proteico-energética, lo que revela que muchas deficiencias nutricionales ya están presentes antes de la concepción. Esta carencia afecta directamente el curso del embarazo, aumentando el riesgo de complicaciones perinatales. En este contexto, las adolescentes embarazadas que viven en zonas rurales y pertenecen a estratos de bajos ingresos constituyen un grupo particularmente susceptible a resultados obstétricos y neonatales desfavorables. Por lo tanto, es esencial examinar con más

profundidad los factores sociales vinculados con la salud a la em gestación en juventud temprana, con el propósito de reconocer a los grupos de mayor riesgo y entender las causas subyacentes de las desigualdades en salud que persisten en esta población. En cuanto a los primeros embarazos en adolescentes rurales, estos tendían a ser más frecuentemente no planificados y culminar con alumbramiento de neonato con vida, frente a sus equivalentes citadinos. Estas las desigualdades resultaron más evidentes entre las jóvenes afrodescendientes, donde alrededor del sesenta por ciento de las gestaciones iniciales en áreas rurales fueron no planificados y concluyeron en un nacimiento vivo, en contraste con el 51% de los casos en contextos urbanos.

2.2.2.5. Paridad de la madre adolescente

De acuerdo con la paridad en madres adolescentes, Mendoza (2021) señala que existe una relación entre esta condición obstétrica y la probabilidad de un parto prolongado. (19)

Rojas (2019) también menciona que en las madres adolescentes es más común la condición de primípara que la de multípara, siendo las adolescentes de entre 17 y 19 años las que presentan la mayor proporción de primíparas. No obstante, Ferrales (2019) destaca que un número significativo de adolescentes ya ha tenido partos previos. (20)

En la misma línea, Eouani (2018) reportó que el 81,17% de las adolescentes eran primíparas, mientras que el 18,82% eran paucíparas, con una media de paridad de 1,19. (21)

Además, Ali et al. (2020) descubrieron que un aumento en la paridad se asocia con un mayor peso al nacer de los bebés. Por otro lado, se estima que aproximadamente el 30% de las madres adolescentes experimenta un segundo embarazo dentro de los dos años siguientes al nacimiento de su primer hijo. De estos segundos embarazos, alrededor del 50% concluye con el nacimiento de otro bebé. Esta situación refleja la alta recurrencia de embarazos en adolescentes y subraya la urgencia de reforzar las tácticas de anticipación y de seguimiento en este grupo de población.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES (DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS)

- **Recién nacido:** Corresponde al fruto de la gestación durante la etapa que abarca desde el alumbramiento hasta los veintiocho días de vida.
- **Adolescencia:** Corresponde a el período intermedio entre la niñez y la adultez, que abarca aproximadamente entre diez y diecinueve años de edad, considerada fase fundamental del crecimiento humano, ya que en ella se establecen aspectos fundamentales para el bienestar y la salud futura. En este periodo ocurren transformaciones rápidas y significativas en las dimensiones física,

mental y psicosocial. (1)

- **Adolescencia temprana:** Se desarrolla desde diez hasta trece años y se distingue por el comienzo de transformaciones asociados a la presencia de las hormonas sexuales. Durante este periodo suelen manifestarse transformaciones físicas como el estirón de crecimiento, los cambios en el tono de voz, el surgimiento de pelo en la zona púbica y las regiones axilares, el incremento de la sudoración, el olor corporal y la presencia de acné. Además, en esta fase comienza a fortalecerse el interés por las relaciones sociales, especialmente por la cercanía y convivencia con el grupo de amigos. (UNICEF, 2020)
- **Adolescencia media o intermedia:** Se desarrolla entre los 14 y 16 años y se caracteriza por una mayor presencia de transformaciones en el plano emocional y psicológico, especialmente en lo relacionado con la formación de la identidad. Durante este periodo, los adolescentes otorgan mayor importancia a la manera en que se ven a sí mismos y a cómo desean ser percibidos por los demás. Del mismo modo, la necesidad de independencia frente a la familia se vuelve más marcada, siendo una etapa en la que pueden presentarse con mayor facilidad diversas conductas de riesgo. (UNICEF, 2020)
- **Adolescencia tardía:** Se sitúa entre los 17 y 19 años, con posibilidad de prolongarse hasta los 21 años. Durante este periodo, el

adolescente suele alcanzar una mayor seguridad corporal y un mejor nivel de aceptación de sí mismo, lo que contribuye a la definición progresiva de su identidad. También aparece un interés más marcado por el proyecto de vida y por las consecuencias de sus decisiones, las cuales tienden a estar más alineadas con sus expectativas futuras. En cuanto a las relaciones sociales, disminuye la relevancia de los grupos numerosos y se priorizan los vínculos más personales o los círculos sociales pequeños. (UNICEF, 2020)

- **Edad materna:** Corresponde al número de años cumplidos de la madre en el instante en que ocurre el nacimiento.
- **Embarazo adolescente:** Corresponde al embarazo que se presenta en una mujer desde el comienzo de su capacidad reproductiva hasta la conclusión del periodo juvenil.
- **Edad gestacional:** Se refiere al tiempo calculado a partir del inicio del más reciente sangrado menstrual habitual en una fémina con periodos menstruales constantes, sin empleo de métodos contraceptivos hormonales y con registro seguro del último sangrado menstrual, hasta el alumbramiento o hasta el suceso del embarazo en evaluación. Su expresión se realiza expresado mediante semanas y jornadas íntegras.
- **Recién nacido pretérmino:** Corresponde al neonato nacido con una gestación de 22 semanas hasta antes de las 37 semanas. Si no se

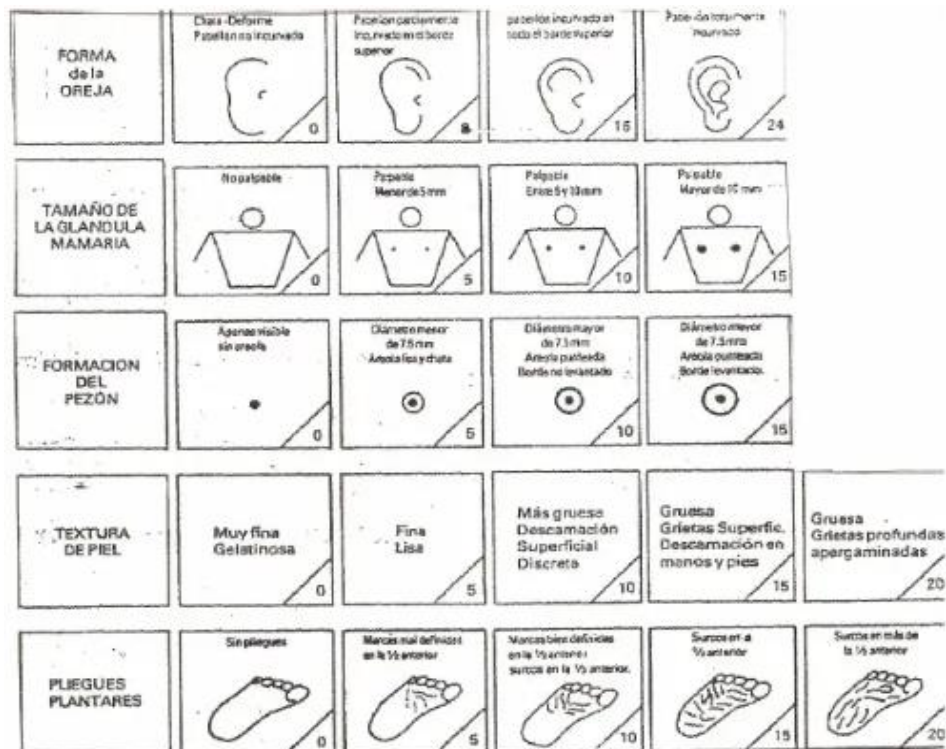
cuenta con la edad gestacional, se puede considerar dentro de esta categoría al producto cuyo peso al nacer sea menor de 2 500 gramos. Asimismo, cuando no se dispone de este dato, la edad gestacional puede ser evaluada utilizando herramientas clínicas como el método de Capurro o el Ballard modificado.

- **Recién nacido a término:** Corresponde al neonato nacido con una gestación de 37 semanas hasta antes de las 42 semanas. También puede considerarse dentro de esta categoría al producto con un peso superior a 2 500 g. En los casos en que no se conoce la edad gestacional, esta puede ser determinada a través de técnicas médicas tales como Capurro y Ballard adaptado.
- **Recién nacido postérmino:** Corresponde al neonato cuya gestación alcanza o supera las 42 semanas completas, es decir, 294 días o más.
- **Prematuridad:** Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), se considera recién nacido prematuro a todo neonato que nace antes de completar las 37 semanas de gestación. Estos recién nacidos no han culminado completamente su desarrollo intrauterino, por lo que presentan una mayor vulnerabilidad a diversas complicaciones relacionadas con la inmadurez de sus órganos y sistemas.

De acuerdo con la edad gestacional al momento del nacimiento, la

prematuridad se clasifica en los siguientes grados:

1. Extremadamente prematuro: Recién nacido con menos de 28 semanas de gestación.
 2. Muy prematuros: Recién nacido con una edad gestacional entre 28 y 31 semanas con 6 días.
 3. Moderadamente prematuros: recién nacido con una edad gestacional entre 32 y 33 semanas con 6 días.
 4. Prematuro tardío: recién nacido con una edad gestacional entre 34 y 36 semanas con 6 días.
- **Test de Capurro:** Corresponde a una herramienta de valoración clínica que, mediante el examen físico del neonato, permite calcular de forma aproximada su edad gestacional desde las 29 semanas de gestación. Esta prueba considera características como la morfología de la oreja, el desarrollo de la mama, el desarrollo de la areola y el pezón, la consistencia de la piel y la presencia de pliegues en la planta de los pies. Para obtener la edad gestacional, al valor total se le suma 204 y luego se divide entre 7. Su precisión tiene un error estimado de alrededor de 9 días. (23)



- **Apgar:** Corresponde a la evaluación realizada al neonato transcurrido un minuto y cinco minutos después del nacimiento después del nacimiento, mediante la observación del ritmo cardíaco, la ventilación, la firmeza muscular, los reflejos y la pigmentación de los tegumentos. (24)
- **Peso al nacer:** Se refiere al peso corporal del neonato medido al momento del nacimiento o en el periodo más inmediato posible posterior al parto, y debe expresarse con precisión en gramos.

1. Bajo peso al nacer: un recién nacido cuyo peso es 1500 g – <2500 g
2. Muy bajo peso al nacer: un recién nacido cuyo peso es 1000 g – <1500 g

3. Peso extremadamente bajo al nacer: un recién nacido cuyo peso es 750 g – <1 000 g

- **Morbilidad:** Porción de personas afectadas dentro de una población. De igual manera, este concepto puede utilizarse para referirse a las complicaciones médicas ocasionadas por una intervención o tratamiento. (Instituto Nacional del Cáncer, 2022) (25)
- **Tipo de parto:** Corresponde a la variante del proceso obstétrico mediante el cual ocurre el nacimiento. Tiene inicio cuando se presentan espasmos uterinos periódicos que concluyen con el parto del neonato y la subsecuente salida placentaria. Considerando que la gestación y el nacimiento forman parte de procesos fisiológicos naturales, el parto y la llegada del bebé se entienden, en la mayoría de los casos, como acontecimientos normales dentro de la evolución del embarazo. (26)
- **Parto eutócico:** Corresponde al parto de curso espontáneo y fisiológico, cuya evolución transcurre dentro de un tiempo apropiado y con interacción normal de los elementos que participan en el trabajo de parto. Finaliza con el nacimiento por vía vaginal de un solo producto de la concepción, en presentación cefálica vértice, acompañado de la expulsión íntegra de sus anexos ovulares.
- **Parto distócico:** Corresponde al parto que presenta una evolución

anormal o dificultosa, originada por trastornos en la dinámica uterina, como alteraciones en la intensidad o regularidad de las contracciones, por malposición fetal, desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis materna, o por alteraciones anatómicas del canal de parto. Este tipo de parto puede finalizar tanto por vía vaginal como por cesárea. Además, puede acompañarse de complicaciones maternas o neonatales que hagan necesaria la atención en unidades de cuidados intermedios o cuidados intensivos. (27)

- **Sexo:** Conjunto de rasgos corporales y funcionales que permiten diferenciar a varones y mujeres. (14)
- **Procedencia:** Se refiere al origen o al lugar del cual proviene o se deriva algo. También puede entenderse como el sitio de nacimiento o el lugar donde una persona, en condiciones normales, debió haber nacido.
- **Estado civil:** corresponde al estatus legal de un individuo en relación con elementos como su alumbramiento y ciudadanía, filiación o matrimonio, los cuales se encuentran registrados oficialmente en el Registro Civil. Esta situación determina el ámbito de derechos, facultades y obligaciones que la legislación vigente reconoce a las personas naturales. (28)
- **Nivel de instrucción:** Es un indicador que refleja el grado de conocimientos y aprendizajes alcanzados para las personas de

quince años en adelante, según los niveles educativos cursadas dentro del sistema educativo. Este nivel se relaciona con las distintas fases del desarrollo formativo de la persona.

- **Paridad:** hace referencia a la cantidad de alumbramientos previos de una mujer, posterior a las veinte semanas de embarazo. Este concepto incluye componentes relacionados con los partos a término y alumbramientos anticipados y el número de hijos vivos. (29)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación tuvo un objetivo principal, que se enfocó en la exploración de información novedosa sobre los rasgos clínicos y complicaciones del neonato de progenitora joven. Se desarrolló con un diseño observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en el sistema informático perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2024-2025.

3.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes recién nacidos hijos de madres adolescentes cuyas edades se encontraron desde los 10 hasta los 19 años que fueron atendidas en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue durante el 2024-2025. Se tuvo en cuenta a toda la población, la cual estaba conformada por 300 recién nacidos de madres adolescentes.

3.2.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Recién nacidos hijos de madres adolescentes de 10 a 19 años atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Recién nacidos de madres adolescentes registrados durante el periodo 2024–2025.
- Historias clínicas o registros disponibles en el Sistema Informático Perinatal de los recién nacidos de madre adolescente

Criterios de exclusión:

- Recién nacidos con información incompleta en el Sistema Informático Perinatal e historias clínicas
- Registros fuera del periodo de estudio 2024–2025.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Escala de medición	Indicadores
Características clínicas del recién nacido	Edad gestacional	Ordinal	1. Pretérmino (< 37 semanas) 2. A término (37-42 semanas) 3. Postérmino (>42 semanas)
	Edad gestacional por Capurro	Ordinal	1. Prematuro extremo (< 28 semanas) 2. Muy prematuro (28-31 semanas) 3. Prematuro moderado (32-33 semanas) 4. Prematuro tardío (34-36 semanas) 5. A término (37-41 semanas) 6. Post término (>42 semanas)
	Peso al nacer	Ordinal	1. Extremadamente bajo peso al nacer (<1000 g) 2. Muy bajo peso al nacer (<1500 g) 3. Bajo peso al nacer (<2500 g) 4. Adecuado peso al nacer (2500 – 4000 g) 5. Elevado peso al nacer (>4000 g)
	Sexo	Nominal	1. Femenino 2. Masculino

Peso acorde a edad gestacional	Ordinal	1. Pequeño para edad gestacional (PEG): Menor del percentil 10 ($P < 10$) 2. Adecuado para edad gestacional (AEG): Entre percentil 10 y percentil 90 (P10–P90) 3. Grande para edad gestacional (GEG): Mayor del percentil 90 ($P > 90$)
Tipo de parto	Nominal	1. Eutócico 2. Distócico
Terminación del parto	Nominal	1. Vaginal 2. Cesarea electiva 3. Cesarea de emergencia
Motivo del parto distócico	Nominal	1. Cesarea anterior 2. Desproporcion cefalo-pelvica 3. Oligohidramnios 4. Sufrimiento fetal agudo 5. Preeclampsia severa 6. Presentación podálica 7. Embarazo prolongado 8. Ruptura prematura de membranas 9. Situación transversa 10. Condilomatosis genital 11. Retraso del crecimiento intrauterino 12. Presentación fetal alta 13. Eclampsia 14. Otros
Apgar	Ordinal	1. Depresión severa (0-3) 2. Depresión moderada (4-6) 3. Normal (7-10)

Características maternas	Edad materna	Ordinal	1. Adolescente temprana (10-13 años) 2. Adolescente intermedia (14-16 años) Adolescente tardía (17-19 años)
	Procedencia	Nominal	1. Urbano 2. Rural
	Distrito	Nominal	1. Tacna 2. Alto de la Alianza 3. Ciudad Nueva 4. Pocollay 5. Calana 6. Inclan 7. Palca 8. Pachia 9. Ilabaya 10. Quilahuani 11. Tarata
	Grado de instrucción	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria incompleta 3. Secundaria 4. Superior
	Ocupación	Nominal	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Trabajadora
	Condición civil	Nominal	1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada
	Paridad	Ordinal	1. Primíparas (1 parto) 2. Multíparas (2 o más partos)
	Número de controles prenatales	Nominal	1. Adecuado: 6 o más controles prenatales. 3. Inadecuado: menos de 6 controles prenatales.

Complicaciones Neonatales	Morbilidad	Nominal	1. Ictericia neonatal 2. Hipoglicemia 3. Deshidratación neonatal 4. Infección perinatal 5. Sepsis neonatal 6. Cardiopatía congénita 7. Incompatibilidad ABO 8. Cefalohematoma 9. Eritema toxico 10. Taquipnea transitoria del recién nacido 11. Asfixia Neonatal 12. Retraso del crecimiento intrauterino 13. Caput succedaneum 14. Bajo peso al nacer 15. Microcefalia 16. Labio leporino 17. Síndrome de aspiración de líquido meconial
	Hospitalización	Nominal	1. Alojamiento conjunto 2. Cuidados Intermedios 3. UCI neonatal
	Estancia hospitalaria	Nominal	1. Corta: 1-3 días 2. Moderada: 4-7 días: 3. Prolongada: >7 días
	Alta Médica	Nominal	1. Mejorado - Fallecido

3.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

Se empleó la revisión documental retrospectiva a partir del sistema informático perinatal e historias clínicas, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna correspondientes al periodo 2024-2025.

3.4.2. Instrumento

El instrumento de recolección de datos utilizado para esta investigación fue una ficha de recolección de datos pre-elaborada que se encuentra en el anexo 02, diseñada para registrar la información necesaria y precisa obtenida del Sistema Informático Perinatal como: Edad gestacional, peso del recién nacido, sexo, Apgar, tipo de parto, edad materna, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, paridad, morbilidades, hospitalización, estancia hospitalaria, alta médica.

3.4.3. Tratamiento y análisis de datos

Para contar con acceso a los datos y proceder con la recolección de la información, se elaboró una solicitud escrita de autorización dirigida al área de Investigación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Tras recibir el consentimiento correspondiente, se gestionó en conjunto con el Departamento de Neonatología y con el Departamento de Estadística y Archivo Clínico del hospital para acceder a las historias clínicas.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación actual no implicó ningún peligro para los individuos, dado que se utilizó únicamente datos anonimizados suministrados por el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Los datos fueron extraídos de fuentes oficiales, tales como el sistema informático perinatal e historias clínicas. Cada registro fue codificado mediante un código alfanumérico, asegurando el anonimato en todas las etapas del análisis.

Se gestionó los permisos y autorizaciones correspondientes para el acceso y uso de la información, cumpliendo con las normativas del establecimiento de salud, así como con las directrices éticas vigentes y los principios señalados en la Ley General de Salud del Perú.

Asimismo, el manejo de la base de datos se realizó con acceso restringido únicamente al equipo investigador, empleando medidas de seguridad (contraseñas y almacenamiento controlado) para evitar la divulgación no autorizada.

La totalidad del procedimiento de recopilación y tratamiento de información se realizó siguiendo rigurosamente los principios de privacidad, anonimato y empleo únicamente con objetivos investigativos, garantizando que los datos recopilados se empleen exclusivamente dentro del alcance de este estudio y que los resultados se presenten de forma agregada, impidiendo cualquier posibilidad de identificación directa o indirecta de los participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente estudio se investigaron a recién nacidos hijos de madres adolescentes, quienes recibieron atención en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2024 y 2025.

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el periodo 2024-2025, hubo 4040 nacimientos en total en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de los cuales 300 recién nacidos provenían de madres adolescentes quienes se les analizaron las características clínicas y complicaciones al nacer. A continuación, se describen los resultados obtenidos.

TABLA N°1

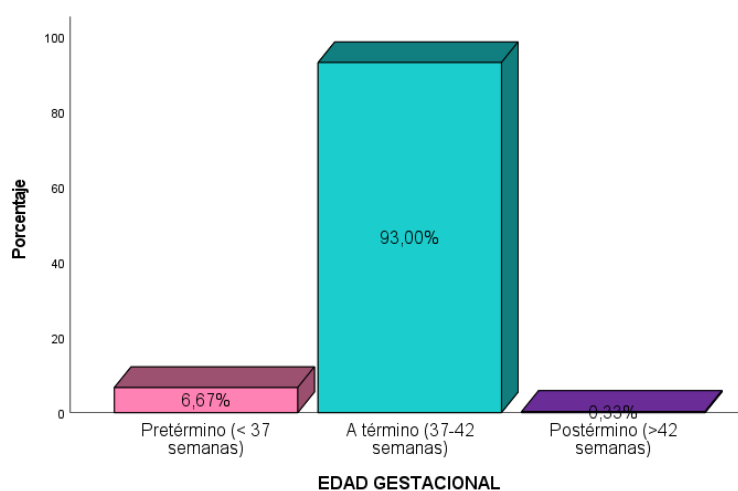
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.

Edad gestacional	Recién nacidos	
	N°	%
Pretérmino (< 37 semanas)	20	6,67
A término (37-41 semanas)	279	93,00
Postérmino (>42 semanas)	1	0,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.



Fuente: Tabla 1.

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se clasificó a los 300 recién nacidos de las madres adolescentes según edad gestacional, donde nos muestran los siguientes resultados:

Se desprende que el 93% de los recién nacidos (n=279) de las madres adolescentes presentaron una edad gestacional a término (37-41 semanas), seguida del 6,67% (n=20) que eran pretérmino (< 37 semanas), sin embargo, solo el 0,33% (n=1) de dichos recién nacidos de madres adolescentes eran de gestación postérmino (>42 semanas).

TABLA N°2

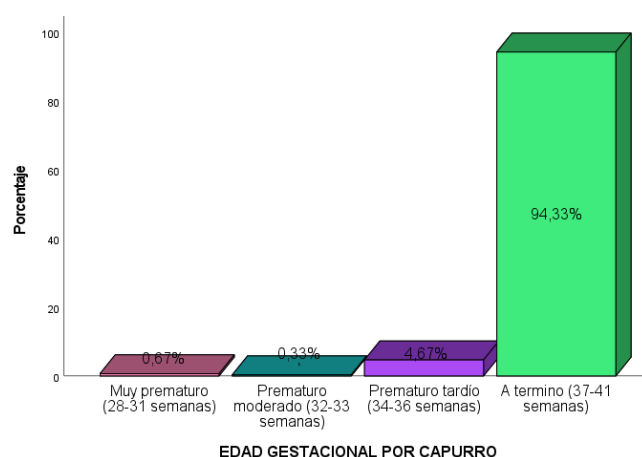
**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO DE LOS
RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**

Edad gestacional por Capurro	Recién nacidos	
	N°	%
Muy prematuro (28-31 semanas)	2	0,67
Prematuro moderado (32-33 semanas)	1	0,33
Prematuro tardío (34-36 semanas)	14	4,67
A término (37-41 semanas)	283	94,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°2

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD GESTACIONAL POR
CAPURRO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**



Fuente: Tabla 2.

INTERPRETACIÓN

Se observó que el 94,33% (n=283) de los recién nacidos de las madres adolescentes presentaron una edad gestacional por Capurro a término (37-41 semanas), seguida del 4,67% (n=14) que eran prematuros tardío (34-36 semanas), el 0,67% (n=2) nacieron muy prematuramente (28-31 semanas), por otro lado, el 0,33% (n=1) presentaron una gestación por capurro de prematuro moderado (32-33 semanas).

TABLA N°3

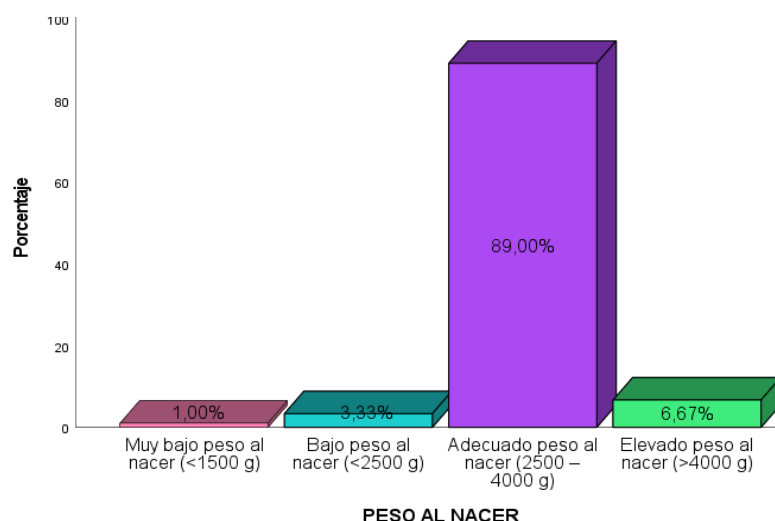
**DISTRIBUCIÓN DEL PESO AL NACER DE LOS RECIÉN NACIDOS DE
MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Peso al nacer	Recién nacidos	
	N°	%
Muy bajo peso	3	1,00
Bajo peso al nacer	10	3,33
Adecuado peso al nacer	267	89,00
Elevado peso al nacer	20	6,67
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PESO AL NACER DE LOS
RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**



Fuente: Tabla 3.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos podemos observar que el 89% de los recién nacidos (n=267) de las madres adolescentes nacieron con un peso adecuado (2500-4000 g), seguida del 6,67% (n=20) que presentaron un elevado peso al nacer (>4000 g), el 3,33% (n=10) tuvieron un bajo peso al nacer (< 2500 g), por otro lado, un grupo minoritario de recién nacidos nacieron con muy bajo peso (< 1500 g) que representó el 1% (n=3) del total de los recién nacidos.

TABLA N°4

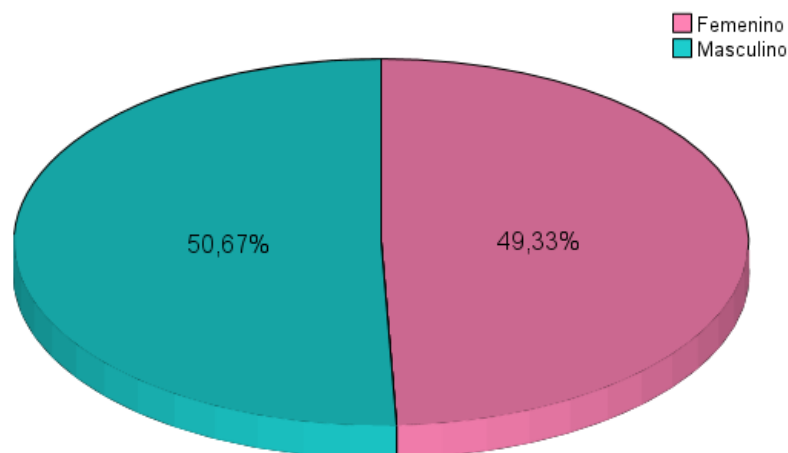
**DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**

Sexo	Recién nacidos	
	N°	%
Femenino	148	49,33
Masculino	152	50,67
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS
DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**



Fuente: Tabla 4.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se observa que el 50,67% (n=152) de los recién nacidos de las madres adolescentes fueron del sexo masculino, en cambio, el 49,33% (n=148) restante de los recién nacidos de las madres adolescentes pertenecieron al grupo del sexo femenino.

TABLA N°5

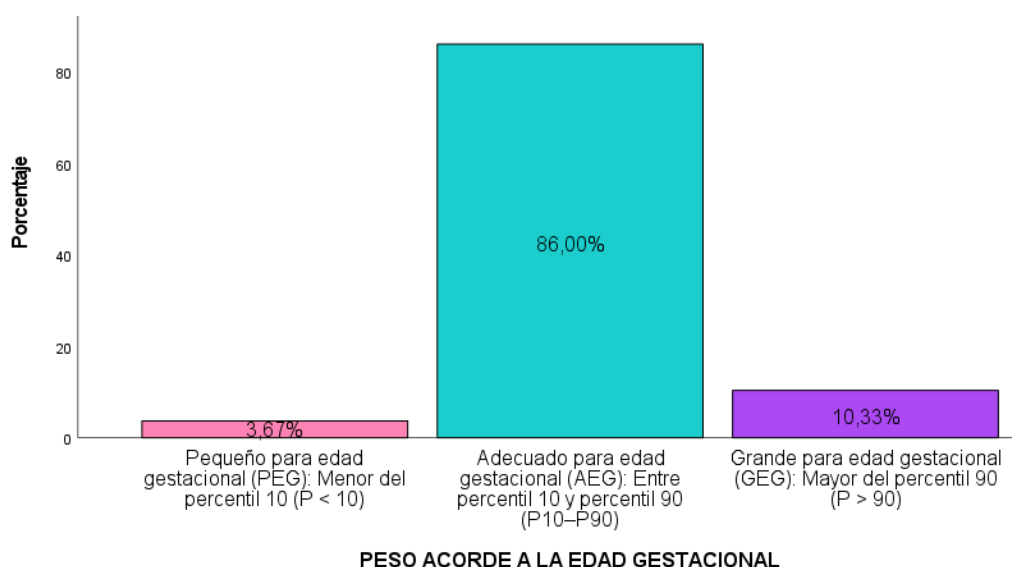
**DISTRIBUCIÓN DEL PESO ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL EN
EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**

Peso acorde a la edad gestacional	Recién nacidos	
	N°	%
Pequeño para edad gestacional	11	3,67
Adecuado para edad gestacional	258	86,00
Grande para edad gestacional	31	10,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°5

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PESO ACORDE A LA EDAD
GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**



Fuente: Tabla 5.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos vemos que el 86% (n=258) de los recién nacidos de las madres adolescentes nacieron con un peso adecuado acorde con la edad gestacional (P10-P90), seguido del 10,33% (n=31) que nacieron con peso grande para edad gestacional (P>90), sin embargo, el 3,67% (n=11) restante de los recién nacidos de las madres adolescentes nacieron con peso pequeño acorde a la edad gestacional (P<10).

TABLA N°6

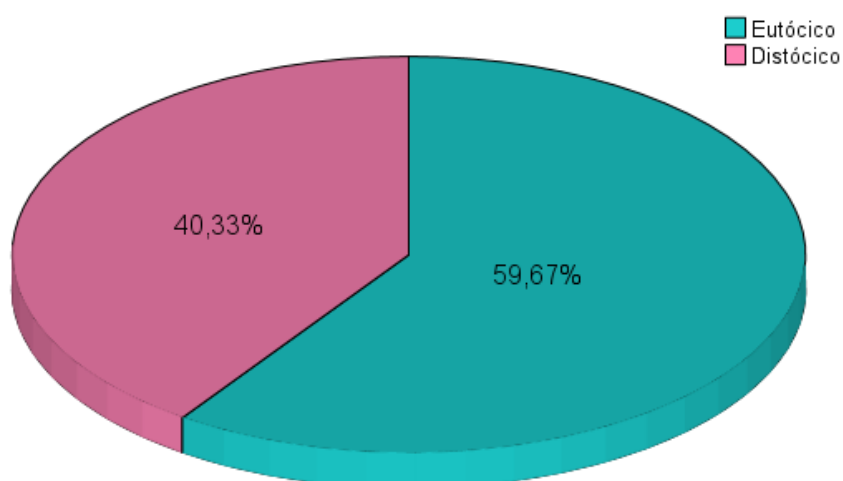
**DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE PARTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE
MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**

Tipo de parto	Recién nacidos	
	N°	%
Eutócico	179	59,67
Distócico	121	40,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°6

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE PARTO DE
LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**



Fuente: Tabla 6.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se desprende que el 59,67% (n=179) de los recién nacidos de las madres adolescentes presentaron un tipo de parto eutócico, en cambio, el 40,33% (n=121) restante de los recién nacidos de las madres adolescentes tuvieron un parto distócico

TABLA N°7

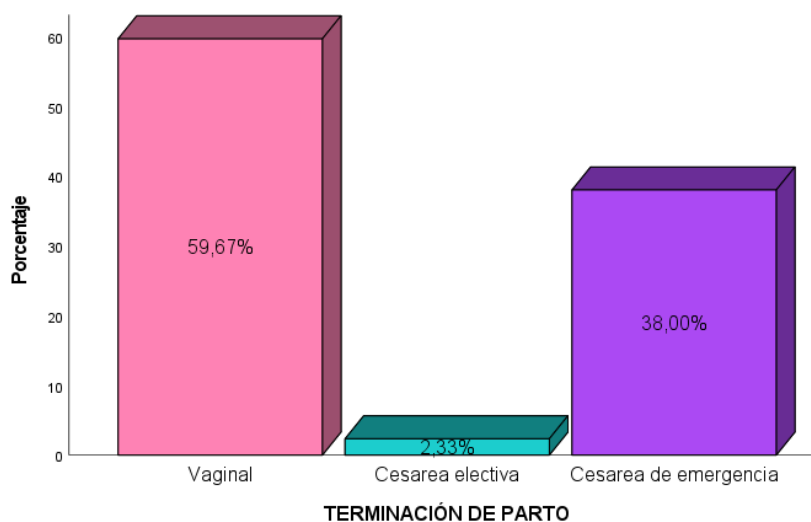
DISTRIBUCIÓN DE LA TERMINACIÓN DEL PARTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.

Terminación del parto	Recién nacidos	
	N°	%
Vaginal	179	59,67
Cesárea electiva	7	2,33
Cesárea de emergencia	114	38,00
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA TERMINACIÓN DEL PARTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.



Fuente: Tabla 7.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se visualiza que el 59,67% (n=179) de los recién nacidos de las madres adolescentes tuvieron una terminación de parto vaginal, seguido del 38% (n=114) de los recién nacidos que tuvieron parto por cesárea de emergencia, sin embargo, el 2,33% (n=7) restante de los recién nacidos de las madres adolescentes tuvieron un parto por cesárea electiva.

TABLA N°8

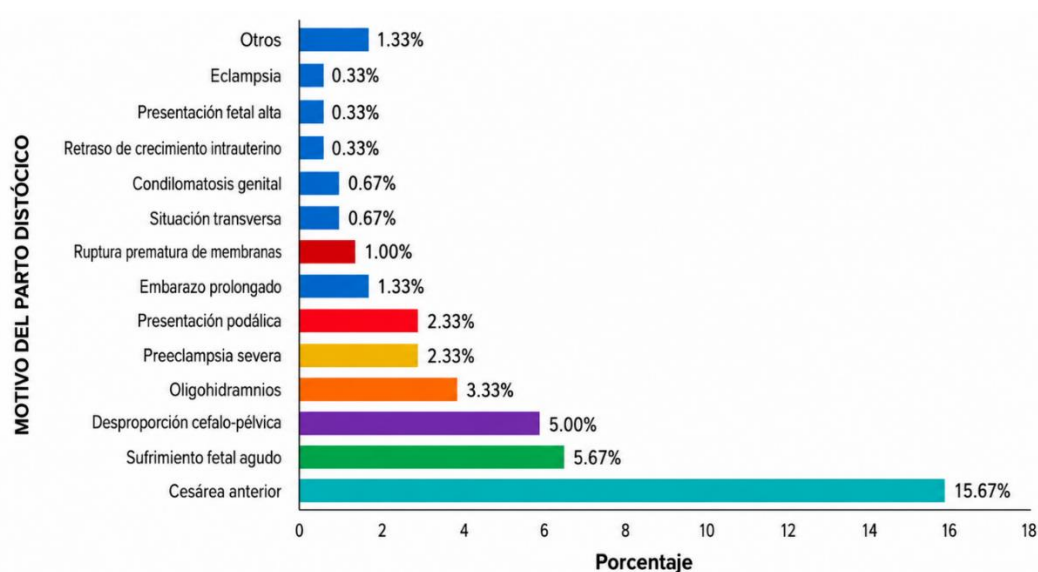
**DISTRIBUCIÓN DEL MOTIVO DEL PARTO DISTÓCICO DE LOS
RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**

Motivo del parto distócico	Recién nacidos	
	N°	%
Cesárea anterior	47	15,67
Desproporción céfalo-pélvica	15	5,00
Oligohidramnios	10	3,33
Sufrimiento fetal agudo	17	5,57
Preeclampsia severa	7	2,33
Presentación podálica	7	2,33
Embarazo prolongado	4	1,33
Ruptura prematura de membranas	3	1,00
Situación transversa	2	0,67
Condilomatosis genital	2	0,67
Retraso del crecimiento intrauterino	1	0,33
Presentación fetal alta	1	0,33
Eclampsia	1	0,33
Otros	4	1,33
Total	121	40,33

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL MOTIVO DEL PARTO DISTÓCICO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.



Fuente: Tabla 8.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se visualiza que el 15,67% (n=47) de los recién nacidos que tuvieron un parto distocico fueron por motivos de cesárea anterior, el 5,57% (n=17) fue por sufrimiento fetal agudo, el 5% (n=15) fue por desproporción céfalo-pélvica, el 3,33% por oligohidramnios, el 2,33% por preeclampsia severa y podálica, el 1,33% por tener un embarazo prologado y otros motivos, el 1% por ruptura prematura de membranas, el 0,67% por situación transversa y condilomatosis genital, sin embargo, el 0,33% restante de los recién nacidos por retraso del crecimiento intrauterino, presentación fetal alta y preeclampsia.

TABLA N°9

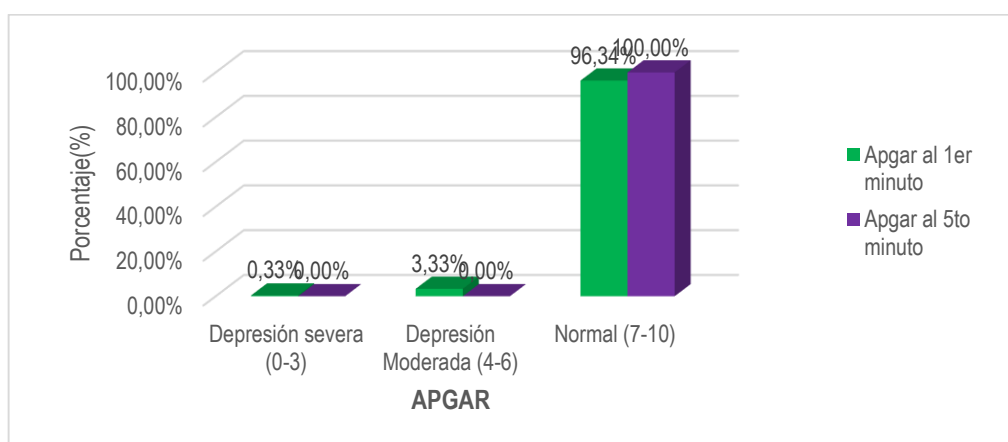
**DISTRIBUCIÓN DEL APGAR MÍNIMO 1 Y 5 DE LOS RECIÉN NACIDOS
DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**

Niveles	Apgar al 1er minuto		Apgar al 5to minuto	
	N°	%	N°	%
Depresión severa	1	0,33	0	0,00
Depresión moderada	10	3,33	0	0,00
Normal	289	96,34	300	100,00
Total	300	100,00	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°9

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL APGAR AL 1ER Y 5TO MINUTO
DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**



Fuente: Tabla 9.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se visualiza que el 96,34% (n=289) de los recién nacidos de las madres adolescentes presentaron un Apgar al 1er minuto normal (7-10), seguido del 3,33% (n=10) presentaron depresión moderada (4-6) y el porcentaje restante de 0.33% (n=1) se evidenció una depresión severa (0-3), de igual manera el 100% de los recién nacidos de las madres adolescentes presentan una Apgar al 5to normal (7-10).

TABLA N°10

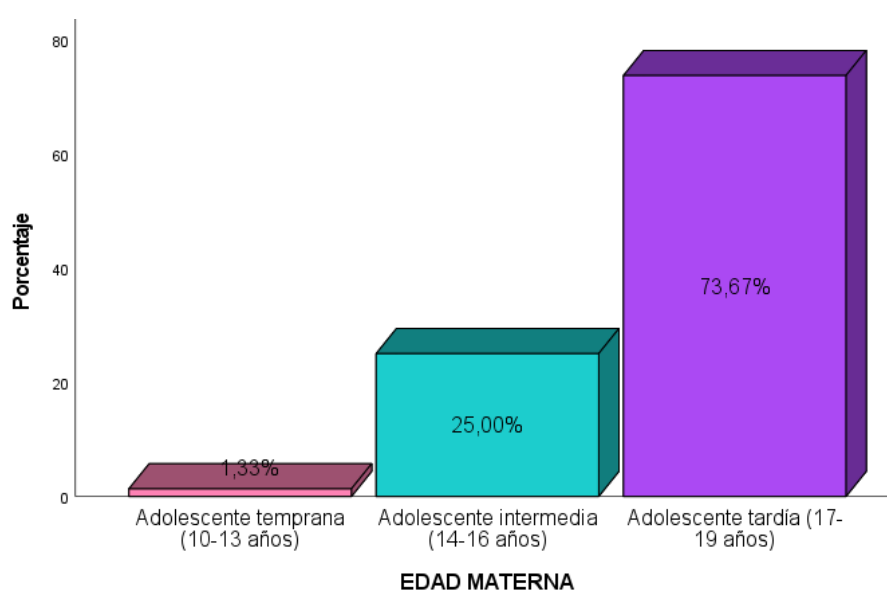
**DISTRIBUCIÓN DE EDAD MATERNA DE MADRES ADOLESCENTES
DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Edad materna	Madres adolescentes	
	N°	%
Adolescente temprana	4	1,33
Adolescente intermedia	75	25,00
Adolescente tardía	221	73,67
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°10

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD MATERNA DE
MADRES ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025-2025.**



Fuente: Tabla 10.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se visualiza que el 73,67% (n=221) de las madres adolescentes tenían de 17 a 19 años (Adolescente tardía), seguido del 25% (n=75) de madres adolescentes que tenían de 14 a 16 años (Adolescente intermedia), en cambio, el 1,33% (n=4) restante tuvieron 10 a 13 años (Adolescente temprana) del 100%.

TABLA N°11

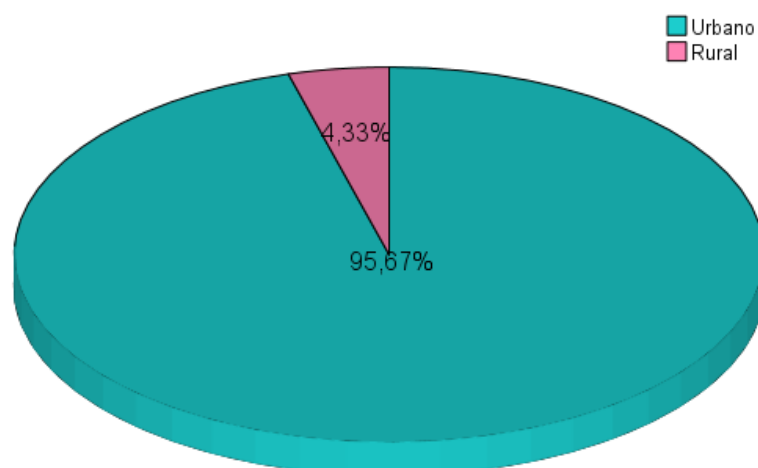
**DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES
DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Procedencia	Madres adolescentes	
	N°	%
Urbano	287	96,67
Rural	13	4,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°11

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PROCEDENCIA DE
MADRES ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
EN EL HOSPITALHIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025**



Fuente: Tabla 11.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se desprende que el 96,67% (n=287) de las madres adolescentes provenían de una zona urbana, en cambio, el 4,33% (n=13) restante de dichas madres provinieron de zonas rurales.

TABLA N°12

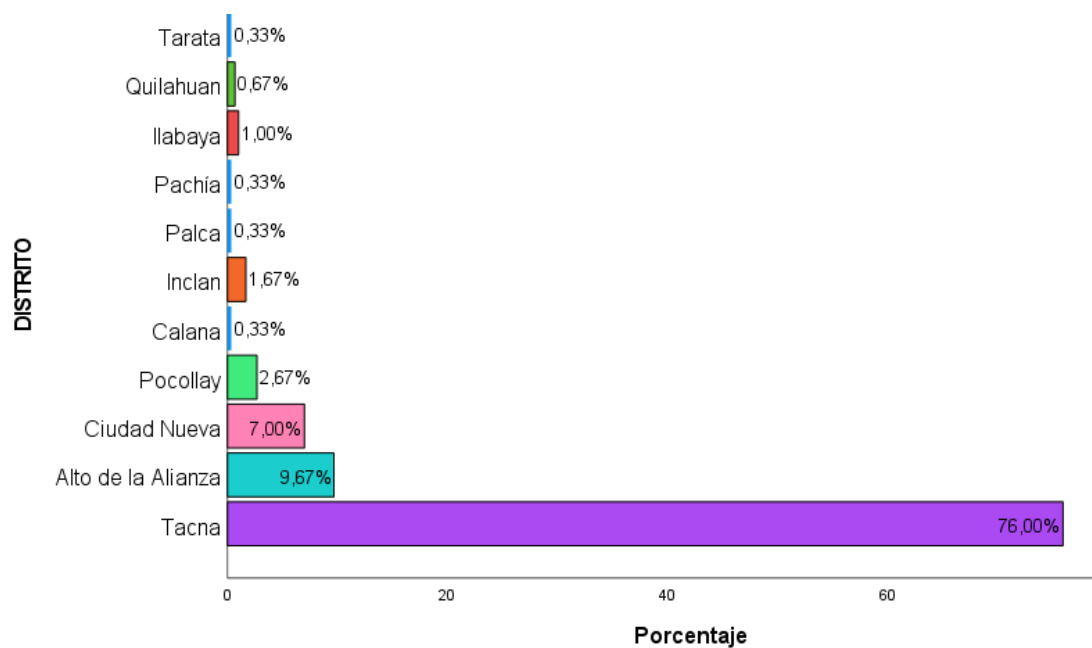
**DISTRIBUCIÓN DEL DISTRITO DE MADRES ADOLESCENTES DE
LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Distrito	Madres adolescentes	
	N°	%
Tacna	228	76,00
Alto de la alianza	29	9,67
Ciudad nueva	21	7,00
Pocollay	8	2,67
Calana	1	0,33
Inclan	5	1,67
Palca	1	0,33
Pachia	1	0,33
Ilabaya	3	1,00
Quilahuani	2	0,67
Tarata	1	0,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL DISTRITO DE MADRES ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025



Fuente: Tabla 12.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se observa que el 76% (n=228) de las madres adolescentes procedían del distrito de Tacna, seguido del 9,67% (n=29) que eran del Distrito de Alto de la alianza, el 7% (n=21) eran de Ciudad Nueva, y en menor porcentaje restante de las madres adolescentes provenían de los diferentes distritos del departamento de Tacna.

TABLA N°13

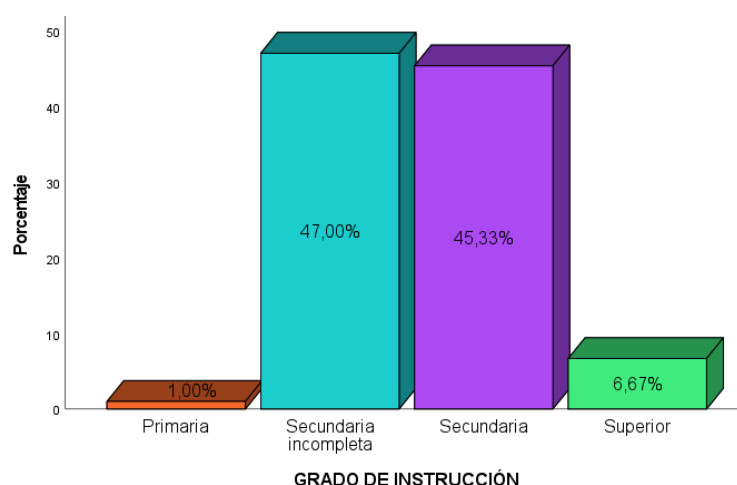
DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.

Grado de instrucción	Madres adolescentes	
	N°	%
Primaria	3	1,00
Secundaria incompleta	141	47,00
Secundaria	136	45,33
Superior	20	6,67
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025



Fuente: Tabla 13.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos podemos visualizar que el 47% (n=141) de las madres adolescentes tenían secundaria incompleta, seguido del 45,33% (n=136) que solo tenían secundaria completa, el 6,67% (n=20) de las madres adolescentes se les encontró que tienen estudios superiores, sin embargo, el 1% (n=3) restante de dichas madres presentaban estudios de nivel primario.

TABLA N°14

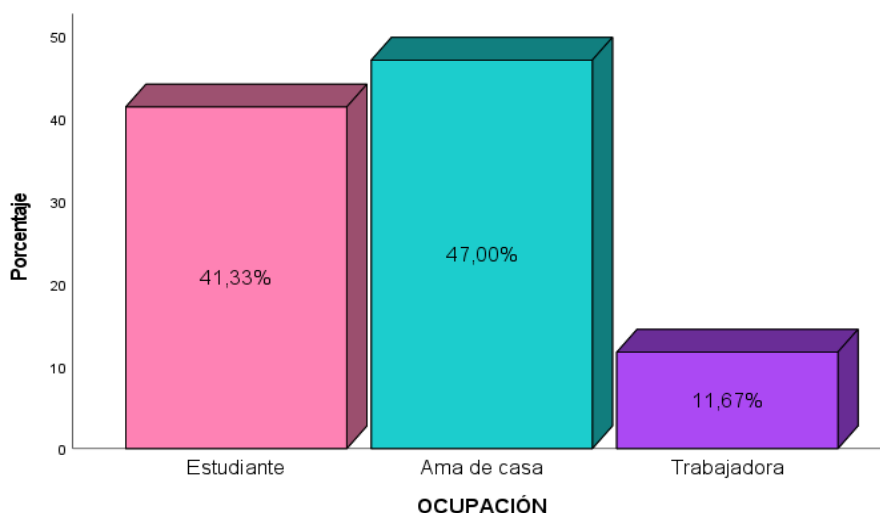
**DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN DE MADRES ADOLESCENTES
DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Ocupación	Madres adolescentes	
	N°	%
Estudiante	124	41,33
Ama de casa	141	47,00
Trabajadora	35	11,67
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°14

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA OCUPACIÓN DE MADRES
ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025**



Fuente: Tabla 14.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos vemos que el 47% (n=141) de las madres adolescentes eran amas de casa, seguido del 41,33% (n=124) que fueron estudiantes, en cambio, el 11,67% (n=35) restante de dichas madres eran trabajadoras.

TABLA N°15

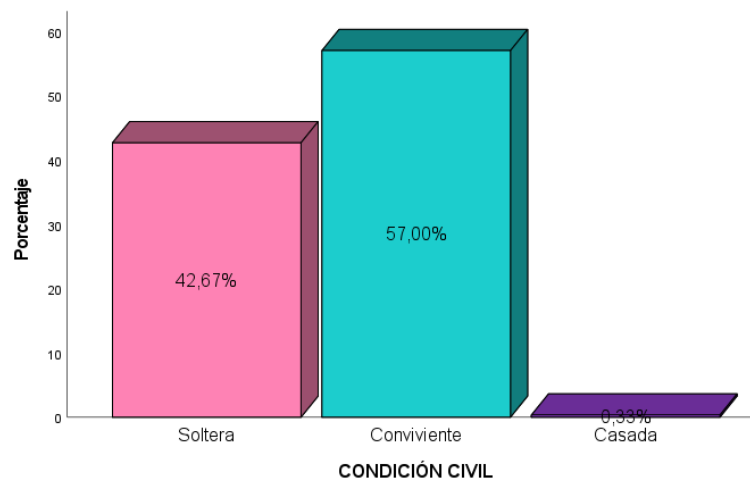
**DISTRIBUCIÓN DE CONDICIÓN CIVIL DE MADRES ADOLESCENTES
DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2024-2025.**

Condición civil	Madres adolescentes	
	N°	%
Soltera	128	42,67
Conviviente	171	57,00
Casada	1	0,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°15

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA CONDICIÓN CIVIL DE
MADRES ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025**



Fuente: Tabla 15.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se observa que el 57% (n=171) de las madres adolescentes eran convivientes, seguido del 42,67% (n=128) de las madres que eran de condición civil solteras, por otro lado, una sola madre adolescente se encontró que era casada que representa el 0,33% (n=1).

TABLA N°16

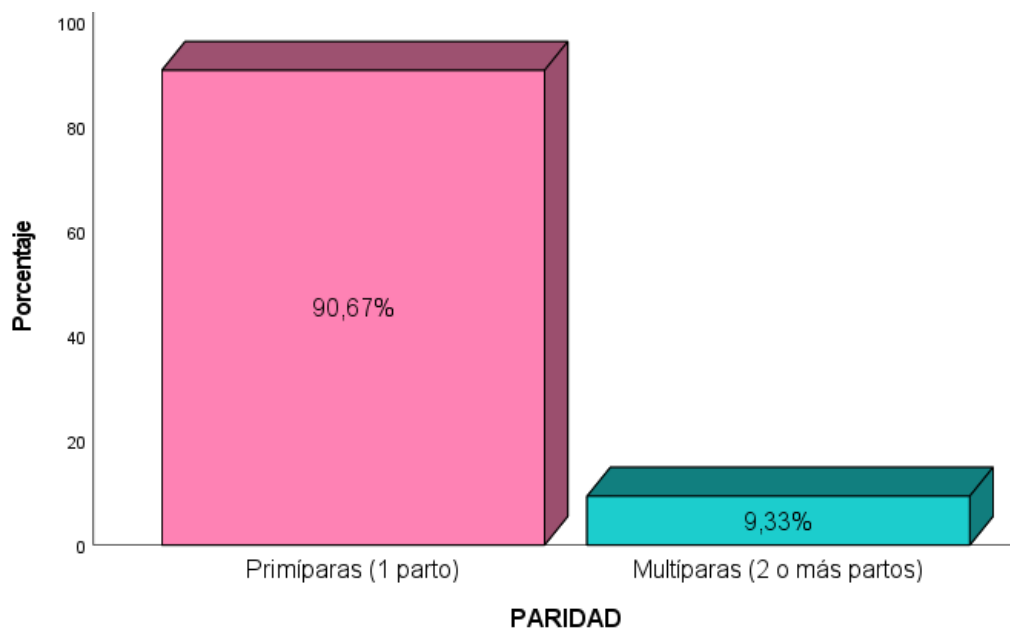
**DISTRIBUCIÓN DE LA PARIDAD DE MADRES ADOLESCENTES DE
LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Paridad	Madres adolescentes	
	N°	%
Primíparas	272	90,67
Múltiparas	28	9,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°16

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PARIDAD DE MADRES
ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025**



Fuente: Tabla 16.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se desprende que el 90,67% de las madres adolescentes presentaron un solo parto (primíparas), el actual; en cambio, el 9,33% (n=28) restante de dichas madres tenían 2 o más partos (multíparas)

TABLA N°17

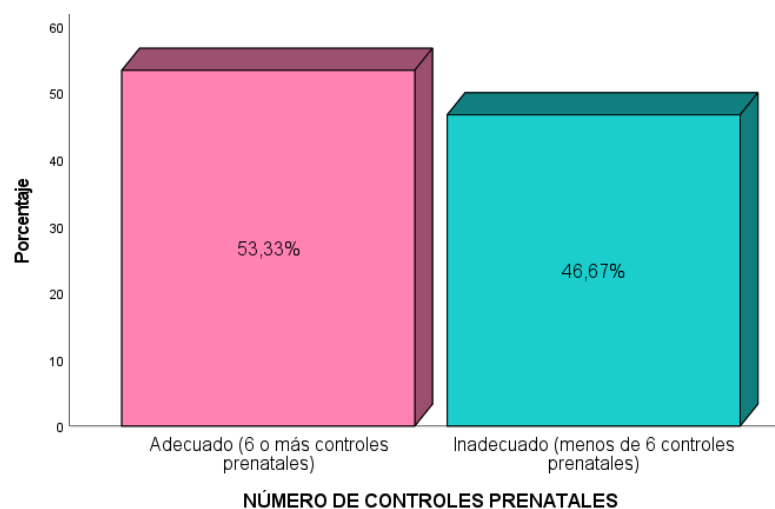
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE
MADRES ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Número de controles prenatales	Madres adolescentes	
	N°	%
Adecuado	160	53,33
Inadecuado	140	46,67
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°17

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE CONTROLES
PRENATALES DE MADRES ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN
NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025**



Fuente: Tabla 17.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se observa que el 53,33% (n=160) de las madres adolescentes presentaron 6 o más controles prenatales (adecuado), sin embargo, el 46,67% (n=140) restante de dichas madres tuvieron menos de 6 controles prenatales (Inadecuado).

TABLA N°18

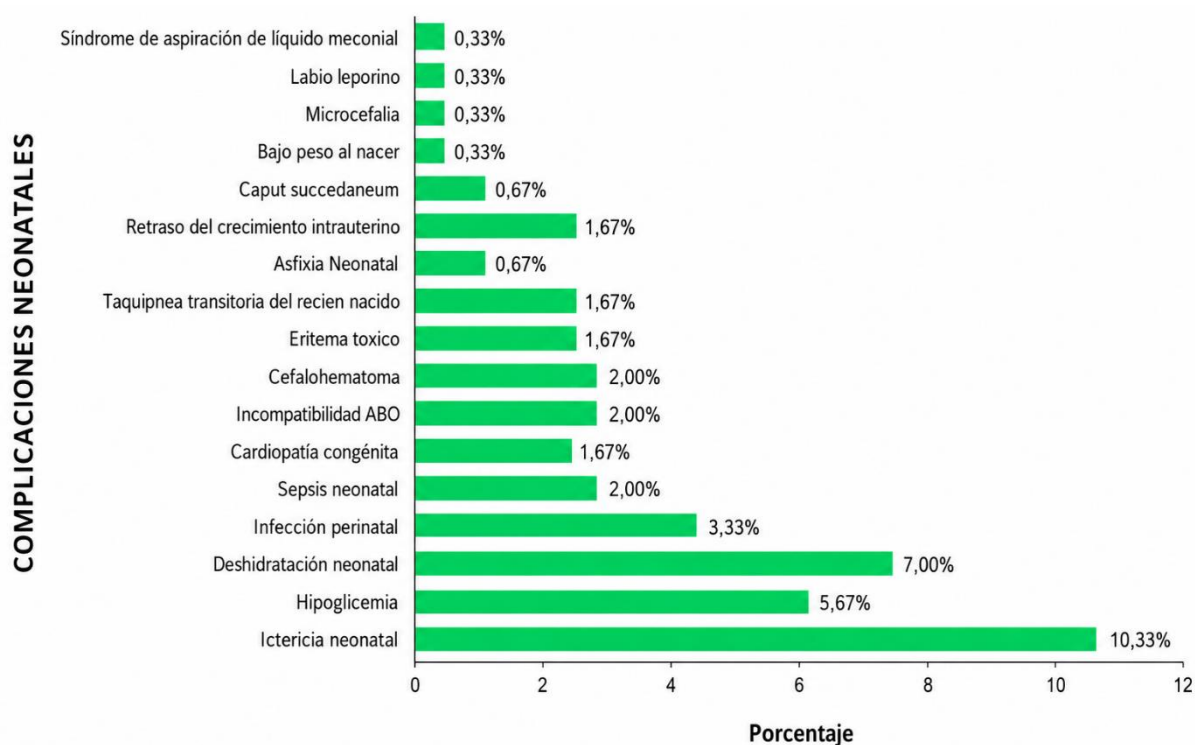
**DISTRIBUCIÓN DE LA MORBILIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS DE
MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Morbilidad	Recién nacidos	
	N°	%
Ictericia neonatal	31	10,33
Hipoglicemia	17	5,67
Deshidratación neonatal	21	7,00
Infección perinatal	10	3,33
Sepsis neonatal	6	2,00
Cardiopatía congénita	5	1,67
Incompatibilidad ABO	6	2,00
Cefalohematoma	6	2,00
Eritema toxico	5	1,67
Taquipnea Transitoria del recién nacido	5	1,67
Asfixia Neonatal	2	0,67
Retraso del crecimiento intrauterino	5	1,67
Caput succedaneum	2	0,67
Bajo peso al nacer	1	0,33
Microcefalia	1	0,33
Labio leporino	1	0,33
Síndrome de aspiración de líquido meconial	1	0,33
Total	125	40,33

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°18

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORBILIDAD DE RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.



Fuente: Tabla 18.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos podemos visualizar que el 58,33% (n=175) de los recién nacidos de las madres adolescentes no tuvieron morbilidades, mientras que el 10,33% (n=31) de los recién nacidos presentaron ictericia neonatal, el 7% (n=21) tuvo deshidratación neonatal, el 5,67% (n=17) presentó hipoglicemia, sin embargo, el 0,33% (n=1) restante de los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer, microcefalia, labio leporino y síndrome de aspiración de líquido meconial.

TABLA N°19

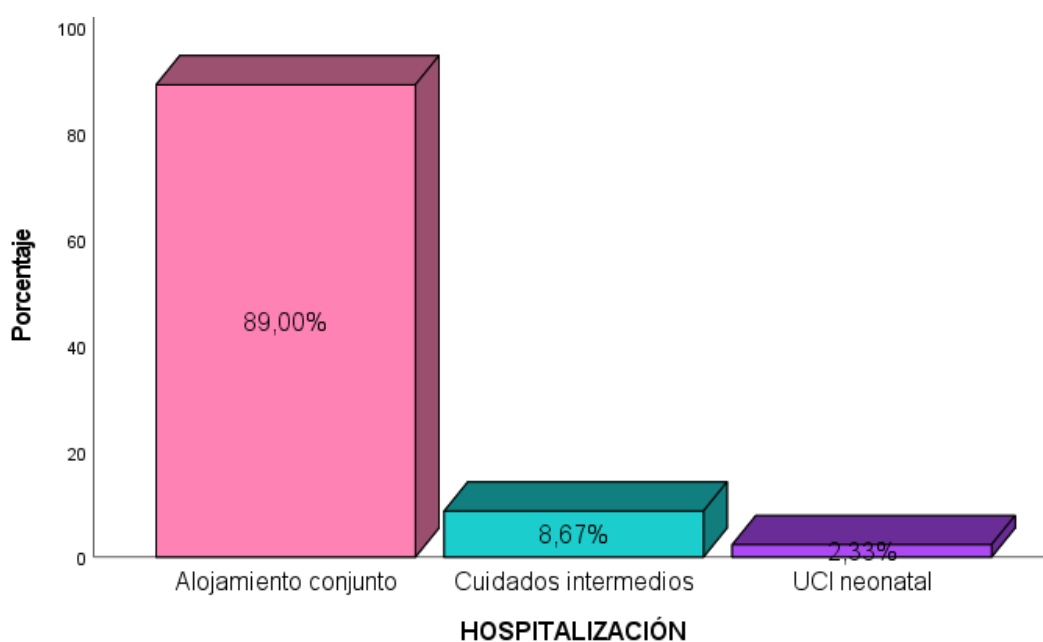
**DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS
ATENDIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Hospitalización	Recién nacidos	
	N°	%
Alojamiento conjunto	267	89,00
Cuidados intermedios	26	8,67
UCI neonatal	7	2,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°19

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA HOSPITALIZACIÓN DE LOS
RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS DE MADRES ADOLESCENTES
EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025**



Fuente: Tabla 19.

INTERPRETACIÓN

Del cual podemos desprender que el 89% (n=267) de los recién nacidos de las madres adolescentes se hospitalizaron en alojamiento en conjunto, seguido del 8,67% (n=26) de dichos recién nacidos se encontraron hospitalizados en cuidado intermedios, en cambio, el 2,33% (n=7) restante de dichos recién nacidos estuvieron hospitalizados en UCI neonatal.

TABLA N°20

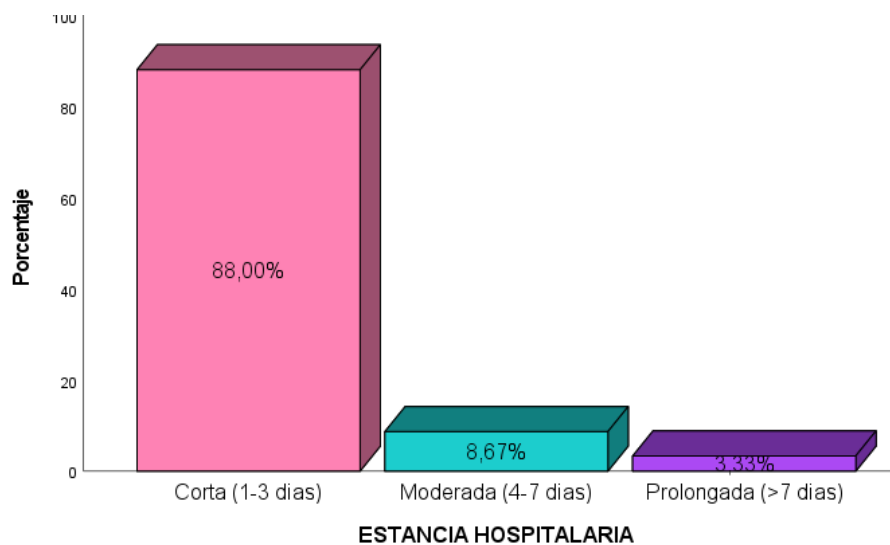
DISTRIBUCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025.

Estancia hospitalaria	Recién nacidos	
	N°	%
Corta	264	88,00
Moderada	26	8,67
Prolongada	10	3,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°20

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025



Fuente: Tabla 20.

INTERPRETACIÓN

Del cual podemos observar que el 88% (n=264) de los recién nacidos de las madres adolescentes tuvieron una estancia hospitalaria corta (1-3 días), seguido del 8,67% (n=26) que tuvieron una estancia moderada (4-7 días), sin embargo, el 3,33% (n=10) restante de dichos recién nacidos tuvieron una estancia prolongada en el hospital (> 7días).

TABLA N°21

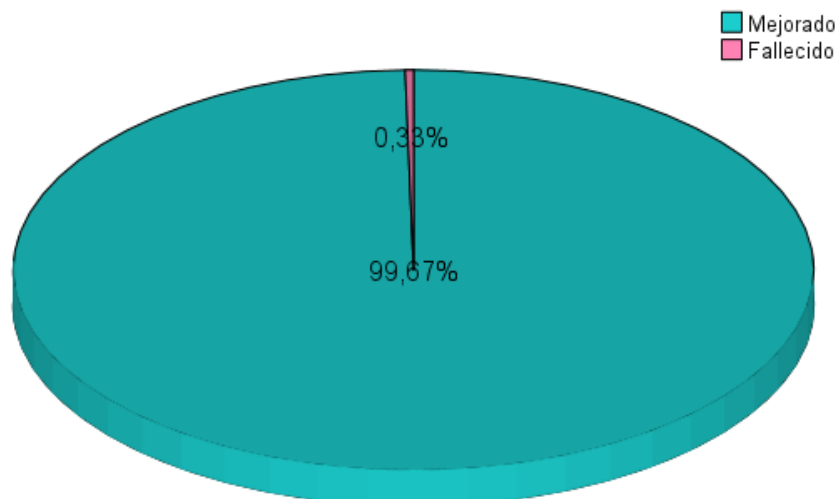
**DISTRIBUCIÓN DE ALTA MÉDICA DE MADRES ADOLESCENTES DE
LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2024-2025.**

Alta médica	Recién nacidos	
	N°	%
Mejorado	299	99,67
Fallecido	1	0,33
Total	300	100,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N°21

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ALTA MÉDICA DE MADRES
ADOLESCENTES DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024-2025**



Fuente: Tabla 21.

INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos se puede visualizar que el 99,67% (n=299) de los recién nacidos de las madres adolescentes fueron dado de alta médica en condiciones favorables, en cambio, el 0,33% (n=1) restante de dicho recién nacido salió del hospital fallecido.

DISCUSIÓN

Con respecto a la Tabla N°01, en relación con la edad gestacional, se encontró que el 93 % de los recién nacidos fueron a término, mientras que únicamente el 6,67 % fueron pretérmino y el 0,33 % postérmino. Estos resultados coinciden con lo reportado por Leiva Parra et al. (2018), quienes encontraron que el 92,54 % de los neonatos hijos de madres adolescentes nacieron a término; asimismo, Yerba (2019) reportó 86,44 %, Pérez (2018) 83,9 % y La Rosa (2015) 90,3 % de recién nacidos a término. Esta similitud podría explicarse debido a que la mayoría de las madres adolescentes estudiadas pertenecían al grupo de adolescencia tardía (17 a 19 años), etapa en la cual el organismo presenta mayor madurez biológica y reproductiva en comparación con las adolescentes tempranas. Diversos autores sostienen que el riesgo obstétrico y neonatal se incrementa considerablemente en adolescentes menores de 15 años, debido a la inmadurez uterina, vascular y endocrina, factores que predisponen a parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y complicaciones durante el embarazo.

Desde el punto de vista teórico, el parto pretérmino se relaciona con múltiples factores de riesgo como infecciones maternas, anemia, deficiente control prenatal, malnutrición y estrés psicosocial. En la adolescencia, estas condiciones suelen presentarse con mayor frecuencia debido a limitaciones económicas, dependencia familiar y menor acceso a servicios de salud. Sin

embargo, en el presente estudio la frecuencia de prematuridad fue relativamente baja en comparación con investigaciones internacionales como la de Kiray et al. (2020), quienes reportaron 27 % de prematuridad, o De Marco et al. (2021), quienes concluyeron que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de parto pretérmino y bajo peso neonatal. Estas diferencias podrían atribuirse a las características epidemiológicas de cada población, el acceso a controles prenatales, el nivel de complejidad hospitalaria y las diferencias metodológicas entre los estudios. Asimismo, es importante considerar que investigaciones desarrolladas en países con poblaciones vulnerables o contextos de desigualdad social severa tienden a evidenciar mayores complicaciones perinatales.

En cuanto a la Tabla 02, la evaluación de edad gestacional por método Capurro, el 94,33 % de los recién nacidos fueron clasificados como a término. Este resultado guarda coherencia con la edad gestacional obstétrica encontrada y refleja concordancia entre el desarrollo físico-neurológico neonatal y el tiempo gestacional. El marco teórico señala que el método Capurro constituye una herramienta útil para valorar la madurez del recién nacido mediante características físicas y neurológicas, permitiendo identificar prematuridad cuando no se dispone de una fecha de última menstruación confiable. El bajo porcentaje de prematuros moderados y extremos hallado en esta investigación evidencia que la mayoría de los neonatos alcanzó adecuada maduración fetal intrauterina.

Respecto a la Tabla 03 sobre el peso al nacer, el 89 % de los recién nacidos presentó peso adecuado, el 6,67 % macrosomía, el 3,33 % bajo peso y el 1 % muy bajo peso. Estos hallazgos son semejantes a los encontrados por Pérez (2018), Yerba (2019), Caraballo La Riva (2008) y La Rosa (2015), quienes también evidenciaron predominio de peso neonatal normal. Según la teoría del crecimiento fetal, el peso al nacer constituye uno de los principales indicadores de salud neonatal y refleja las condiciones intrauterinas durante la gestación. El bajo peso al nacer suele asociarse con insuficiencia placentaria, desnutrición materna, anemia, hipertensión gestacional y parto pretérmino, las cuales no fueron predominantes en la población adolescente de este estudio.

Al comparar los hallazgos de esta investigación, con los antecedentes nacionales, se observa una importante concordancia con los resultados reportados por Yerba (2019), quien encontró que el 86,86 % de los recién nacidos presentó peso adecuado al nacer, así como con Leiva Parra et al. (2018), quienes reportaron predominio de neonatos con peso normal. De igual manera, La Rosa (2015) encontró que el 87,1 % de los recién nacidos de madres adolescentes tempranas presentó peso adecuado al nacimiento. Estas similitudes sugieren que, pese a la condición de adolescencia materna, la mayoría de los embarazos logra culminar con un adecuado crecimiento fetal cuando existen condiciones obstétricas favorables.

Asimismo, los resultados obtenidos superan a los reportados por Pérez (2018), quien encontró que el 80,2 % de los neonatos presentó peso normal y que el 16,5 % tuvo bajo peso al nacer. Del mismo modo, Yerba (2019) reportó una frecuencia de bajo peso de 11,86 %, cifra considerablemente superior al 3,33 % encontrado en la presente investigación. Estas diferencias podrían explicarse por características epidemiológicas distintas entre las poblaciones estudiadas, diferencias en el acceso al control prenatal, condiciones socioeconómicas, estado nutricional materno y prevalencia de patologías obstétricas asociadas.

Desde el punto de vista fisiológico, el peso al nacer constituye uno de los indicadores más importantes del bienestar fetal y del adecuado desarrollo intrauterino. Este parámetro refleja la interacción entre factores maternos, placentarios, fetales, genéticos, nutricionales y ambientales que actúan durante toda la gestación. Por ello, el peso neonatal es considerado uno de los principales predictores de supervivencia, crecimiento y desarrollo posterior.

La elevada proporción de recién nacidos con peso adecuado encontrada en la presente investigación podría explicarse por diversos factores favorables observados en la población estudiada. Entre ellos destacan el predominio de recién nacidos a término (93 %), la elevada proporción de neonatos adecuados para la edad gestacional (86 %), el

predominio de adolescentes tardías (73,67 %) y la presencia de controles prenatales adecuados en más de la mitad de las gestantes (53,33 %).

La literatura señala que las adolescentes tardías presentan menor competencia biológica entre el crecimiento materno y fetal en comparación con las adolescentes tempranas. Durante la adolescencia temprana, el organismo materno continúa en proceso de crecimiento y desarrollo, lo que puede generar competencia por nutrientes entre la madre y el feto, favoreciendo restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso neonatal. En cambio, las adolescentes mayores presentan una maduración biológica más avanzada, lo que contribuye a mejores resultados perinatales.

En relación con el bajo peso al nacer, la frecuencia encontrada en este estudio (3,33 %) fue considerablemente inferior a la reportada por diversos antecedentes nacionales e internacionales. Pérez (2018) encontró 16,5 % de bajo peso; Yerba (2019), 11,86 %; Caraballo La Riva (2008), 7,8 %; y Soderó et al. (2005) reportaron hasta 31,25 % en hijos de madres menores de 15 años. Asimismo, Bojanini y Gómez (2004) identificaron una mayor prevalencia de bajo peso neonatal en gestantes adolescentes comparadas con mujeres adultas.

Estas diferencias podrían explicarse porque en la presente investigación predominó ampliamente la adolescencia tardía, mientras que

los estudios que reportan mayores frecuencias de bajo peso suelen incluir una proporción más elevada de adolescentes tempranas o poblaciones con condiciones sociales más vulnerables. Del mismo modo, el acceso relativamente favorable a controles prenatales observado en la presente investigación podría haber contribuido a detectar y corregir oportunamente factores de riesgos nutricionales y obstétricos.

Desde la perspectiva fisiopatológica, el bajo peso al nacer suele asociarse con múltiples factores maternos y fetales, entre ellos la prematuridad, la restricción del crecimiento intrauterino, la hipertensión gestacional, la preeclampsia, las infecciones maternas, la anemia, la malnutrición y el consumo de sustancias nocivas durante la gestación. Estas condiciones alteran el aporte de oxígeno y nutrientes al feto, limitando su crecimiento y aumentando el riesgo de morbilidad neonatal.

Además, el bajo peso al nacer se relaciona con un incremento significativo del riesgo de hipoglicemia, hipotermia, sepsis neonatal, dificultad respiratoria, alteraciones neurológicas y mortalidad neonatal. Por ello, la baja frecuencia observada en el presente estudio podría explicar parcialmente los resultados favorables encontrados posteriormente en variables como hospitalización neonatal, estancia hospitalaria y condición de alta.

En cuanto al muy bajo peso al nacer, únicamente el 1 % de los recién nacidos presentó esta condición. Este resultado es inferior al reportado por Pérez (2018), quien encontró una frecuencia de 2,5 %, y ligeramente superior a la encontrada por Yerba (2019), que reportó 0,85 %. La baja frecuencia observada podría estar relacionada con el reducido porcentaje de prematuridad encontrado en el estudio (6,67 %), ya que existe una estrecha relación entre prematuridad extrema y muy bajo peso al nacer.

Por otro lado, la macrosomía neonatal representó el 6,67 % de los casos, porcentaje superior al reportado por Pérez (2018) (0,8 %) y Yerba (2019) (0,42 %). Este hallazgo resulta particularmente interesante, ya que tradicionalmente el embarazo adolescente se asocia más frecuentemente con bajo peso al nacer que con macrosomía.

La presencia de macrosomía podría estar relacionada con factores genéticos familiares, adecuada nutrición materna, ganancia excesiva de peso durante la gestación o alteraciones metabólicas maternas. Desde el punto de vista clínico, los recién nacidos macrosómicos presentan mayor riesgo de traumatismos obstétricos, distocia de hombros, hipoglicemia neonatal y complicaciones durante el parto. Sin embargo, estas complicaciones no tuvieron una frecuencia importante en la población estudiada.

Los resultados también pueden analizarse a la luz de los hallazgos de Domingo et al. (2020), quienes concluyeron que no existían diferencias

significativas en el peso al nacer entre hijos de madres adolescentes y adultas cuando las condiciones de atención prenatal y obstétrica eran adecuadas. Esta conclusión coincide con lo observado en la presente investigación, donde predominó ampliamente el peso neonatal normal y las complicaciones relacionadas con alteraciones del crecimiento fetal fueron relativamente bajas.

Por otro lado, De Marco et al. (2021), mediante una revisión sistemática y metaanálisis, concluyeron que las madres adolescentes presentan una mayor probabilidad de tener recién nacidos con bajo peso al nacer y prematuridad. Sin embargo, los resultados de la presente investigación muestran una frecuencia considerablemente menor de bajo peso neonatal. Esta discrepancia podría atribuirse a diferencias socioeconómicas, culturales, nutricionales y sanitarias entre las poblaciones evaluadas, así como al predominio de adolescentes tardías en la muestra estudiada.

En términos generales, los resultados de la Tabla 3 evidencian que la mayoría de los hijos de madres adolescentes presentó un adecuado crecimiento fetal, reflejado por el predominio de peso normal al nacimiento y la baja frecuencia de bajo peso neonatal. Estos hallazgos sugieren que, en la población estudiada, la adolescencia materna no se asoció de manera importante con alteraciones del crecimiento fetal ni con una elevada frecuencia de complicaciones derivadas del bajo peso al nacer. Sin

embargo, la presencia de un grupo reducido de neonatos con bajo peso y muy bajo peso reafirma la necesidad de fortalecer el control prenatal, la vigilancia nutricional materna y las estrategias de prevención del embarazo adolescente, especialmente en adolescentes más jóvenes y socialmente vulnerables.

Aunque tradicionalmente el embarazo adolescente se ha relacionado con mayor riesgo de bajo peso neonatal, los resultados del presente estudio no evidencian una elevada frecuencia de esta complicación. Esto podría deberse a que más de la mitad de las gestantes presentó controles prenatales adecuados y a que predominó la adolescencia tardía, grupo en el cual el riesgo biológico es menor. Sin embargo, los resultados difieren de Bojanini y Gómez (2004), Sodero et al. (2005) y De Marco et al. (2021), quienes reportaron mayor prevalencia de bajo peso y prematuridad en hijos de madres adolescentes. Estas discrepancias podrían explicarse porque dichas investigaciones incluyeron mayor proporción de adolescentes tempranas y poblaciones con condiciones socioeconómicas más desfavorables. Además, la presencia de bajo peso neonatal suele incrementarse cuando existe malnutrición materna, anemia severa o escaso control prenatal.

En cuanto a la Tabla 04, sobre el sexo de los recién nacidos, predominó ligeramente el sexo masculino, con 50,67 %, resultado similar a lo encontrado por Leiva Parra et al. (2018), quienes reportaron predominio

masculino en 51,70 %. Esta distribución corresponde al comportamiento demográfico habitual observado en nacimientos neonatales y no representa una diferencia clínicamente significativa.

Asimismo, algunos estudios internacionales han explorado la posible influencia de factores ambientales, nutricionales y hormonales sobre la proporción de nacimientos según sexo; sin embargo, la evidencia continúa siendo limitada y controversial. En consecuencia, el predominio masculino observado probablemente refleja únicamente la distribución biológica habitual de los nacimientos.

Desde una perspectiva clínica, el sexo neonatal adquiere relevancia debido a que ciertas patologías presentan diferente frecuencia según el sexo. Algunos autores han descrito que los recién nacidos masculinos presentan mayor riesgo de prematuridad, dificultad respiratoria, síndrome de membrana hialina, sepsis neonatal y mortalidad neonatal durante el período perinatal. Este fenómeno ha sido denominado en la literatura como la “desventaja biológica masculina”, atribuida principalmente a una maduración pulmonar y neurológica ligeramente más tardía en comparación con las niñas.

No obstante, en la presente investigación no se evidenció una elevada frecuencia de complicaciones respiratorias ni de mortalidad neonatal, lo que sugiere que el ligero predominio masculino encontrado no tuvo repercusión significativa sobre los resultados perinatales observados.

Por tanto, puede concluirse que la distribución por sexo encontrada fue similar a la descrita en la población general y en otros estudios realizados en hijos de madres adolescentes, sin evidenciar influencia relevante sobre las características neonatales evaluadas.

En relación a la Tabla 05, con la clasificación según peso acorde a la edad gestacional, el 86 % de los recién nacidos fueron adecuados para la edad gestacional, mientras que solo el 3,67 % fueron pequeños para la edad gestacional. Estos resultados coinciden con Caraballo La Riva (2008), Leiva Parra et al. (2018), Pérez (2018) y Yerba (2019), quienes reportaron predominio de neonatos adecuados para la edad gestacional. Desde la teoría del crecimiento intrauterino, un recién nacido adecuado para la edad gestacional refleja equilibrio entre factores maternos, placentarios y fetales. Por el contrario, los recién nacidos PEG suelen relacionarse con insuficiencia placentaria, hipertensión materna, tabaquismo, infecciones y deficiencia nutricional. El bajo porcentaje de PEG hallado en el presente estudio podría indicar que, pese a la condición de adolescencia, muchas gestantes lograron mantener condiciones favorables para el desarrollo fetal.

Sobre los resultados comparables que fueron reportados por Leiva Parra et al. (2018), su estudio encontró que el 86,56 % de los recién nacidos fueron adecuados para la edad gestacional. Asimismo, Caraballo La Riva (2008) reportó 79,4 % de neonatos AEG, 13,7 % GEG y 6,9 % PEG,

mientras que Yerba (2019) identificó 83,05 % de recién nacidos adecuados para la edad gestacional.

Por otro lado, Pérez (2018) encontró una frecuencia menor de AEG (80 %) y una proporción considerablemente superior de PEG (17 %), resultados que difieren de los observados en la presente investigación.

Desde el punto de vista fisiológico, un recién nacido adecuado para la edad gestacional refleja un crecimiento fetal armónico durante la gestación y constituye un indicador indirecto de adecuado funcionamiento placentario, correcto aporte nutricional materno y ausencia de patologías que afecten significativamente el crecimiento intrauterino.

La elevada frecuencia de recién nacidos AEG encontrada en este estudio podría relacionarse con varios factores favorables observados simultáneamente en la población estudiada. Entre ellos destacan el predominio de recién nacidos a término (93 %), la baja frecuencia de prematuridad, el adecuado peso al nacer en el 89 % de los casos y la existencia de controles prenatales adecuados en más de la mitad de las gestantes.

Asimismo, la predominancia de adolescentes tardías (73,67 %) probablemente desempeñó un papel importante. Diversos autores señalan que las adolescentes mayores presentan una competencia biológica

menos marcada entre el crecimiento materno y el crecimiento fetal, fenómeno que suele observarse con mayor intensidad en adolescentes tempranas.

Los recién nacidos PEG representaron solamente el 3,67 %, porcentaje inferior al reportado por Pérez (2018), Yerba (2019) y Leiva Parra et al. (2018). Esta diferencia podría indicar mejores condiciones maternas y obstétricas durante la gestación en la población estudiada.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los recién nacidos PEG suelen asociarse con insuficiencia placentaria, hipertensión gestacional, preeclampsia, tabaquismo, anemia materna, infecciones durante el embarazo y deficiencias nutricionales. Además, presentan mayor riesgo de hipoglicemia neonatal, hipotermia, policitemia, alteraciones neurológicas y mortalidad perinatal.

La baja frecuencia de PEG encontrada en este estudio podría explicar parcialmente la reducida incidencia de complicaciones neonatales graves observadas posteriormente, como ingreso a UCI neonatal, hospitalización prolongada o mortalidad neonatal.

Por otro lado, los recién nacidos GEG representaron el 10,33 %, porcentaje superior al reportado por Pérez (2018) y Yerba (2019). Este hallazgo podría relacionarse con mejores condiciones nutricionales

maternas, mayor ganancia ponderal gestacional o factores genéticos familiares. Asimismo, debe considerarse que la macrosomía representó el 6,67 % de los recién nacidos según la Tabla 03, lo cual guarda coherencia con la proporción de neonatos clasificados como GEG.

Desde una perspectiva clínica, los recién nacidos GEG presentan mayor riesgo de traumatismos obstétricos, hipoglicemia neonatal, policitemia y dificultad respiratoria transitoria. Sin embargo, estas complicaciones no fueron frecuentes en la presente investigación.

En conjunto, los resultados sugieren que la mayoría de los embarazos adolescentes estudiados permitió un adecuado crecimiento fetal intrauterino, reflejado por la elevada proporción de recién nacidos adecuado para la edad gestacional y la baja frecuencia de restricción del crecimiento fetal.

Respecto a la Tabla 06, en la presente investigación se evidenció que el 59,67 % de las madres adolescentes presentó parto eutócico, mientras que el 40,33 % tuvo parto distócico.

Estos resultados muestran que el parto vaginal sin complicaciones fue la forma de culminación más frecuente en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Sin embargo, el porcentaje de partos distócicos continúa siendo considerablemente elevado, ya que

aproximadamente 4 de cada 10 adolescentes requirieron algún tipo de intervención obstétrica o presentaron dificultades durante el parto.

Al comparar estos hallazgos con Yerba (2019), el autor reportó que el 69,49 % de los partos en adolescentes fueron eutócicos, porcentaje ligeramente superior al encontrado en la presente investigación. Asimismo, Flores Ticona (2025) encontró que el 79 % de las adolescentes no presentó complicaciones obstétricas durante el parto, aunque el 22 % sí presentó complicaciones importantes. Aunque los porcentajes no son directamente comparables debido a diferencias metodológicas, ambos estudios coinciden en señalar que la mayoría de las adolescentes logra culminar el embarazo mediante parto vaginal.

En contraste, Leiva Parra et al. (2018) reportaron una elevada frecuencia de cesáreas (61,44 %), resultado notablemente superior al observado en la presente investigación. Esta diferencia podría explicarse por variaciones en los protocolos institucionales, diferencias en las características obstétricas de las pacientes o por una mayor complejidad de los embarazos atendidos en el establecimiento estudiado por dichos autores.

Así también, los resultados difieren parcialmente de Kiray et al. (2020), quienes reportaron elevadas tasas de cesárea (44,8 %) y complicaciones obstétricas en adolescentes, asociadas principalmente a atención prenatal deficiente y anemia materna. Del mismo modo, Bojanini

y Gómez (2004) señalaron mayor frecuencia de parto pretérmino y complicaciones obstétricas en adolescentes comparadas con adultas.

La predominancia del parto eutócico podría explicarse porque la mayoría de madres adolescentes pertenecía a la adolescencia tardía (17-19 años), etapa en la que existe mayor madurez anatómica y pélvica en comparación con adolescentes tempranas. Diversos autores sostienen que las adolescentes tardías presentan menor riesgo de desproporción céfalo-pélvica y complicaciones graves durante el parto.

Además, los resultados neonatales favorables encontrados en la investigación, como predominio de recién nacidos a término, APGAR normal y peso adecuado, probablemente también contribuyeron a una mayor frecuencia de parto eutócico.

Asimismo, debe considerarse que en la presente investigación el 46,67 % de las gestantes presentó controles prenatales inadecuados. Aunque esta proporción es importante, posiblemente la cobertura prenatal alcanzada por el grupo restante permitió detectar oportunamente factores de riesgo y prevenir complicaciones obstétricas graves.

Desde la perspectiva clínica, el predominio del parto eutócico constituye un resultado favorable, debido a que se asocia con menor riesgo de hemorragia materna, infección puerperal, lesiones quirúrgicas, complicaciones anestésicas y estancia hospitalaria prolongada. Además,

favorece el contacto precoz madre-hijo, el inicio temprano de la lactancia materna y una recuperación más rápida de la madre.

Por consiguiente, los resultados sugieren que, aunque el embarazo adolescente continúa asociado a ciertos riesgos obstétricos, la mayoría de las gestantes estudiadas logró culminar su embarazo mediante parto eutócico, probablemente favorecida por el predominio de adolescencia tardía, adecuada evolución fetal y atención obstétrica oportuna.

En la Tabla 07, la presente investigación evidenció que el 59,67 % de las madres adolescentes culminó su embarazo mediante parto vaginal, seguido del 38 % que presentó cesárea de emergencia y únicamente el 2,33 % culminó mediante cesárea electiva.

Estos resultados muestran claramente que el parto vaginal fue la principal vía de culminación del embarazo en las adolescentes estudiadas. Sin embargo, destaca el elevado porcentaje de cesáreas de emergencia, representando más de un tercio de los casos.

Al comparar con Yerba (2019), quien reportó 69,49 % de partos eutócicos, los resultados son relativamente similares, aunque en la presente investigación existe una mayor proporción de cesáreas de emergencia.

Asimismo, Flores Ticona (2025) identificó la cesárea por condición de adolescencia y sufrimiento fetal agudo entre las principales

complicaciones obstétricas. Del mismo modo, Sodero et al. (2005) encontraron que el 27 % de las adolescentes menores de 15 años culminó en cesárea.

Por otro lado, Leiva Parra et al. (2018) reportaron una frecuencia mucho mayor de cesáreas (61,44 %), resultado diferente al presente estudio. Esta discrepancia podría deberse a diferencias en protocolos institucionales, mayor complejidad obstétrica de la población estudiada, diferencias en edad materna, mayor prevalencia de complicaciones fetales, distinto manejo obstétrico hospitalario.

La elevada proporción de cesáreas de emergencia encontrada en la presente investigación podría explicarse por la presencia de complicaciones obstétricas agudas durante el trabajo de parto, las cuales requieren resolución inmediata para proteger la vida materna y fetal.

Además, el control prenatal inadecuado encontrado en casi la mitad de las gestantes probablemente influyó en la aparición tardía o mal controlada de algunas complicaciones obstétricas. Por lo que la baja frecuencia de cesárea electiva (2,33 %) sugiere que la mayoría de cesáreas no fueron programadas, sino realizadas por emergencias obstétricas imprevistas durante el trabajo de parto.

Asimismo, el predominio del parto vaginal puede considerarse favorable, ya que reduce el riesgo de infección materna, complicaciones

quirúrgicas, estancia hospitalaria prolongada, problemas respiratorios neonatales asociados a cesárea.

Esto probablemente contribuyó a que la mayoría de recién nacidos permaneciera en alojamiento conjunto y tuviera estancia hospitalaria corta.

Sobre la Tabla 08, en relación con los motivos de parto distócico, la presente investigación evidenció que el 15,67 % (n=47) correspondió a cesárea anterior, seguido del 5,67 % (n=17) por sufrimiento fetal agudo, 5 % (n=15) por desproporción céfalo-pélvica, 3,33 % por oligohidramnios, 2,33 % por preeclampsia severa y presentación podálica, 1,33 % por embarazo prolongado y otros motivos, 1 % por ruptura prematura de membranas, 0,67 % por situación transversa y condilomatosis genital, mientras que el 0,33 % correspondió a retraso de crecimiento intrauterino, presentación fetal alta y preeclampsia.

Estos hallazgos muestran que las principales causas de distocia estuvieron relacionadas con antecedentes obstétricos previos, alteraciones fetales y complicaciones hipertensivas.

El predominio de cesárea anterior como principal indicación resulta particularmente importante, debido a que evidencia presencia de embarazos recurrentes en adolescentes. Aunque la mayoría era primípara, existió un grupo de adolescentes multíparas con antecedente quirúrgico previo, situación que incrementa el riesgo obstétrico en futuras gestaciones.

Este resultado puede compararse indirectamente con Flores Ticona (2025), quien encontró importante frecuencia de cesárea y recurrencia de embarazo adolescente. Asimismo, Sodero et al. (2005) señalaron mayor frecuencia de cesáreas en adolescentes más jóvenes.

El sufrimiento fetal agudo representó la segunda causa más frecuente. Este hallazgo coincide con Kiray et al. (2020), quienes reportaron elevada frecuencia de sufrimiento fetal en embarazos adolescentes. Desde el punto de vista fisiopatológico, el sufrimiento fetal puede asociarse con hipoxia intrauterina, trabajo de parto prolongado, compresión del cordón umbilical, oligohidramnios, insuficiencia placentaria.

La presencia de sufrimiento fetal probablemente explica parte de las complicaciones neonatales observadas, como depresión moderada al nacimiento, asfixia neonatal o necesidad de hospitalización en cuidados intermedios y UCI neonatal.

Asimismo, la desproporción céfalo-pélvica representó el 5 %, resultado esperado en adolescentes debido a la posible inmadurez pélvica, especialmente en edades más tempranas. Diversos autores sostienen que el desarrollo óseo y pélvico incompleto puede dificultar el trabajo de parto vaginal y favorecer la necesidad de cesárea.

La presencia de preeclampsia severa también constituye un hallazgo relevante, ya que esta enfermedad hipertensiva puede ocasionar

restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, sufrimiento fetal, bajo peso al nacer, mayor morbilidad neonatal.

Asimismo, el oligohidramnios encontrado puede relacionarse con insuficiencia placentaria o alteraciones fetales, incrementando el riesgo de compresión del cordón y sufrimiento fetal.

Desde el análisis global, los motivos de distocia encontrados evidencian que, aunque la mayoría de gestaciones adolescentes evolucionó favorablemente, persistieron múltiples factores obstétricos de riesgo que justifican la necesidad de vigilancia prenatal y monitoreo intraparto estricto.

Además, el hecho de que las complicaciones obstétricas graves que causaran el parto distócico hayan sido relativamente bajas en este estudio probablemente contribuyó a una alta frecuencia de APGAR normal, baja mortalidad neonatal, menor estancia hospitalaria, bajo porcentaje de ingreso a UCI neonatal.

En relación con la tabla 09, el APGAR, el 96,34 % presentó valores normales al primer minuto y el 100 % al quinto minuto. Estos hallazgos evidencian adecuada adaptación neonatal y coinciden con Leiva Parra et al. (2018), quienes reportaron 96,89 % de APGAR normal al primer minuto, y con Pérez (2018), quien encontró 94,1 % de buena adaptación neonatal. Según la literatura, el APGAR evalúa la adaptación cardiorrespiratoria y

neurológica del recién nacido después del nacimiento. Valores bajos suelen asociarse con asfixia perinatal, prematuridad y sufrimiento fetal. La baja frecuencia de depresión moderada y severa en el presente estudio podría relacionarse con la baja incidencia de prematuridad extrema y con una adecuada atención inmediata del recién nacido en sala de partos.

Por otro lado, Soderó et al. (2005) reportaron mayor frecuencia de depresión neonatal en hijos de madres adolescentes menores de 15 años. Esta diferencia reafirma que la edad materna temprana constituye un factor de mayor vulnerabilidad biológica, mientras que las adolescentes tardías presentan resultados perinatales más semejantes a los de mujeres adultas jóvenes.

Respecto a la Tabla 10, sobre las características maternas, en este caso sobre la edad materna, predominó la adolescencia tardía con un 73,67%, este hallazgo coincide con Pérez (2018), quien reportó que el 73,4 % de las madres adolescentes pertenecía a la adolescencia tardía, mientras que únicamente el 1,2 % correspondía a adolescencia temprana. Del mismo modo, Huaqui Matos (2025) encontró predominio del grupo etario de 18 a 19 años con 62,3 %, y Yerba (2019) reportó una edad promedio materna de 17,89 años.

Los resultados encontrados también pueden relacionarse con los hallazgos de Távara (2015), quien señala que el embarazo adolescente en el Perú se encuentra estrechamente vinculado a factores sociales,

familiares y educativos más que exclusivamente biológicos. En ese sentido, aunque las adolescentes tardías poseen una madurez física relativamente mayor, continúan expuestas a factores de vulnerabilidad social que favorecen la ocurrencia de embarazos no planificados.

Desde el punto de vista obstétrico, el predominio de adolescentes tardías podría explicar parcialmente los resultados neonatales favorables encontrados en la presente investigación. Diversos autores coinciden en señalar que las adolescentes entre 17 y 19 años presentan menor riesgo de complicaciones graves en comparación con adolescentes menores de 15 años, debido a una mayor madurez anatómica de la pelvis, mejor desarrollo endocrino y mayor capacidad fisiológica para sostener una gestación.

Esta situación se observa claramente al comparar los resultados del presente estudio con los reportados por Sodero et al. (2005), quienes encontraron que las adolescentes menores de 15 años presentaban mayores tasas de bajo peso al nacer (31,25 %), depresión neonatal al primer minuto (17,8 %) y cesárea (27 %). De manera similar, La Rosa (2015) identificó que las adolescentes tempranas presentaban mayores dificultades relacionadas con el control prenatal y el seguimiento gestacional.

Por consiguiente, es posible inferir que la alta proporción de adolescentes tardías observada en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

habría contribuido al predominio de recién nacidos a término (93 %), peso adecuado al nacer (89 %), clasificación adecuada para la edad gestacional (86 %) y APGAR normal al nacimiento (96,34 %). Estos resultados respaldan la hipótesis de que la edad materna dentro de la adolescencia constituye un factor determinante en la evolución obstétrica y neonatal.

Sin embargo, aunque los resultados neonatales fueron favorables, el predominio de la adolescencia tardía no elimina los riesgos inherentes al embarazo adolescente.

La literatura científica continúa señalando que estas gestantes presentan mayor probabilidad de abandono escolar, dependencia económica, dificultades en la crianza, embarazos subsecuentes precoces y limitaciones para acceder a oportunidades educativas y laborales futuras.

Por ello, los resultados obtenidos deben interpretarse considerando no solo el desenlace biológico inmediato del recién nacido, sino también las repercusiones sociales y familiares que el embarazo adolescente genera a mediano y largo plazo.

La similitud entre estos estudios permite deducir que la adolescencia tardía representa el grupo con mayor frecuencia de embarazo adolescente tanto a nivel regional como nacional. Esto podría explicarse porque en esta etapa existe mayor inicio de actividad sexual, incremento de relaciones de

convivencia y menor supervisión familiar en comparación con adolescentes más jóvenes.

Desde el punto de vista biopsicosocial, la adolescencia tardía se caracteriza por mayor desarrollo físico y maduración ginecológica, lo que podría explicar por qué en el presente estudio predominaron resultados neonatales relativamente favorables.

Asimismo, la baja frecuencia de adolescentes tempranas podría relacionarse con programas preventivos escolares, acceso a información sexual o menor tasa poblacional en dicho grupo etario. Sin embargo, aunque las adolescentes tardías presentan menor riesgo biológico, continúan siendo una población vulnerable desde el punto de vista social y emocional.

Sobre la Tabla 11, la presente investigación mostró que el 96,67 % de las madres adolescentes provenía de zonas urbanas, mientras que solo el 4,33 % pertenecía a zonas rurales.

El predominio de procedencia urbana encontrado en la presente investigación (96,67 %) representa uno de los hallazgos sociodemográficos más importantes del estudio. Esta distribución es incluso superior a la reportada por Huaqui Matos (2025), quien encontró un 60 % de procedencia urbana.

Una posible explicación de esta diferencia radica en que el Hospital Hipólito Unanue constituye el principal establecimiento de referencia de la región Tacna, concentrando una gran proporción de población residente en zonas urbanas. Asimismo, la urbanización progresiva observada en las últimas décadas podría haber incrementado la concentración poblacional en áreas urbanas.

Desde una perspectiva de salud pública, la procedencia urbana suele asociarse con mayores oportunidades de acceso a servicios de salud, educación formal y programas preventivos. Esto podría explicar parcialmente los resultados favorables observados en la presente investigación respecto a prematuridad, peso al nacer y adaptación neonatal.

Sin embargo, diversos autores advierten que la urbanización no necesariamente constituye un factor protector absoluto. Távara (2015) señala que las adolescentes residentes en zonas urbanas pueden estar expuestas a factores sociales que incrementan el riesgo de embarazo precoz, como desintegración familiar, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, pobreza urbana y acceso insuficiente a educación sexual integral.

Este resultado evidencia una marcada concentración urbana de los embarazos adolescentes atendidos en el hospital. Dicho hallazgo probablemente se relaciona con la ubicación geográfica del establecimiento

de salud, ya que el hospital constituye el principal centro de referencia de la ciudad de Tacna y concentra mayor demanda urbana.

Asimismo, Távara (2015) señaló que el embarazo adolescente tiene mayor visibilidad en contextos urbanos debido a factores sociales, económicos y culturales.

La predominancia urbana podría explicarse por diversos factores. En las zonas urbanas existe mayor densidad poblacional, mayor exposición a factores sociales de riesgo, inicio precoz de relaciones sexuales, influencia de medios digitales y cambios en los patrones familiares. Sin embargo, también existe mayor acceso a servicios de salud y educación.

Por otro lado, la baja frecuencia de procedencia rural podría deberse a que muchas adolescentes rurales son derivadas a establecimientos de menor complejidad o tienen dificultades para acceder al hospital regional. Asimismo, la migración hacia zonas urbanas también podría influir en este comportamiento epidemiológico.

Además en la Tabla 12, se evidenció que el 76 % de las madres adolescentes provenía del distrito de Tacna, seguido del 9,67 % de Alto de la Alianza y 7 % de Ciudad Nueva. Estos resultados reflejan que la mayor concentración de madres adolescentes corresponde a distritos urbanos con mayor densidad poblacional y cercanía al hospital. Asimismo, distritos

como Alto de la Alianza y Ciudad Nueva presentan importantes sectores urbano-populares y condiciones socioeconómicas vulnerables.

Aunque los antecedentes revisados no describen específicamente la distribución distrital, diversos estudios nacionales han señalado que el embarazo adolescente presenta una estrecha relación con condiciones de vulnerabilidad social, educativa y económica. En este contexto, Távara (2015) enfatiza que las desigualdades sociales continúan siendo uno de los principales determinantes del embarazo adolescente en el Perú.

Desde una perspectiva epidemiológica, los distritos con mayor densidad poblacional suelen concentrar un mayor número absoluto de embarazos adolescentes. Asimismo, la cercanía geográfica al hospital facilita el acceso a la atención prenatal, el control obstétrico y la atención institucional del parto.

Este aspecto adquiere relevancia al analizar los resultados neonatales observados. La alta proporción de recién nacidos a término, el predominio de peso adecuado y la baja frecuencia de ingreso a UCI neonatal podrían estar parcialmente relacionados con una atención sanitaria más accesible y oportuna.

Sin embargo, diversos estudios han señalado que la proximidad geográfica a los servicios sanitarios no garantiza necesariamente una adecuada utilización de dichos servicios. Factores como el nivel educativo,

el apoyo familiar, la situación económica y las creencias culturales también influyen significativamente sobre la adherencia al control prenatal.

Por ello, la distribución distrital encontrada debe interpretarse como un componente más dentro del complejo conjunto de determinantes sociales que influyen sobre la salud materna y neonatal.

Aunque los antecedentes revisados no detallan específicamente distribución distrital, Távara (2015) señala que el embarazo adolescente se relaciona estrechamente con pobreza, acceso limitado a educación sexual y deficiencias familiares. Asimismo, el predominio urbano encontrado podría influir positivamente en el acceso hospitalario y atención neonatal oportuna, explicando parcialmente los buenos resultados perinatales observados.

Según la Tabla 13, se evidenció que el 47 % de las madres adolescentes tenía secundaria incompleta, mientras que el 45,33 % poseía secundaria completa. Solo el 6,67 % alcanzó estudios superiores y el 1 % presentó nivel primario.

Estos resultados muestran que prácticamente la totalidad de las madres adolescentes tenía formación secundaria; sin embargo, predominó ligeramente el grupo que no logró culminar sus estudios. Este hallazgo resulta sumamente importante, ya que evidencia cómo el embarazo

adolescente continúa interfiriendo directamente con la continuidad educativa de las jóvenes.

Al comparar estos resultados con Huaqui Matos (2025), quien reportó predominio de secundaria completa en 51,1 % de las adolescentes, se observa cierta diferencia, debido a que en la presente investigación predominó la secundaria incompleta. Esta discrepancia podría deberse a diferencias sociales, económicas y familiares entre ambas poblaciones estudiadas. Además, el tamaño poblacional del presente estudio fue mucho mayor, lo que permite observar con más claridad la magnitud del problema educativo asociado al embarazo adolescente.

Asimismo, Távara (2015) señala que uno de los principales impactos del embarazo adolescente en Perú es el abandono escolar y la interrupción del proyecto de vida. Esto coincide claramente con los resultados encontrados, ya que casi la mitad de las adolescentes no culminó la secundaria.

Desde el punto de vista social y educativo, la secundaria incompleta puede interpretarse como consecuencia de varios factores como un embarazo no planificado, deserción escolar temprana, dependencia económica, falta de apoyo familiar, necesidad de asumir responsabilidades maternas precozmente.

En muchas ocasiones, las adolescentes abandonan los estudios durante la gestación o después del parto debido a dificultades económicas, cuidado del recién nacido o falta de redes de apoyo. Esto perpetúa ciclos de vulnerabilidad social y pobreza intergeneracional.

Además, la teoría de los determinantes sociales de la salud sostiene que el nivel educativo influye directamente sobre el acceso a información sanitaria, toma de decisiones y conductas de autocuidado. Por ello, las adolescentes con menor grado de instrucción suelen presentar menor adherencia al control prenatal, menor conocimiento sobre signos de alarma, deficiente educación sexual, dificultades en el cuidado neonatal, menor acceso a oportunidades laborales futuras.

Este hallazgo coincide parcialmente con Huaqui Matos (2025), quien reportó predominio de secundaria completa en 51,1 % de las adolescentes. Asimismo, Avendaño Becerra (2021) destacó la influencia del nivel educativo sobre el acceso al control prenatal y resultados neonatales.

Además, Avendaño Becerra (2021) destacó en su investigación, que las adolescentes presentaron una cobertura de control prenatal significativamente menor que las mujeres adultas, situación que podría estar influenciada por diferencias en escolaridad y acceso a información sanitaria.

Desde el punto de vista social, la elevada frecuencia de secundaria incompleta puede interpretarse tanto como causa como consecuencia del embarazo adolescente. Muchas adolescentes abandonan los estudios tras el embarazo debido a limitaciones económicas, responsabilidades de crianza, estigmatización social o ausencia de redes de apoyo familiar.

Távora (2015) señala que el embarazo adolescente frecuentemente ocasiona interrupción del proyecto educativo y limita las oportunidades de desarrollo personal y profesional. Esta situación perpetúa ciclos de pobreza y vulnerabilidad social que pueden extenderse a las siguientes generaciones.

Además, la menor escolaridad puede influir indirectamente sobre la salud neonatal. Diversos estudios han demostrado que las madres con menor nivel educativo presentan mayor probabilidad de controles prenatales insuficientes, deficiente estado nutricional, menor adherencia a la suplementación con hierro y ácido fólico y mayores dificultades para establecer una lactancia materna exitosa.

Sin embargo, resulta importante destacar que, a pesar del predominio de secundaria incompleta, los resultados neonatales observados en la presente investigación fueron mayoritariamente favorables. Esto sugiere que otros factores protectores, como el predominio de adolescencia tardía, la procedencia urbana y una cobertura relativamente adecuada de controles prenatales, pudieron haber

contribuido a compensar parcialmente el efecto negativo asociado a la menor escolaridad.

En consecuencia, los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de implementar estrategias orientadas a prevenir la deserción escolar durante el embarazo adolescente, promover la continuidad educativa y fortalecer la educación sexual integral como herramienta fundamental para la prevención de embarazos no planificados.

Sobre la Tabla 14, en el estudio predominó la ocupación ama de casa con 47 %, seguida de estudiantes con 41,33 % (n=124), mientras que solo el 11,67 % (n=35) trabajaba.

Estos resultados reflejan que gran parte de las adolescentes depende económicamente de sus familias o parejas, situación frecuente en el embarazo adolescente.

La elevada proporción de estudiantes resulta relevante, ya que indica que muchas adolescentes aún mantenían vínculo educativo al momento del embarazo. Sin embargo, el predominio de amas de casa sugiere que muchas abandonaron o suspendieron sus actividades académicas.

Távora (2015) menciona que el embarazo adolescente afecta significativamente el proyecto de vida, ocasionando abandono escolar,

dependencia económica y limitaciones laborales. Esta teoría coincide plenamente con los resultados encontrados.

Asimismo, la dependencia económica podría influir indirectamente en deficiente nutrición materna, menor acceso a recursos sanitarios, inestabilidad emocional, estrés psicológico, menor autonomía para acudir a controles; por lo que todo ello puede repercutir sobre la salud neonatal y el cuidado del recién nacido.

En la tabla 15, el 57 % de las madres adolescentes era conviviente, mientras que el 42,67 % eran solteras. Estos resultados son similares a Yerba (2019), quien reportó 82,20 % de convivencia en madres adolescentes.

La convivencia durante la adolescencia suele asociarse con uniones tempranas y formación precoz de familias. Desde el punto de vista sociocultural, en muchos contextos latinoamericanos el embarazo adolescente favorece el inicio de convivencia como respuesta social o familiar frente a la gestación.

La convivencia puede representar tanto un factor protector como de riesgo. Por un lado, podría brindar apoyo emocional y económico; sin embargo, también puede relacionarse con dependencia económica, violencia de pareja, abandono educativo, relaciones inestables.

Además, muchas adolescentes convivientes continúan dependiendo de sus padres o familiares, lo cual puede generar estrés familiar y dificultades en la crianza neonatal.

Respecto a la Tabla 16, la presente investigación evidenció que el 90,67 % de las madres adolescentes era primípara, solo tuvieron el actual parto; mientras que el 9,33 % eran multíparas con 2 o más partos.

Estos resultados coinciden con Huaqui Matos (2025), quien encontró 75,6 % de primigestas. Sin embargo, Flores Ticoná (2025) reportó que el 21 % de adolescentes ya cursaba un segundo o tercer embarazo antes de los 20 años.

La elevada frecuencia de primiparidad es esperable debido a la corta edad materna. Sin embargo, el hecho de que existan adolescentes multíparas evidencia recurrencia del embarazo adolescente.

Desde el punto de vista neonatal, la primiparidad puede relacionarse con mayor ansiedad materna, dificultades en lactancia, inexperiencia en cuidados neonatales, mayor riesgo de complicaciones adaptativas.

Esto podría explicar parcialmente complicaciones como deshidratación neonatal, hipoglicemia e ictericia observadas en el estudio.

En la tabla 17, sobre los controles prenatales, se observó en este estudio que el 53,33 % de las madres adolescentes presentó controles

prenatales adecuados, es decir, acudieron a 6 o más controles durante la gestación. Sin embargo, un porcentaje también elevado, correspondiente al 46,67 % tuvo controles prenatales inadecuados, con menos de 6 atenciones prenatales.

La elevada proporción de gestantes adolescentes con controles prenatales adecuados (53,33 %) podría constituir uno de los factores más importantes para explicar los resultados neonatales favorables encontrados en la presente investigación. Diversos estudios han demostrado que el control prenatal oportuno permite identificar precozmente factores de riesgo materno-fetales como anemia, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones urinarias, restricción del crecimiento intrauterino y amenaza de parto pretérmino.

En la presente investigación, la frecuencia de prematuridad fue de 6,67 %, cifra considerablemente inferior al 27 % reportado por Kiray et al. (2020) y al 15,5 % encontrado por Pérez (2018). Esta diferencia podría atribuirse, al menos parcialmente, a una mayor cobertura de control prenatal en la población estudiada. Del mismo modo, el bajo porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (3,33 %) contrasta con el 16,5 % reportado por Pérez (2018) y con el 31,25 % descrito por Soderó et al. (2005) en adolescentes menores de 15 años.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el control prenatal adecuado permite intervenir sobre factores modificables asociados a morbilidad

neonatal. La suplementación con hierro y ácido fólico reduce el riesgo de anemia materna y restricción del crecimiento fetal; la vigilancia de la presión arterial favorece la detección temprana de preeclampsia; y el tratamiento oportuno de infecciones disminuye la probabilidad de ruptura prematura de membranas y sepsis neonatal.

Estos resultados muestran una realidad importante y preocupante, ya que, aunque poco más de la mitad de las adolescentes logró cumplir adecuadamente con sus controles, casi la otra mitad no recibió vigilancia prenatal suficiente. Esto refleja que todavía existen importantes barreras de acceso, adherencia y continuidad en la atención prenatal de las gestantes adolescentes.

Al comparar estos hallazgos con Yerba (2019), el autor reportó predominio de controles prenatales adecuados en madres adolescentes, resultados similares a los encontrados en la presente investigación. Asimismo, Leiva Parra et al. (2018) señalaron que gran parte de las adolescentes logró alcanzar gestaciones a término y recién nacidos adecuados para la edad gestacional, situación que probablemente estuvo relacionada con un adecuado seguimiento prenatal.

Por otro lado, los resultados difieren notablemente de Avendaño Becerra (2021), quien encontró que únicamente el 20 % de las madres adolescentes recibió control prenatal, evidenciando una cobertura mucho menor. Del mismo modo, Kiray et al. (2020) reportaron elevada frecuencia

de atención prenatal deficiente asociada a mayores complicaciones neonatales y obstétricas.

En el contexto de Tacna, es posible que la mayor urbanización y cercanía geográfica a los establecimientos de salud haya favorecido un mejor acceso al control prenatal en comparación con otras regiones del país o poblaciones rurales más alejadas.

En relación a la Tabla 18, con las complicaciones neonatales encontradas en la presente investigación, se evidenció que el 58,33 % de los recién nacidos de madres adolescentes no presentó morbilidades durante la hospitalización; sin embargo, un porcentaje importante sí desarrolló determinadas complicaciones, siendo las más frecuentes la ictericia neonatal (10,33 %), la deshidratación neonatal (7 %), la hipoglicemia (5,67 %), la infección perinatal (3,33 %) y la sepsis neonatal (2 %). Aunque la mayoría de estas patologías fueron leves o moderadas y evolucionaron favorablemente, estos hallazgos permiten analizar que el embarazo adolescente continúa constituyendo un contexto de vulnerabilidad neonatal que puede predisponer a complicaciones metabólicas, infecciosas y de adaptación extrauterina.

La ictericia neonatal fue la principal complicación observada en el estudio. Este hallazgo coincide con lo reportado por Ramos Calani (2017), quien identificó la hiperbilirrubinemia como la morbilidad más frecuente en hijos de madres adolescentes atendidos también en el Hospital Hipólito

Unanue de Tacna. Asimismo, Caraballo calani (2008) encontró que la ictericia neonatal representó una de las principales complicaciones inmediatas en neonatos de madres adolescentes. La similitud entre estos estudios sugiere que la hiperbilirrubinemia continúa siendo una patología frecuente en esta población neonatal.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la ictericia neonatal ocurre debido a la inmadurez hepática del recién nacido, específicamente por la limitada capacidad del hígado para conjuguar y eliminar la bilirrubina indirecta. Durante los primeros días de vida existe un incremento fisiológico de la destrucción eritrocitaria fetal y una disminución transitoria de la actividad de la enzima glucuroniltransferasa, lo que favorece la acumulación de bilirrubina. En hijos de madres adolescentes, esta situación podría verse agravada por factores como lactancia materna ineficaz, alimentación insuficiente, prematuridad o dificultades en el apego precoz.

Asimismo, es posible deducir que la elevada frecuencia de ictericia encontrada en la presente investigación podría relacionarse con las características propias de las madres adolescentes, quienes frecuentemente presentan menor experiencia en el cuidado neonatal y mayores dificultades para establecer lactancia materna efectiva durante las primeras horas de vida. La literatura señala que la alimentación insuficiente favorece la circulación enterohepática de la bilirrubina, incrementando el riesgo de hiperbilirrubinemia. Por ello, la presencia de ictericia neonatal

podría estar indirectamente relacionada con dificultades en la adaptación materna al rol de cuidado neonatal.

En cuanto a la deshidratación neonatal, esta representó la segunda complicación más frecuente. Aunque muchos estudios revisados no reportan específicamente esta patología, puede relacionarse teóricamente con una inadecuada técnica de lactancia, escasa frecuencia de alimentación y limitada educación materna sobre cuidados del recién nacido. En adolescentes, especialmente primíparas, es frecuente la inseguridad frente a la lactancia materna y dificultades para reconocer signos de hambre o hidratación adecuada en el neonato.

Además, debe considerarse que el 90,67 % de las madres adolescentes del presente estudio fueron primíparas, situación que incrementa la probabilidad de dificultades en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. Diversos autores sostienen que las madres adolescentes presentan mayores tasas de abandono precoz de lactancia y menor experiencia en técnicas de amamantamiento, lo cual podría explicar parcialmente la frecuencia de deshidratación encontrada. Asimismo, factores emocionales como ansiedad, miedo o falta de apoyo familiar pueden interferir en el adecuado establecimiento de la alimentación neonatal.

Respecto a la hipoglicemia neonatal, esta se presentó en el 5,67 % de los recién nacidos, resultado parcialmente similar al encontrado por

Caraballo La Riva (2008), quien reportó hipoglicemia en el 13,7 % de los casos. Aunque la frecuencia hallada en la presente investigación fue menor, continúa siendo clínicamente relevante debido a las posibles consecuencias neurológicas que puede ocasionar la hipoglicemia neonatal prolongada.

Desde la teoría fisiológica neonatal, la hipoglicemia ocurre cuando existe incapacidad del recién nacido para mantener niveles adecuados de glucosa durante la transición metabólica posterior al nacimiento. Los recién nacidos prematuros, PEG o con dificultades alimentarias presentan mayor riesgo. En el presente estudio, aunque predominó el peso adecuado para la edad gestacional y el nacimiento a término, existieron casos de prematuridad y bajo peso neonatal que podrían explicar parte de esta complicación. Asimismo, la alimentación insuficiente secundaria a dificultades en la lactancia podría haber contribuido al desarrollo de hipoglicemia en determinados neonatos.

Por otro lado, la infección perinatal y la sepsis neonatal también estuvieron presentes en los resultados. Ramos Calani (2017) encontró una frecuencia de sepsis neonatal de 7,69 %, superior a la observada en el presente estudio (2 %). Esta diferencia podría interpretarse como una mejora en las estrategias de control infeccioso, atención obstétrica y vigilancia neonatal en el hospital durante los últimos años. Sin embargo, la

presencia de sepsis neonatal, aunque en baja proporción, continúa siendo importante debido a la elevada morbilidad asociada a esta patología.

La teoría define que las infecciones perinatales pueden originarse por transmisión vertical durante el embarazo, el parto o el periodo neonatal inmediato. Factores como ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias maternas, control prenatal deficiente y parto pretérmino incrementan significativamente el riesgo de sepsis neonatal. En la presente investigación, el 46,67 % de las madres adolescentes presentó controles prenatales inadecuados, situación que pudo limitar la detección temprana y tratamiento oportuno de infecciones maternas durante la gestación.

Asimismo, investigaciones como las de Kiray et al. (2020), Távara (2015) y Arica Sánchez y Díaz Guerrero (2023) coinciden en señalar que las adolescentes presentan mayor vulnerabilidad frente a infecciones gestacionales debido a limitaciones socioeconómicas, deficiente educación sexual y acceso irregular a servicios de salud. Esto permite deducir que las complicaciones infecciosas neonatales no dependen únicamente de la edad materna, sino también de factores relacionados con la calidad del control prenatal y las condiciones de vida de la gestante.

En cuanto a las complicaciones respiratorias, aunque en el presente estudio la taquipnea transitoria y el síndrome de aspiración de líquido meconial fueron poco frecuentes, estos resultados difieren considerablemente de Huaqui Matos (2025), quien reportó síndrome de

distrés respiratorio en el 64,4 % de los neonatos, y de Arica Sánchez y Díaz Guerrero (2023), quienes identificaron elevada frecuencia de dificultad respiratoria neonatal. Estas diferencias podrían deberse principalmente a la menor tasa de prematuridad encontrada en la presente investigación. Desde el punto de vista fisiológico, la inmadurez pulmonar constituye uno de los principales factores asociados con dificultad respiratoria neonatal, especialmente en prematuros.

Asimismo, la baja frecuencia de asfixia neonatal y APGAR bajo observada en el estudio podría relacionarse con una adecuada atención intraparto y reanimación neonatal inmediata. Esto coincide con los altos porcentajes de APGAR normal encontrados al primer y quinto minuto. Contrariamente, Soderó et al. (2005) reportaron mayor frecuencia de depresión neonatal en hijos de madres menores de 15 años. Esto permite inferir que el grupo etario materno tiene gran influencia sobre los resultados neonatales. En la presente investigación predominó la adolescencia tardía, mientras que los estudios que reportan mayores complicaciones suelen incluir adolescentes tempranas, quienes presentan mayor inmadurez biológica y obstétrica.

Sobre la Tabla 19 de la presente investigación, se evidenció que el 89 % de los recién nacidos hijos de madres adolescentes permaneció hospitalizado en alojamiento conjunto, seguido del 8,67 % que requirió

hospitalización en cuidados intermedios y únicamente el 2,33 % necesitó ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCI neonatal).

Estos resultados muestran que la gran mayoría de los recién nacidos presentó evolución clínica favorable desde el nacimiento, permitiendo permanecer junto a la madre en alojamiento conjunto. Este hallazgo resulta importante, ya que el alojamiento conjunto generalmente se reserva para neonatos clínicamente estables, con adecuada adaptación neonatal y sin complicaciones severas.

Al comparar estos resultados con Kiray et al. (2020), los autores reportaron que el 13,3 % de los recién nacidos hijos de madres adolescentes requirió ingreso a UCIN en el periodo posparto inmediato, porcentaje considerablemente mayor al 2,33 % encontrado en la presente investigación. Asimismo, señalaron que el 25,3 % de los neonatos fue readmitido posteriormente en UCIN durante el primer mes de vida.

De igual manera, Arica Sánchez y Díaz Guerrero (2023) reportaron importante frecuencia de hospitalización neonatal asociada a prematuridad, dificultad respiratoria e ictericia neonatal. Ramos Calani (2017) también encontró elevada frecuencia de complicaciones neonatales metabólicas, respiratorias e infecciosas en hijos de madres adolescentes atendidos en el mismo hospital.

La diferencia observada podría explicarse por las características clínicas de ambas poblaciones. En el estudio de Kiray predominó la prematuridad (27 %), el sufrimiento fetal (28,7 %) y el control prenatal deficiente, mientras que en la presente investigación predominó el nacimiento a término (93 %), el peso adecuado al nacer (89 %) y un adecuado control prenatal en más de la mitad de las gestantes.

Desde el punto de vista clínico, los recién nacidos hospitalizados en cuidados intermedios o UCIN suelen presentar patologías que requieren monitorización continua, soporte respiratorio, tratamiento intravenoso o vigilancia metabólica especializada. Entre las principales causas de hospitalización neonatal destacan la prematuridad, sepsis, dificultad respiratoria, hipoglicemia persistente y asfixia perinatal.

En la presente investigación, la baja frecuencia de ingreso a UCIN podría atribuirse a la baja prevalencia de estas condiciones. Asimismo, el hecho de que el 100 % de los recién nacidos presentara APGAR normal al quinto minuto evidencia una adecuada adaptación neonatal inmediata, reduciendo la necesidad de cuidados intensivos.

Sin embargo, el hecho de que aproximadamente uno de cada diez neonatos haya requerido cuidados intermedios o intensivos confirma que el embarazo adolescente continúa asociado a determinados riesgos perinatales. Por ello, resulta fundamental mantener protocolos de vigilancia

neonatal temprana que permitan identificar oportunamente cualquier complicación.

En términos generales, la elevada proporción de recién nacidos manejados en alojamiento conjunto constituye un indicador favorable de la calidad de la atención obstétrica y neonatal brindada en el hospital, además de reflejar un adecuado estado clínico de la mayoría de los neonatos estudiados.

Sin embargo, los resultados actuales muestran menor gravedad clínica neonatal comparados con dichos antecedentes. Esta diferencia podría explicarse por varios factores como un mayor predominio de recién nacidos a término (93 %), elevado porcentaje de peso adecuado al nacer (89 %), adecuado APGAR al nacimiento, baja frecuencia de depresión neonatal severa, mayor proporción de adolescencia tardía, mejor capacidad resolutive hospitalaria actual, diagnóstico y atención neonatal más oportunos.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los recién nacidos prematuros o con bajo peso suelen requerir hospitalización en cuidados intermedios o UCI neonatal debido a inmadurez pulmonar, dificultad respiratoria, hipoglicemia, inestabilidad térmica, riesgo de sepsis, dificultades alimentarias.

En la presente investigación, aunque se reportaron algunas complicaciones neonatales como ictericia (10,33 %), deshidratación (7 %), hipoglicemia (5,67 %) e infección perinatal (3,33 %), la mayoría aparentemente fue manejada exitosamente sin necesidad de soporte intensivo avanzado.

Asimismo, el bajo porcentaje de ingreso a UCI neonatal podría indicar que las complicaciones observadas fueron predominantemente leves o moderadas, permitiendo manejo oportuno en cuidados intermedios o alojamiento conjunto.

Sin embargo, el hecho de que aproximadamente 1 de cada 10 recién nacidos requiriera cuidados intermedios o UCI neonatal demuestra que el embarazo adolescente continúa asociado a cierto riesgo de morbilidad neonatal y necesidad de atención especializada.

En la Tabla 20, en la presente investigación mostró que el 88 % de los recién nacidos hijos de madres adolescentes tuvo estancia hospitalaria corta, entre 1 y 3 días, seguido del 8,67 % con estancia moderada de 4 a 7 días y únicamente el 3,33 % presentó estancia prolongada mayor a 7 días.

Estos resultados reflejan que la mayoría de los recién nacidos evolucionó favorablemente durante la hospitalización neonatal inmediata, permitiendo egreso precoz y ausencia de complicaciones severas prolongadas.

Al comparar con Domingo et al. (2020), los autores señalaron que no existieron diferencias significativas en la duración de estancia hospitalaria entre hijos de madres adolescentes y adultas, coincidiendo parcialmente con la presente investigación, donde predominó estancia corta y evolución favorable.

Asimismo, Kiray et al. (2020) reportaron mayor frecuencia de reingresos neonatales y necesidad de hospitalización prolongada asociada principalmente a hiperbilirrubinemia, prematuridad y complicaciones respiratorias. Estas diferencias podrían explicarse por la mayor carga de morbilidad neonatal observada en dicha población. Por lo que estos resultados difieren parcialmente del presente estudio, donde la estancia prolongada fue baja.

La menor duración de hospitalización encontrada en este estudio podría explicarse por el predominio de recién nacidos a término, baja frecuencia de prematuridad severa, adecuado peso neonatal, menor frecuencia de complicaciones respiratorias graves, APGAR favorable, atención neonatal oportuna.

Desde el punto de vista clínico, la duración de la estancia hospitalaria neonatal depende fundamentalmente del estado de salud del recién nacido, la presencia de complicaciones y la necesidad de intervenciones terapéuticas especializadas. Los neonatos prematuros, con bajo peso al

nacer, infecciones, alteraciones metabólicas o problemas respiratorios suelen requerir períodos de hospitalización más prolongados.

En la presente investigación, el predominio de recién nacidos a término, con peso adecuado y APGAR favorable probablemente contribuyó a la corta duración de la hospitalización observada en la mayoría de los casos. Asimismo, la baja frecuencia de ingreso a UCIN y la reducida prevalencia de patologías graves respaldan estos resultados.

Los casos con estancia prolongada probablemente correspondieron a recién nacidos con complicaciones como sepsis neonatal, hipoglicemia persistente, infecciones perinatales, síndrome de aspiración meconial o prematuridad, condiciones que requieren monitorización y tratamiento más prolongados.

Desde una perspectiva de gestión sanitaria, una estancia hospitalaria corta también puede interpretarse como un indicador indirecto de adecuada calidad asistencial, diagnóstico oportuno y resolución efectiva de los problemas neonatales durante el periodo inmediato posterior al nacimiento.

Por consiguiente, los resultados obtenidos sugieren que la mayoría de los hijos de madres adolescentes presentó una evolución clínica favorable durante la hospitalización neonatal, permitiendo un alta temprana y segura. No obstante, la existencia de un pequeño grupo con

hospitalización prolongada evidencia la necesidad de mantener una vigilancia especializada en aquellos neonatos que presentan factores de riesgo o complicaciones asociadas al embarazo adolescente.

En la presente investigación, aunque existieron algunas morbilidades neonatales, la mayoría aparentemente respondió favorablemente al tratamiento inicial.

Sin embargo, resulta importante analizar que el 3,33 % de estancia prolongada probablemente estuvo relacionado con los neonatos hospitalizados en UCI neonatal o cuidados intermedios, especialmente aquellos con sepsis neonatal, asfixia neonatal, síndrome de aspiración meconial, prematuridad, cardiopatías congénitas.

Asimismo, la estancia hospitalaria corta puede interpretarse como un indicador indirecto de adecuada adaptación neonatal y efectividad del manejo hospitalario.

Respecto a la Tabla 21, en la presente investigación se evidenció que el 99,67 % de los recién nacidos hijos de madres adolescentes egresó del hospital en condición mejorada, mientras que únicamente el 0,33 % falleció durante la hospitalización.

Estos resultados muestran una evolución neonatal altamente favorable y baja mortalidad neonatal en la población estudiada.

Al comparar con Avendaño Becerra (2021), la autora reportó mortalidad neonatal de 6 % en hijos de madres adolescentes y 1 % en hijos de madres adultas, porcentajes considerablemente superiores al encontrado en la presente investigación.

Asimismo, De Marco et al. (2021) señalaron mayor probabilidad de resultados perinatales adversos, incluyendo muerte fetal y prematuridad, en madres adolescentes comparadas con adultas. Távara (2015) también describió importante impacto del embarazo adolescente sobre la salud neonatal y perinatal.

El elevado porcentaje de altas satisfactorias también podría relacionarse con la baja frecuencia de prematuridad extrema, malformaciones congénitas severas, sepsis grave, distrés respiratorio severo, complicaciones hipóxico-isquémicas.

Asimismo, los buenos resultados podrían estar influenciados por el predominio de adolescentes tardías, quienes generalmente presentan mejores desenlaces obstétricos y neonatales comparados con adolescentes tempranas.

Sin embargo, aunque la mortalidad fue baja, no debe minimizarse la presencia de morbilidades neonatales encontradas, ya que muchas de ellas pueden generar rehospitalizaciones posteriores, complicaciones

metabólicas, dificultades alimentarias, alteraciones del neurodesarrollo si no reciben seguimiento adecuado.

Por ello, aunque el pronóstico neonatal inmediato fue favorable, continúa siendo fundamental fortalecer el control prenatal, la vigilancia neonatal, la educación materna, el seguimiento post alta y la prevención del embarazo adolescente.

En consecuencia, resulta indispensable fortalecer las estrategias de prevención del embarazo adolescente, educación sexual integral, acceso oportuno a controles prenatales y vigilancia neonatal especializada, especialmente en adolescentes tempranas y en poblaciones socialmente vulnerables.

CONCLUSIONES

1. **Las características clínicas de neonatos** de madre adolescente más relevantes en este estudio fueron los recién nacidos a término, con peso adecuado al nacimiento, con predominio del sexo masculino y buena adaptación neonatal al 1er y 5to minuto y tipo de parto vaginal.
2. Las **características maternas de madres adolescentes** más relevantes fueron la adolescencia tardía con procedencia urbana de la ciudad Tacna, un nivel de instrucción de secundaria incompleta, ocupación de ama de casa, estado civil conviviente, primíparas con control prenatal adecuado.
3. **Las complicaciones de los recién nacidos** de madre adolescente más relevantes fueron la ictericia neonatal, predominó el alojamiento conjunto y una estancia hospitalaria corta con alta médica favorable.

RECOMENDACIONES

1. Optimizar el acceso a los registros de las Historias Clínicas por el Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para garantizar la seguridad durante el manejo confidencial de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. (OMS) OMdIS. Who.int. [Online].; 2026 [cited 2026 Marzo 1. Available from: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health?>
2. INEI. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024. Nacional y Departamental. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. INEI, Lima- Perú; 2025.
3. Domingo Comeche L, De Las Heras Ibarra S, García Pimentel B, Cuadrado Martín M, Lesmes Moltó L, Rivero Martín MJ. Impacto de la maternidad adolescente en los resultados perinatales España; 2020.
4. Kiray Baş E, Bülbül A, Uslu S, Baş V, Kara Elitok G, Zubarioğlu U. Maternal Characteristics and Obstetric and Neonatal Outcomes of Singleton Pregnancies : Medical Science Monitor; 2020.
5. Flores Ticona M. Revista Científica Multidisciplinar. [Online].; 2025 [cited 2026 Julio catorce. Available from: <https://revistasaga.org/index.php/saga/article/view/188/313>.
6. Avendaño Becerra N. UNAM-Dirección General de Bibliotecas. [Online].; 2021 [cited 2020 enero 11. Available from: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/4d68eb05-aeef-46ba-b2e0-9c089b2fa70e/content>.
7. Soderó H, Lezcano S, Vallejos M. "Características del recién nacido en madres adolescentes". Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005 junio;

XXIII(1°, 2°).

8. Leiva Parra E, Leiva Herrada C, Leiva Parra D. El recién nacido de madre adolescente. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2018.
9. Pérez Márquez, J. Características perinatales de los recién de madres adolescentes nacidos Cajamarca- Perú.; 2018.
10. Yerba Mancha, M. Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, enero - diciembre 2018 Puno, Perú; 2019.
11. Ramos Calani, A. CONCYTEC.. [Online].; 2017 [cited 2026 mayo 10. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB_1a222e625c2e0c8f28b48d1c7e2ae5f6.
12. Távara L, Orderique L, Sacca D, Oña J, Galecio Y, García C, et al. Impacto del embarazo en la salud de las adolescentes en el Perú. CLACAI. 2015 Setiembre; Volumen XXV(5).
13. Arica Sánchez D, Díaz Guerrero D. Complicaciones neonatales en hijos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, en el año 2021. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2023.
14. Salud OMdl. UNICEF. [Online].; 2020 [cited 2026 Enero 27. Available

from: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab%3Dtab_2.

15. Nazer Herrera J, Cifuentes Ovalle L, Águila Rojas A, Ureta López P, Bello Pérez MP, Correa Castillo F, et al. Edad materna y malformaciones congénitas. Un registro de 35 años. 1970-2005. Rev Med Chil. 2007;135(11):1463-1469.
16. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chil. 2014;142(2):168-174.
17. Carrera Muiños S, Yllescas Medrano E, Cordero González G, Romero Maldonado S, Chowath Degollado L. Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Perinatol Reprod Hum. 2015;29(2):49-53.
18. Flores Valdivia Y. Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019-2020. Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021.
19. Mendoza Pilco A. Edad materna, paridad, controles prenatales, edad gestacional, peso del recién nacido y anemia asociados a trabajo de parto prolongado en pacientes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020 [tesis de pregrado]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de

San Agustín de Arequipa; 2021.

20. Ferrales A. Embarazo en la adolescencia. Factores epidemiológicos relacionados con el parto. Revista Medica, Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. 2019; 158(71-75).
21. Eouani M, Mokoko J, Itoua C, Iloki L. Childbirth in the Adolescent Female at the General Hospital of Loandjili (Congo). Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2018; 8(12).
22. Gómez M, Danglot-Banck C, Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. Revista Mexicana de Pediatría. 2012;(35-36).
23. Ali M, Quarashi S, Sultana S, Rahman M. Observation of Birth Weight of Babies in relation on maternal age, parity and gestational age in Tertiary Level Hospital. Bangladesh Journal of Medical Science. 2020 Feb; 19(291–295).
24. Kiray Baş E, Bülbül A, Uslu S, Baş V, Kara G, Zubarioğlu U. Maternal Characteristics and Obstetric and Neonatal Outcomes of Singleton Pregnancies Among Adolescents. Medical Science Monitor. 2020.
25. Cáncer INd. Morbilidad. Diccionario de Cáncer del NCI [Versión electrónica]; 2022.
26. Salud OPdl. Salud del recién nacido. OPS.. OPS. 2019.
27. Echeverría M. Embarazo adolescente y morbilidad neonatal: Hospital Materno. Buenos Aires.; 2022.
28. Española RA. Estado civil. Diccionario panhispánico del español

jurídico España: Real Academia Española; 2020.

29. Saldaña A, Bravo C. Características clínicas y epidemiológicas del recién nacido Lima; 2016.
30. BendeZú G, Espinoza D, BendeZú G, Torres J, Huamán R. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Revista Peruana de Ginecología Perú; 2016.
31. Carrera Muiños S, Yllescas Medrano E, Cordero González G, Romero Maldonado S, Chowath Degollado L. Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente en la Unidad de ; 2015.
32. Salud Md. Norma técnica de salud para la atención integral de salud ; 2023.
33. Fernández L, Carro E, Osés D, Pérez J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología Habana, Cuba; 2004.
34. Restrepo M, Lawlor D, Horta B, Matijasevich A, Santos I, Menezes A, Barros F, Victora C. The Association of Maternal Age with Birthweight and Gestational Age: A Cross-Cohort Comparison. Paediatric and Perinatal Epidemiology; 2015.
35. Flores Galdos L. Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2020. Cuzco, Perú. ; 2021.
36. Pardo Vargas R, Nazer Herrera J, Cifuentes Ovalle L. Prevalencia al

nacimiento de malformaciones congénitas y de menor peso de nacimiento en hijos de madres adolescentes. *Revista Médica de Chile*, 131 (10). 2023;(1165-1170).

37. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Suñol Vázquez Y, López Quintana M. Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal: revisión narrativa de la literatura. *Medwave*. 2015 Julio.
38. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología*. 2006.
39. Castillo Rodríguez J. Factores asociados al embarazo adolescente en menores de 15 años, San Miguelito, Panamá, 2014-2018. *Ciencia latina: Revista multidisciplinar*. 2021;(2847- 2849).
40. Radu M, Manolescu L, Chivu R, Zaharia C, Boeru A, Pop-Tudose E, Necsulescu A, Otelea M. Medico-Social Implications of Pregnancy in Teenager Mothers, in *Proceedings of the 1st International Electronic Conference on Medicine*. MDPI. 2021.
41. Varahala A, Ravilala V, Gopigari P. Maternal factors affecting newborn weight at term- a study in a referral hospital. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*. 2018;(1115-1119.).
42. Barba Pan M. Definición de sexo, género y sexismo [Internet]. About Español; 2019 [citado 2 feb 2026]. Disponible en: <https://www.aboutespanol.com/definicion-de-sexo-genero-y-sexismo->

1271572.

43. Gómez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2012 enero; 79(35-36).
44. Salud Md. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. ; 2013.
45. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF Uruguay). ¿Qué es la adolescencia? Montevideo: UNICEF; 2020.
46. Oliveros M, Chirinos J, Livia C. Ética y el recién nacido.. *Ginecología y Obstetricia*. 2021 Mar; 47.
47. Kiray Baş E, Bülbül A, Uslu S, Baş V, Kara Elitok G, Zubarioğlu U. Maternal Characteristics and Obstetric and Neonatal Outcomes of Singleton Pregnancies Among Adolescents. [Online].; 2020 [cited 2026 enero 10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32087083/>.

ANEXOS

Anexo 01. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2024-2025” AUTOR: DANITZA MARTHA PILCO FLORES				
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	POBLACIÓN	METODOLOGÍA
PRINCIPAL ¿Cuáles son las características clínicas y complicaciones del recién nacido hijo de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025?	GENERAL Determinar y describir las características clínicas y complicaciones del recién nacido hijo de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025. ESPECÍFICOS - Determinar las características clínicas del recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025. - Determinar las características maternas de madre adolescente de los recién nacidos en el Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025. - Determinar las complicaciones neonatales del recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue, 2024–2025.	Características clínicas del recién nacido - Edad gestacional del recién nacido. - Peso al nacer del recién nacido. - Peso acorde a edad gestacional del recién nacido - Sexo del recién nacido - Tipo de parto del recién nacido. - Motivo de parto distócico - Apgar del recién nacido. Características maternas de la madre adolescente - Edad materna de la madre adolescente. - Procedencia de la madre adolescente. - Nivel de instrucción de la madre adolescente. - Ocupación de madre adolescente - Paridad de la madre - Controles prenatales Complicaciones neonatales asociadas al recién nacido hijo de madre adolescente - Morbilidades del recién nacido - Hospitalización - Estancia hospitalaria - Alta médica	La población estuvo conformada de 300 recién nacidos hijos de madres adolescentes, cuyas edades se encontraron entre los 10 y 19 años, atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2024–2025. CRITERIOS DE SELECCIÓN Criterios de inclusión: - Recién nacidos hijos de madres adolescentes de 10 a 19 años atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. - Recién nacidos de madres adolescentes registrados durante el periodo 2024–2025. - Historias clínicas o registros disponibles en el Sistema Informático Perinatal de los recién nacidos de madre adolescente Criterios de exclusión: - Recién nacidos con información incompleta en el Sistema Informático Perinatal e historias clínicas - Registros fuera del periodo de estudio 2024–2025.	Diseño Observacional, retrospectivo y descriptivo. Técnica Análisis documental Fuente de información Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Instrumento Ficha de recolección de datos. Estadística Tabulación de datos mediante tablas de frecuencias y porcentajes para describir las características clínicas y complicaciones neonatales.

Anexo 2: INSTRUMENTO

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2024-2025”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1.1 N° historia clínica:

1.2 Fecha y hora de llenado:

II. CARACTERISTICAS CLINICAS

2.1 Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

2.2 Edad gestacional: Especificar la edad:

Pretérmino (<37 semanas) ☐

A término (37 – 42 semanas) ☐

Postérmino (>42 semanas) ☐

2.3 Peso al nacer: Especificar peso en g

Extremo bajo peso al nacer (<1000 g) ☐

Muy bajo peso al nacer (<1500 g) ☐

Bajo peso al nacer (<2500 g) ☐

Adecuado peso al nacer (2500 – 4000) ☐

Elevado peso al nacer (>4000 g) ☐

2.4 Peso de acuerdo a la edad gestacional:

PEG ☐

AEG ☐

GEG ☐

2.5 Tipo de parto:

Vaginal ☐

Cesárea de emergencia ☐

Cesárea electiva ☐

2.6 Apgar al primer minuto:

Depresión severa ☐

Depresión moderada ☐

Normal ☐

2.7 Apgar al quinto minuto:

Depresión severa ☐

Depresión moderada ☐

Normal ☐

III. CARACTERISTICAS MATERNAS

3.1 Edad materna:

Adolescencia temprana ☐

Adolescencia intermedia ☐

Adolescencia tardía ☐

3.2 Procedencia: *Especificar:*

Urbano ☐

Rural ☐

3.3 Grado de instrucción:

Primaria ☐

Secundaria ☐

Secundaria incompleta ☐

Superior ☐

3.4 Ocupación:

Estudiante ☐

Ama de casa ☐

Trabajadora ☐

3.5 Condición civil:

Soltera ☐

Conviviente ☐

Casada ☐

3.6 Paridad:

Primíparas ☐

Multíparas ☐

3.7 Número de controles prenatales:

Adecuado (6 o más) ☐

Inadecuado (menos de 6) ☐

IV. COMPLICACIONES NEONATALES:

4.1 Morbilidades:

Asfixia neonatal ☐

Hipoglucemia neonatal ☐

Sepsis neonatal ☐

Cardiopatía congénita ☐

Ictericia neonatal ☐

Sd. Dificultad respiratoria ☐

Otros _____

☐

4.2 Hospitalización:

Alojamiento conjunto ☐ Cuidados intermedios ☐ UCI neonatal ☐

4.3 Estancia hospitalaria:

Corta ☐

Moderada ☐

Prolongada ☐

4.4 Alta médica:

Mejorado ☐

Fallecido ☐

Anexo 3: COMITÉ DE ÉTICA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



HHUT
HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Directoral N°270-2024-ETARRRHH-OEGDRRHH-DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2024-2025.	CÓDIGO
	22-CIÉI-HHUT-2026

Autoría (es):

DANITZA MARTHA PILCO FLORES

Dictamen otorgado por Miembro activo del CIÉI, OBSTA LUZ MARINA LIENDO CÁCERES, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular ☒ Suplente ☐

Según Resolución Directoral N°080-2026-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI ☒ NO ☐

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI ☐ NO ☒

Vulnera derechos SI ☐ NO ☒

Aplicará Instrumentos:

Pacientes ☐

Personal ☐

Otros ☒

Consentimiento informado:

Verbal SI ☐ NO ☒ Escrito SI ☐ NO ☒ Pertinente SI ☐ NO ☒

Impacto Ambiental Positivo ☐ Negativo ☒

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI ☒ NO ☐ Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI ☒ NO ☐ Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 24 de marzo del 2026

Válido hasta el 24 de marzo del 2027



MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



LIC. DANIEL MARTÍN CENTELLA CENTENO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna