

Universidad Nacional de Cajamarca

FACULTAD DE MEDICINA

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana



**“CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE
MADRES ADOLESCENTES NACIDOS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, ENERO
2015 - DICIEMBRE 2016.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: PÉREZ MÁRQUEZ JENNY DIANIRA

ASESOR: CAMPOS TEJADA VÍCTOR MANUEL

MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA

PERÚ - CAJAMARCA

MARZO - 2018

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, Jenny Dianira Pérez Márquez

DECLARO QUE:

El trabajo de Tesis “CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES NACIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, ENERO 2015 - DICIEMBRE 2016”, previa a la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva , respetando derechos intelectuales de terceros conforme a citas que consta en el texto de trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría, y en virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

DEDICATORIA

A mi madre por su apoyo incondicional durante todo este tiempo, a mi hermano que desde el cielo está acompañándome siempre.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por guiarme cada día y darme la oportunidad de cumplir mis metas.

A mis maestros por sus enseñanzas y consejos a lo largo de la carrera.

A mi madre por enseñarme a ser perseverante en cumplir mis objetivos y a mi hermano por acompañarme y alentarme durante todos estos años.

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	13
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.4.1. GENERAL:.....	14
1.4.2. ESPECÍFICOS:.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.2. BASES TEÓRICAS	20
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	28
CAPÍTULO III: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	30
3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	30
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	32
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	32
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	32
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	33
4.6 TAMAÑO DE MUESTRA.....	33
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	33
4.7.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	33
4.7.2 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	33
4.7.3 ASPECTOS ÉTICOS	34
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	35
5.1 RESULTADOS	35
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	54

RECOMENDACIONESS.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	62

RESUMEN

Justificación: Dada la problemática en relación al embarazo adolescente y el problema de salud pública que conlleva tanto a la madre adolescente como al recién nacido, y habiendo escasos estudios sobre las características perinatales en nuestro país y ningún estudio en la región Cajamarca se plantea el problema de investigación.

Objetivo: Determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero 2015 hasta diciembre 2016.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó la historia clínica del recién nacido del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, recolectando datos de la madre y del recién nacido.

Resultados: En el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período enero 2015 hasta diciembre del 2016 hubo un total de 6973 recién nacidos, de los cuales 1172 fueron de madre adolescente, por lo que la incidencia de madres adolescentes en nuestro estudio fue de 16,8%. La edad promedio de las madres adolescentes fue de 17,44 años, de ellas el 1,2% pertenecía a la etapa de adolescencia temprana; el 25,4% a la etapa de adolescencia media y el 73,4% a la etapa de adolescencia tardía; además las edades fluctuaron de 11 a 19 años de edad. Se encontró que el 15,5% de recién nacidos fueron pre términos, 83,9% a término y solo el 0,6% pos término. El 2,5% de recién nacidos presentaron muy bajo peso; 16,5% bajo peso; 80,2% peso normal y el 0,8% fué macrosómico. El 17% de recién nacidos fueron pequeños para edad gestacional; 80% adecuados para edad gestacional y 3% grandes para edad gestacional. Con respecto al APGAR predominó la buena adaptación con 94,1% al minuto de vida y el 98,7% a los cinco minutos de vida, mientras los que presentaron depresión severa o moderada fueron 5,9% y 1,3% al minuto y los cinco minutos de vida respectivamente.

Conclusiones: Al evaluar las características perinatales de prematuridad, bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional y APGAR (depresión severa o moderada), se concluyó que no son características perinatales frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero 2015 hasta diciembre 2016. La prevalencia de recién nacidos de madres adolescentes en este periodo fué de 16.8% que equivale a 1172 recién nacidos.

Con respecto al peso, edad gestacional, adecuación del peso para edad gestacional, talla, perímetro cefálico y APGAR se encontró que la mayoría de recién nacidos de madres adolescentes se encontraron dentro de los parámetros normales. Con valores de: peso normal 80,2%, adecuado para edad gestacional 80%, talla promedio 48,7cm, perímetro cefálico promedio de 33,19cm, APGAR dentro de lo normal 94,1%.en el primer minuto de vida y 98,7 a los 5 minutos de vida

Palabras claves: Madre adolescente, edad gestacional, peso del recién nacido.

ABSTRACT

Justification: Given the problems in relation to adolescent pregnancy and the public health problem that involves both the adolescent mother and the newborn, and there being few studies on perinatal characteristics in our country and no study in the Cajamarca region, the problem arises research.

Objective: To determine the perinatal characteristics of newborns of adolescent mothers attended in the Neonatology service of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca during the period January 2015 to December 2016.

Materials and Methods: A retrospective, cross-sectional observational study was conducted, in which the Newborn Registry Book of the Neonatology Service of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca was reviewed, collecting data on the mother and the newborn.

Results: In the Regional Teaching Hospital of Cajamarca in the period January 2015 to December 2016 there were a total of 6973 newborns, of which 1172 were adolescent mothers, so the incidence of adolescent mothers in our study was 16,8% The average age of the adolescent mothers was 17,44 years, of which 1.2% belonged to the stage of early adolescence; 25.4% at the middle adolescence stage and 73.4% at the late adolescence stage; furthermore, the ages ranged from 11 to 19 years of age. It was found that 15.5% of newborns were pre-term, 83.9% full-term and only 0.6% post-term. 2.5% of newborns present very low weight; 16.5% low weight; 80.2% normal weight and 0.8% was macrosomic. 17% of newborns were small for gestational age; 80% suitable for gestational age and 3% large for gestational age.

With respect to APGAR, good adaptation was prevalent with 94.1% at one minute of life and 98.7% at five minutes of life, while those with severe or moderate depression were 5.9% and 1.3% per minute. and the five inutes of life respectively.

Conclusions: When evaluating the perinatal characteristics of prematurity, low birth weight, small for gestational age and APGAR (severe or moderate depression), it was concluded that they are not frequent perinatal characteristics in the newborns of adolescent mothers attended in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca during the period January 2015 to December 2016.

The prevalence of newborns of adolescent mothers in this period was 16.8%, which is equivalent to 1172 newborns.

Regarding weight, gestational age, weight adequacy for gestational age, height, head circumference and APGAR, it was found that the majority of newborns of adolescent mothers were within normal parameters. With values of: normal weight 80.2%, suitable for gestational age 80%, average height 48.7cm, average

head circumference of 33.19cm, APGAR within the normal 94.1% .in the first minute of life and 98,7% at 5 minutes of life

Keywords: Adolescent mother, gestational age, newborn weight.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que el porcentaje de embarazos adolescentes a nivel mundial ha disminuido en las últimas décadas, no es suficiente ya que aún sigue siendo en la actualidad un problema de importancia por el alto número de adolescentes embarazadas y por la problemática que acarrea no solo a la salud de la madre y el recién nacido, sino por la repercusión social y económica, que conlleva un embarazo adolescente.^{1,2}

La etapa de la adolescencia se define como el período de tiempo en el cual la persona alcanza su madurez tanto física, psicológica, afectiva, intelectual y social, es la transición entre la niñez y adultez. Esta etapa comprende desde los 10 a 19 años de edad; se ha dividido en tres etapas: adolescencia temprana, adolescencia media, y adolescencia tardía.¹

Según estudios se estima que alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad dan a luz cada año, lo que equivale alrededor del 11% de todos los nacimientos en todo el mundo, además se estima que aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años de edad dan a luz cada año. Para empeorar la situación el 95% de estos nacimientos ocurren en países de bajos y medianos ingresos.²

Según informes de la OMS África presenta el mayor número de embarazos adolescentes, seguido de América Latina y el Caribe donde se encuentra la segunda tasa más alta de embarazos a adolescentes a nivel mundial, según UNICEF, lo que convertiría en un círculo vicioso^{1,2,3}

Las complicaciones asociadas al embarazo adolescente y el parto son la segunda causa de muerte en todo el mundo.³

Los hijos de madres adolescentes presentan más complicaciones y repercusiones a su salud, lo que aumenta la morbilidad y mortalidad con respecto a los hijos de madres que no son adolescentes; todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan antes del nacimiento: desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y prematuridad.^{1,4}

Dada la problemática se han llevado a cabo múltiples estudios a nivel nacional e internacional. Un estudio realizado en México, encontró una alta frecuencia de madres adolescentes en cuyos hijos se observó mayor riesgo de sufrir prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino y enfermedad neonatal⁵.

CAPÍTULO I: PLOBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública por las consecuencias para el binomio madre-hijo.¹

Aproximadamente 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad dan a luz cada año, esto significa alrededor del 11% de todos los nacimientos en todo el mundo. El 95% de estos nacimientos ocurren en países de bajos y medianos ingresos.² Grafico 1 (ver Anexos)

En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes a nivel mundial, según UNICEF. Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años y casi el 20% de nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes.³ Grafico 2 (ver Anexos)

De las repercusiones en el recién nacido, todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan en el útero: desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general¹

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles Son Las Características Perinatales De Los Recién Nacidos De Madres Adolescentes nacidos en el Hospital Regional Docente De Cajamarca, enero 2015 - diciembre 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Es conocida la problemática en relación al embarazo adolescente no solo en nuestra realidad cajamarquina, sino a nivel mundial y el problema de salud pública que conlleva tanto a la madre adolescente como al recién nacido, y habiendo escasos estudios sobre las características perinatales en nuestro país y ningún estudio en la región Cajamarca se plantea el problema de investigación: ¿Cuáles son las Características Perinatales de los Recién Nacidos de Madres Adolescentes en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo de Enero del 2015 - Diciembre del 2016?.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. GENERAL:

Determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA atendidos en el Servicio de Neonatología, durante el periodo enero del 2015 – diciembre del 2016.

1.4.2. ESPECÍFICOS:

- Identificar pacientes neonatos hijos de madres adolescentes nacidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo Enero del 2015 - Diciembre del 2016.
- Describir las características perinatales (peso, edad gestacional, talla, perímetro cefálico, APGAR) encontradas en pacientes neonatos hijos de madres adolescentes.

- Clasificar las características perinatales encontradas en pacientes neonatos hijos de madres adolescentes.
- Clasificar a las madres adolescentes según grupo etario: Adolescencia temprana (10-13 años), Adolescencia media (14-16 años), Adolescencia tardía (17-19 años).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se han realizado diversos estudios con respecto al embarazo adolescente en diversas partes del mundo, por las consecuencias que acarrea este problema social no solo a la madre sino también al recién nacido.

Dentro de las investigaciones nacionales relacionadas a Características Perinatales De Los Recién Nacidos De Madres Adolescentes, tenemos:

- GAMARRA VALDIVIESO Angie Gretty (2013)⁶. En el trabajo “COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2011-2012”. Hubo un total de 392 partos en adolescentes con edad promedio de 18,6 años, 2,6% de ellas (10) pertenecientes a la adolescencia temprana. El parto pre termino ocurrió en 9,18%, la tasa de cesárea fue de 27,3%, el 22,4 % de los recién nacidos pesó entre 2500g y 3999g y 7,9 % menos de 2500g, Además se obtuvo en orden de frecuencia las siguientes patologías, sospecha de sepsis neonatal precoz 62 (47,3%), ictericia patológica 41 (31,2%), obstrucción intestinal 16 (12,2%), anomalías congénitas 8 (6,1%), hidrocefalia 4(3%),depresión moderada 24 (6%) depresión severa 16 (4%). Conclusiones: En el presente estudio del total de recién nacidos de madres adolescentes, 30% presentaron bajo peso al nacer (< 2500g) ,47% presentaron signos clínicos de sospecha de sepsis neonatal precoz, 31% cursaron con ictericia patológica, 6% con depresión moderada y 4% con depresión severa.

- FRANCISCO BARBOZA Diana Eugenia (2015)⁷ En el trabajo “CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, OCTUBRE-DICIEMBRE 2014” Resultados: La prevalencia de madres adolescentes en este estudio fue de 17.5%. La edad promedio fue 17.7 años. 71% de ellas presentaron control prenatal (CPN) adecuado, y el 56% culminó la gestación por cesárea. Se encontró 93% neonatos a término, y 6% pretérmino. 88 % de los neonatos presentaron peso normal, 5% bajo peso y 2% muy bajo peso. 80% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional y 9% pequeños para la edad gestacional. Adolescentes con CPN adecuados tuvieron 75% menos riesgo de culminar el embarazo por cesárea ($p = 0.015$, OR: 0.25 (0.085-0.0768)), sin embargo adolescentes con CPN inadecuados tienen 5 veces más el riesgo de tener un neonato no a término ($p = 0.038$, OR: 5.7 (1.104 – 29.9)). Conclusiones: En el presente estudio, se encontró que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pretérmino, neonatos con bajo-muy bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes. Sin embargo se observó que adolescentes con CPN inadecuados tienen mayor riesgo de culminar la gestación por cesárea, y presentar un neonato no a término.
- NAVARRO SEMINARIO Pedro Luis (2016)⁸. En el Trabajo “CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTE EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO ENERO – DICIEMBRE 2015”.

Resultados: La prevalencia de madres adolescentes en nuestro estudio fue de 16.96%. La edad promedio fue 17.71 años. 68.37% de ellas presentaron control prenatal (CPN) adecuado, y el 52.24% culminó la gestación por cesárea. Se encontró 88.8% neonatos a término, y 11.2% pre término. 86.7 % de los neonatos presentaron peso normal, 6.7% bajo peso y 1% muy bajo peso, extremo bajo peso 0.8% y macrosómico 4.7%. 79.4% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional, 12.4% pequeños para la edad gestacional y 8.4% grandes para la edad gestacional. Conclusiones: En el presente estudio, se encontró que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes (neonato pre término, neonatos con bajo peso y pequeño para la edad gestacional) resultaron poco frecuentes.

Investigaciones Internacionales relacionados a Características Perinatales

De Los Recién Nacidos De Madres Adolescentes:

- BARRERA DE LEÓN Juan Carlos y Cols. (2014)⁵. En el trabajo “COMPARACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO PERINATAL DE RECIÉN NACIDOS”, se analizaron 2,155 expedientes de recién nacidos, hijos de madres adolescentes (n = 819 [38%]) y no adolescentes (n = 1,336 [62%]). Hubo diferencias entre grupos en cuanto al peso al nacer: 2,859 ± 459 versus 3,265 ± 486 g (p = 0.000); el género masculino: 518 (63%) versus 725 (54%) (p = 0.000); el retraso en el crecimiento intrauterino en niños de término: 62 (7.5%) versus 66 (4.9%) (p = 0.012), y la prematurez: 171 (21%) versus 213 (16%) (p = 0.003). Hubo factores que favorecieron la alteración del perfil clínico de los recién nacidos, como ser madre

adolescente: odds ratio (OR): 1.58 (1.99-2.99); el género masculino: OR: 1.80 (1.50-2.17); la enfermedad al nacer: OR: 3.73 (2.50-5.30), y la asociación de peso bajo al nacer de los hijos de adolescentes: OR: 2.4 (1.72-3.42). Dentro de las conclusiones se encontró una alta frecuencia de madres adolescentes en cuyos hijos se observó mayor riesgo de sufrir prematurez, retraso de crecimiento intrauterino y enfermedad neonatal. No hubo diferencias respecto a la talla y el Apgar de madres adolescentes y no adolescentes.

- ALFONSO MENDOZA Luis (2014)¹. En el trabajo “HIJO DE MADRE ADOLESCENTE: RIESGOS, MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL”. Entre madres adolescentes el 30,9% de los hijos fueron prematuros, y presentaron más patología cardíaca, infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido, y mayor mortalidad, cuando se compararon con hijos de madres adultas ($p < 0,05$). Conclusiones: La maternidad en adolescentes conlleva mayores riesgos de salud para ellas y sus hijos, aumentando la morbilidad, mortalidad, con una perspectiva de exclusión social a lo largo de la vida, pues la mayoría son pobres, con poca educación y madres solteras y sin pareja.
- ALTHABE Fernando y col. (2015)⁹. En el estudio “Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network’s Maternal Newborn Health Registry study”, concluyó que: El embarazo en adolescentes no está asociado con resultados adversos maternos, pero se asocia con resultados perinatales adversos, particularmente en adolescentes más jóvenes. Sin embargo, esto puede no ser el caso en regiones como el sur de Asia, donde hay tasas decrecientes de

embarazos de adolescentes, concentrados entre los adolescentes mayores. Los mayores riesgos observados entre los adolescentes parecen estar más asociados a la inmadurez biológica que con los factores socioeconómicos, la atención prenatal inadecuada o el parto.

- Kemfang Ngowa Jean Dupont y col. (2015)¹⁰. En el estudio “Obstetrical and Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancies in Cameroon: A Retrospective Cohort Study at the Yaoundé General Hospital”. Este estudio demostró que las madres adolescentes tenían un mayor riesgo de presentar Lactantes de bajo peso al nacer que pesaban <2500 g. Esta tasa más alta de recién nacidos de bajo peso al nacer posiblemente era debido a la mayor incidencia de parto prematuro en madres adolescentes.

2.2. BASES TEÓRICAS

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la etapa de la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años de edad. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que tiene como característica un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.²

La etapa de la adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de

la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.¹⁰

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹⁰

- ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA¹¹: Es posible clasificar la adolescencia en tres fases o sub-etapas de desarrollo psico-social. Estas etapas son:
 - Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 13 años de edad
 - Adolescencia media: entre los 14 y 16 años de edad.
 - Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años de edad.

A. Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 13 años de edad.

- Desarrollo físico e imagen corporal:
 - Aumenta velocidad de crecimiento, disarmonía física y descoordinación motora.
 - En mujeres, aparecen caracteres sexuales secundarios, menarquía.
 - Preocupación por los cambios físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física.
 - Pudor, buscan mayor privacidad.
- Desarrollo intelectual:

- Inicio del cambio de pensamiento: desde el concreto del niño al hipotético deductivo.
 - Desarrollo moral pre convencional.
 - Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal cerebral como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones.
 - Metas vocacionales idealizadas
 - Desarrollo afectivo y emocional:
 - Impulsividad, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, labilidad emocional.
 - Puede haber deterioro del rendimiento escolar, inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual. Puede haber masturbación.
 - Relación con sus pares y con sus padres:
 - Relaciones cada vez más intensas con los amigos del mismo sexo.
 - Menor interés en actividades familiares y con los padres.
 - Dificultades de relaciones interpersonales familiares, obstinación y rebeldía contra figuras de autoridad, ambivalencia afectiva hacia los padres.
- B. Adolescencia media: entre los 14 y 16 años de edad.
- Desarrollo físico e imagen corporal:
 - Aceptación del cuerpo.
 - Restablece armonía corporal y coordinación motora.
 - Preocupación por ser físicamente más atractivo o atractiva.

- En los hombres, espermarquia, aumento vello corporal, cambio voz, aumento masa muscular.
- Desarrollo intelectual:
 - Pensamiento hipotético deductivo en evolución.
 - Omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo.
 - Desarrollo moral convencional.
 - Desarrollo afectivo y emocional:
- Desarrollo afectivo y emocional
 - Aislamiento, reflexión.
 - Puede haber dudas respecto a la orientación sexual.
 - Hipersensibilidad, extravagancia, preocupación por la religión.
- Relación con sus pares y con sus padres:
 - Importancia del grupo de pares, amistades íntimas, pares heterosexuales.
 - Conformidad con los valores grupales.
 - Se dan las primeras relaciones de pareja.
 - Aumento de la exploración sexual.
 - Conflictos con los padres, distanciamiento afectivo de la familia.
 - Se inicia proceso de separación, individuación.

C. Adolescencia tardía: entre los 17 y 19 años de edad.

- Desarrollo físico e imagen corporal:
 - Desarrollo puberal completo.
 - Aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal.
- Desarrollo intelectual:
 - Pensamiento hipotético deductivo del adulto.

- Desarrollo moral convencional y en ocasiones post convencional.
- Se completa el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas y resolución de problemas.
- Metas vocacionales realizables.
- Desarrollo afectivo y emocional:
 - Extroversión, altruismo.
 - Logro de la Independencia de los padres y vuelve la armonía familiar.
 - Capacidad de intimar, autoimagen realista.
 - Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional.
 - Elaboración de propia escala de valores.
 - Habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites.
- Relación con sus pares y con sus padres:
 - Disminuye la influencia del grupo de pares.
 - Mayor dedicación a las relaciones íntimas de pareja.
 - Reaceptación de consejos y valores parentales.
 - Relaciones de pareja estables.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia¹²

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo.¹³

Según un estudio realizado por James E. Rosen encargado de la investigación del Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo.¹⁴

En América Latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción” del 2008, de 1000 mujeres embarazadas 76 son adolescentes, cifras que sitúan a este continente como el segundo en tener las tasas de fecundidad más altas en este grupo etario.¹⁵

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015, elaborada por el INEI y presentada el 26 de mayo en Lima, La fecundidad de adolescentes en los últimos cuatro años se ha incrementado en 1,1 puntos porcentuales.¹⁶

Grafico 3 y 4 (ver Anexos)

- Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (37,9%). Mientras que menores porcentajes se aprecian entre aquellas con educación superior (6,1%).¹⁶

- Embarazo y maternidad de adolescentes según ámbito geográfico: Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (22,5%) y en las residentes de la Selva (24,9%); y, los menores porcentajes en el área urbana (10,8%) y en Lima Metropolitana (8,3%).¹⁶

CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Entre las causas del embarazo en la adolescencia, se encuentran las siguientes:

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos;
- La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición; y
- La falta de una buena educación sexual.
- Aparición temprana de la menarca (primera menstruación).
- Desintegración familiar.
- Circunstancias particulares como prostitución, violación, incesto y adolescentes con problemas mentales.¹²

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA^{12,17}

PARA LA MADRE

Entre las consecuencias para la madre adolescente tenemos:

- Complicaciones en la madre adolescente, tales como anemia grave, amenazas de aborto, complicaciones en el parto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el embarazo, placenta

previa, incompetencia cervical, e infecciones; así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.

- Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más
- Parto por Cesárea: La causa principal de las cesáreas se debe fundamentalmente a la desproporción pélvico fetal (la pelvis de la adolescente no tiene el tamaño adecuado para permitir el parto), sobre todo en adolescentes jóvenes que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.
- Mala atención del embarazo y del parto
- Abortos provocados: existe un aumento en el número de abortos provocados lo que pone en riesgo la vida de la adolescente
- A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas.
- La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes.
- Uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar.
- Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización o deserción escolar
- Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo, su desarrollo social y cultural; y la formación de una familia y su estabilidad.

PARA LOS BEBES^{12,17}

- Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral, así como desarrollo biológico deficiente.
- Bebés de Bajo Peso al nacer: Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, que los bebés nacidos de madres de 20 años o más.
- El riesgo de mortalidad infantil perinatal aumenta en los hijos de madres menores de 20 años.
- Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.
- Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Adolescencia: Periodo de edad que abarca desde los 10 a 19 años de edad, se divide en tres etapas adolescencia temprana de 10 a 13 años de edad, adolescencia media de 14 a 16 años de edad y adolescencia tardía de 17 a 19 años de edad.¹²
- Embarazo Adolescente: El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia¹²

- Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. Se basa en FUR y debe ser confirmada más tarde por Ecografía antes de las 26 semanas¹⁹
- Peso del recién nacido: Es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento²⁰
- Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.¹⁹
- Adecuación del peso para la edad gestacional: Este término se refiere a si el peso del recién nacido es adecuado para la edad gestacional con la que nació; tenemos: AEG (Adecuado para edad gestacional), cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento; PEG (Pequeño para edad gestacional), Cuando el peso del recién nacido se encuentra debajo del percentil 10 de las curvas de crecimiento y GEG (Grande para edad gestacional), cuando el peso de nacimiento está sobre el percentil 90 de las curvas de crecimiento. .¹⁹
- APGAR: Examen clínico con el cual se evalúa al recién nacido al primer minuto de vida, a los cinco minutos, y en casos necesarios a los 10 minutos luego del nacimiento. .¹⁹

CAPÍTULO III: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Las repercusiones perinatales más frecuentes en los recién nacidos hijos de madres adolescentes, atendidos en el Hospital Regional Docente De Cajamarca durante el periodo Enero del 2015 - Diciembre del 2016, son: bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y prematuridad.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Embarazo en edad Adolescente	Embarazo en mujeres de 10 a 19 años	INCIDENCIA	Número de madres adolescente	Razón/Ordinal
		GRUPO ETÁREO	Adolescencia temprana: 10 a 13 años	Nominal
			Adolescencia media: 14 a 16 años	Nominal
			Adolescencia tardía: 17 a 19 años	Nominal

Hallazgos Perinatales Del Recién Nacido	Características Neonatales Que Comprometen La vida del Recién Nacido	Edad Gestacional	PRE TÉRMINO: MENOR DE 37 SEMANA	Nominal	
			A TÉRMINO: 37 A 41 SEMANAS		
			POST TÉRMINO: MAYOR A 41 SEMANAS		
		Peso al Nacer	MACROSÓMICO: MAYOR O IGUAL 4000GR	Nominal	
			PESO NORMAL: 2500GR A <4000GR		
			BAJO PESO AL NACER <2500GR		
			MUY BAJO PESO AL NACER <1500GR		
		Peso según la Edad Gestacional	PEG	Nominal	
			AEG		
			GEG		
		Talla			Nominal
		Perímetro cefálico			Nominal
		APGAR	Primer minuto	Nominal	
Cinco minutos					

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio que se ha realizado es de diseño observacional, tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis fueron los hallazgos perinatales del recién nacido hijo de madre adolescente según las variables de edad gestacional, peso al nacer, peso según la edad gestacional, talla, perímetro cefálico, APGAR, además de las características maternas los cuales incluye grupo etario.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

La población de estudio lo conformaron los recién nacidos hijos de madres adolescentes (10-19 años) nacidos en el Hospital Regional Docente De Cajamarca durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2016 que cumplieron los criterios de inclusión. Se trabajó con toda la población estudiada

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Recién nacidos de madres adolescentes (10-19 años) nacidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo de enero del 2015 hasta diciembre del 2016.

Recién nacidos de madres adolescentes que cuenten con historia clínica de recién nacido completa.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Neonatos que tenga registro incompleto de datos en la historia clínica de recién nacido del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Neonatos nacidos fuera del Hospital Regional Docente de Cajamarca, admitidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

4.6 TAMAÑO DE MUESTRA

En este estudio se trabajó con el 100% de la población objetivo por lo que no fue necesario seleccionar una muestra.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.7.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos para el presente estudio fueron obtenidos de la historia clínica de recién nacido del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, y recogidos en una ficha adecuadamente diseñada para tal fin.

4.7.2 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos registrados primero fueron pasados a una base de Microsoft Excel ® versión 2014, para luego ser procesados en este mismo programa, y los resultados se presentan mediante tablas y/o gráficos adecuados. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22.0.

4.7.3 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó con aprobación de la Dirección de Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca y el jefe del Servicio de Neonatología de dicha institución para obtener acceso al Libro de ingresos de Neonatología.

Los datos obtenidos en el presente estudio son los adecuados y pertinente en relación al fin de la presente investigación. En cuanto al acceso de los datos, estos fueron solo manejados por el investigador y asesor del estudio, teniendo en cuenta la confidencialidad y privacidad de los datos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

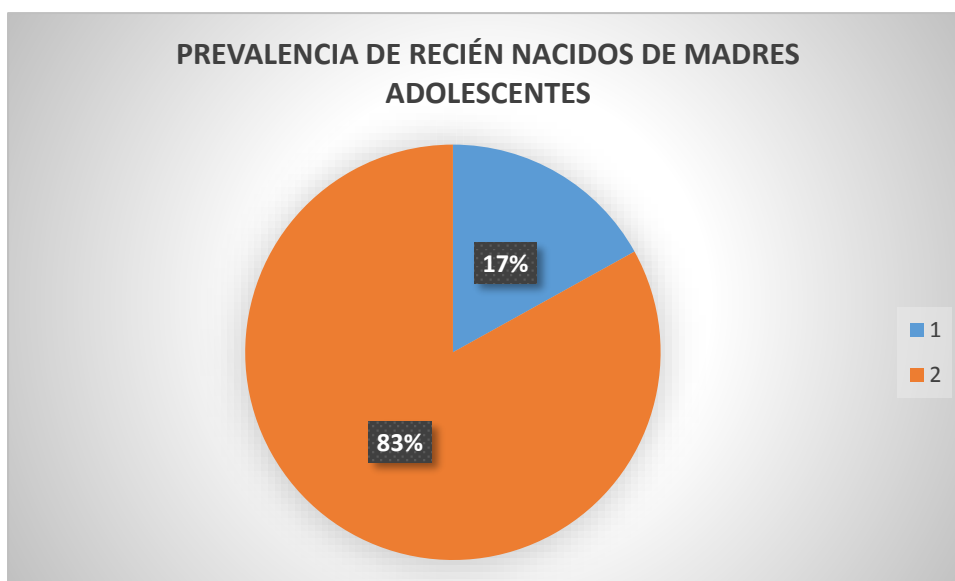
Durante el periodo de estudio se encontraron 1172 recién nacidos de madres adolescentes, 81 casos fueron excluidos por no presentar datos completos y/o letra ilegible en el registro, quedando 1091 casos para el análisis.

Los resultados presentados en este estudio fueron obtenidos del total de la población estudiada.

TABLA 1: PREVALENCIA DE RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HRDC, ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

PERIODO 2015 - 2016	RECIÉN NACIDOS	%
Madres Adolescentes	1172	16,8
Madres no adolescentes	5801	83,2
TOTAL	6973	100

GRÁFICO 1



DESCRIPCIÓN DE LA TABLA:

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el periodo enero 2015 hasta diciembre 2016, hubo un total de 6973 recién nacidos vivos, de los cuales 1172 fueron hijos de madres adolescentes, encontrándose una prevalencia de recién nacidos de madres adolescentes de 16,8%.

TABLA 2: ESTADÍSTICOS DE EDAD EN MADRES ADOLESCENTES DEL HRDC ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

Edad de la madre		
N	Válido	1091
Media		17,44
Error estándar de la media		,046
Mediana		18,00
Moda		19
Desviación estándar		1,518
Varianza		2,305
Rango		8
Mínimo		11
Máximo		19
Percentiles	25	16,00
	50	18,00
	75	19,00

Gráfico 2: DISTRIBUCIÓN DE EDAD MATERNA

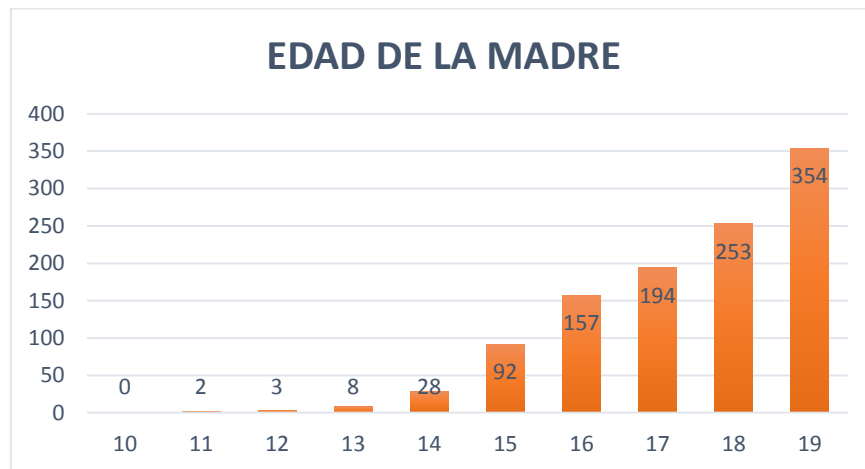
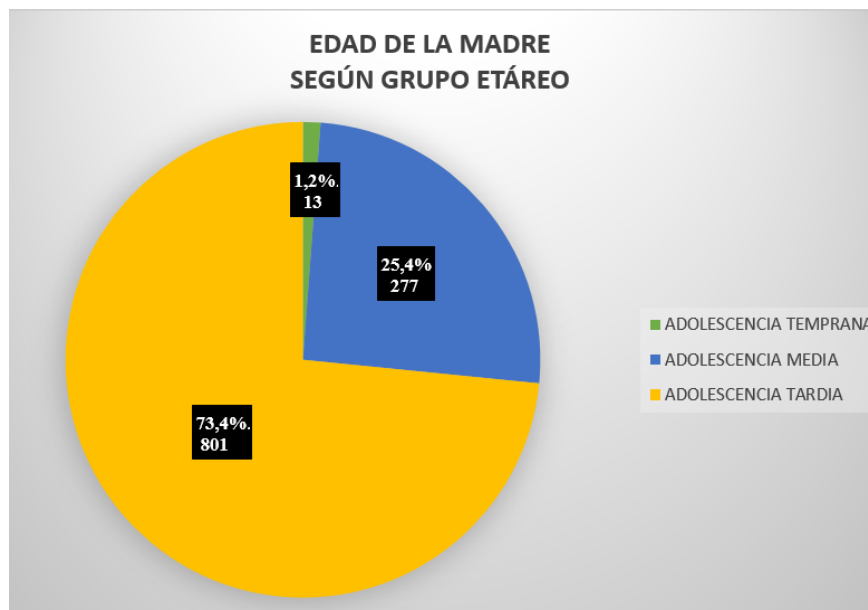


TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO ETÁREO

Etapa de la adolescencia		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Adolescencia Temprana	13	1,2
	Adolescencia Media	277	25,4
	Adolescencia Tardía	801	73,4
	Total	1091	100,0

GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO ETÁREO EN EL HRDC, ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016



DESCRIPCIÓN DE LAS TABLAS Y GRÁFICO

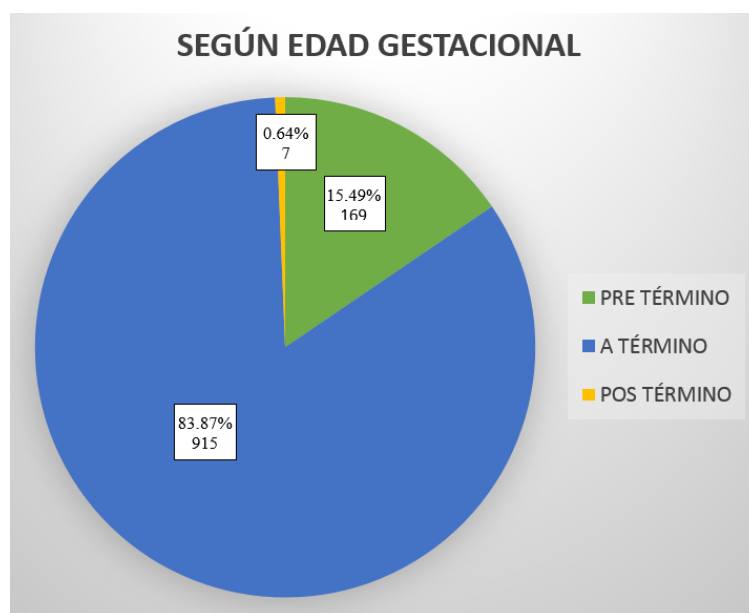
El rango de edad encontrada en madres adolescentes va desde 11 a 19 años de edad.

La edad promedio de madres adolescentes fue de 17.44 años de edad. La edad más frecuente (moda) encontrada fue de 19 años de edad. Se encontró 13 casos de madres pertenecieron al grupo etáreo de adolescencia temprana (10 – 13 años de edad) lo que representa 1,2%. El 25.4% de madres forman parte del grupo de adolescencia media (14 – 16 años de edad) con 277 casos y el 73.4% al grupo de adolescencia tardía (17 – 19 años de edad) con 801 casos.

TABLA 4: CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE SEGÚN EDAD GESTACIONAL HRDC ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

Según Edad gestacional			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Pre término	169	15,5
	A término	915	83,9
	Post término	7	0,6
	Total	1091	100,0

GRÁFICO: 4 CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE SEGÚN EDAD GESTACIONAL HRDC ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016



DESCRIPCIÓN DE LA TABLA

En cuanto a las características del recién nacido de madre adolescente, se encontró que la mayor parte fueron a término con 915 casos que representa el 83,9%, el 15,5% de recién nacidos fueron pre términos con 169 casos, y 0,6% pos término con 7 casos.

TABLA 5: CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE SEGÚN GRUPO DE PESO AL NACER

Clasificación del neonato de acuerdo a su peso			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Muy bajo peso	27	2,5
	Bajo peso	180	16,5
	Peso normal	875	80,2
	Macrosómico	9	,8
	Total	1091	100,0

TABLA 6: CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE SEGÚN PESO AL NACER ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

Peso en gramos al nacer		
N	Válidos	1091
	Perdidos	0
Media		2879,91
Error estándar de la media		16,832
Mediana		2930,00
Moda		2800
Desviación estándar		555,952
Varianza		309082,98 9
Rango		3900
Mínimo		600
Máximo		4500
Percentiles	25	2600,00
	50	2930,00
	75	3240,00

DESCRIPCIÓN DE LA TABLA

Con respecto al peso, se encontró que el peso normal en el recién nacido predominó en esta población encontrándose 875 casos que representa el 80,2%,

seguido de los recién nacidos que tenían bajo peso con 16,5 %, recién nacidos con muy bajo peso 2,5 % y macrosómicos con 0,8%

El peso promedio de los recién nacidos de madres adolescentes fue de 2.879 kg con una desviación estándar de 555 gr. El peso mínimo fue de 600gr y el máximo de 4500gr.

TABLA 7: CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE SEGÚN RELACION: PESO/EDAD GESTACIONAL EN EL HRDC. ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

Relación: peso/edad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Pequeño para edad gestacional	185	17,0
	Adecuado para edad gestacional	873	80,0
	Grande para edad gestacional	33	3,0
	Total	1091	100,0

DESCRIPCIÓN DE LA TABLA

Además se evaluó la adecuación del peso según la edad gestacional, donde se observó que la mayoría de los recién nacidos era Adecuado para edad gestacional (80%) con 873 casos; 17% Pequeño para edad gestacional con 185 casos y 33 casos Grande para edad gestacional que representa 3%.

TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE EDAD MATERNA SEGÚN GRUPOS Y EDAD GESTACIONAL EN EL HRDC. ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

Talla del recién nacido		
N	Válido	1091
	Perdidos	0
Media		48,738
Mediana		49,000
Moda		50,0
Desviación estándar		3,2237
Varianza		10,392
Rango		26,0
Mínimo		30,0
Máximo		56,0
Percentiles	25	48,000
	50	49,000
	75	50,500

DESCRIPCIÓN DE LA TABLA

Al evaluar la talla de los recién nacidos de madres adolescentes se encontró que la talla promedio fue de 48.7 cm con un mínimo de 30 cm y un máximo de 56 cm, siendo la moda 50 cm.

TABLA 9: PERÍMETRO CEFÁLICO DE LOS RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HRDC. ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

PERÍMETRO CEFÁLICO		
N	Válido	1091
	Perdidos	0
Media		33,19
Mediana		33,000
Moda		33,0
Desviación estándar		2,1491
Varianza		4,618
Rango		34,0
Mínimo		22,0
Máximo		56,0
Percentiles	25	32,000
	50	33,000
	75	34,500

DESCRIPCIÓN DE LA TABLA

Al evaluar el perímetro cefálico de los recién nacidos de madres adolescentes, encontramos que promedio fué de 33.19 cm con un mínimo de 22cm y un máximo de 56cm, siendo la moda 33 cm.

TABLA 10: CARACTERÍSTICAS DEL APGAR AL MINUTO DE VIDA DEL RECIÉN NACIDOS HIJO DE MADRE ADOLESCENTE EN EL HRDC. ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

APGAR			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENA ADAPTACION	1027	94,1
	DEPRESION MODERADA	52	4,8
	DEPRESION SEVERA	12	1,1
	Total	1091	100,0

TABLA 11: CARACTERÍSTICAS DEL APGAR A LOS CINCO MINUTOS DE VIDA DEL RECIÉN NACIDOS HIJO DE MADRE ADOLESCENTE EN EL HRDC. ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

APGAR			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENA ADAPTACION	1077	98,7
	DEPRESION MODERADA	10	,9
	DEPRESION SEVERA	4	,4
	Total	1091	100,0

DESCRIPCIÓN DE LAS TABLAS

Fue evaluado el score de APGAR en la población de recién nacidos de madres adolescentes obteniéndose que el 94,1% y 98,7% al minuto y a los cinco minutos respectivamente presentaron buena adaptación, depresión moderada el 4,8% y 0,9% al minuto y a los cinco minutos respectivamente y por último depresión severa el 1,1% y 0,4% al minuto y a los cinco minutos de vida respectivamente.

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE EDAD MATERNA SEGÚN GRUPOS DE EDAD GESTACIONAL EN EL HRDC. ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

Etapa de la adolescencia*Relación de Acuerdo a la Edad Gestacional tabulación cruzada						
			De Acuerdo a la Edad Gestacional			Total
			Pre término	A término	Pos término	
Etapa de la adolescencia	Adolescencia Temprana	Recuento	2	11	0	13
		% dentro de Etapa de la adolescencia	15,4%	84,6%	0,0%	100,0%
		% dentro de Acuerdo a edad gestacional	1,2%	1,2%	0,0%	1,2%
		% del total	0,2%	1,0%	0,0%	1,2%
	Adolescencia Media	Recuento	52	224	1	277
		% dentro de Etapa de la adolescencia	18,8%	80,9%	0,4%	100,0%
		% dentro de Acuerdo a edad Gestacional	30,8%	24,5%	14,3%	25,4%
		% del total	4,8%	20,5%	0,1%	25,4%
	Adolescencia Tardía	Recuento	115	680	6	801
		% dentro de Etapa de la adolescencia	14,4%	84,9%	0,7%	100,0%
		% dentro de Acuerdo a edad gestacional	68,0%	74,3%	85,7%	73,4%
		% del total	10,5%	62,3%	0,5%	73,4%
	Total	Recuento	169	915	7	1091
% dentro de Etapa de la adolescencia		15,5%	83,9%	0,6%	100,0%	
% dentro de Acuerdo a edad gestacional		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		15,5%	83,9%	0,6%	100,0%	

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE EDAD MATERNA SEGÚN GRUPOS DE RELACIÓN DEL PESO Y LA EDAD GESTACIONAL EN EL HRDC. ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

Etapa de la adolescencia*Relación: peso/edad tabulación cruzada						
			Relación del peso y edad gestacional			Total
			PEG	AEG	GEG	
Etapa de la adolescencia	Adolescencia Temprana	Recuento	5	8	0	13
		% dentro de Etapa de la adolescencia	38,5%	61,5%	0,0%	100,0%
		% dentro de Relación: peso/edad	2,7%	0,9%	0,0%	1,2%
		% del total	0,5%	0,7%	0,0%	1,2%
	Adolescencia Media	Recuento	49	224	4	277
		% dentro de Etapa de la adolescencia	17,7%	80,9%	1,4%	100,0%
		% dentro de Relación: peso/edad	26,5%	25,7%	12,1%	25,4%
		% del total	4,5%	20,5%	0,4%	25,4%
	Adolescencia Tardía	Recuento	131	641	29	801
		% dentro de Etapa de la adolescencia	16,4%	80,0%	3,6%	100,0%
		% dentro de Relación: peso/edad	70,8%	73,4%	87,9%	73,4%
		% del total	12,0%	58,8%	2,7%	73,4%
	Total	Recuento	185	873	33	1091
% dentro de Etapa de la adolescencia		17,0%	80,0%	3,0%	100,0%	
% dentro de Relación: peso/edad		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		17,0%	80,0%	3,0%	100,0%	

TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE EDAD MATERNA SEGÚN GRUPOS DE PESO AL NACER EN EL HRDC. ENERO 2015 – DICIEMBRE 2016

Etapa de la adolescencia*Clasificación del neonato de acuerdo a su peso tabulación cruzada							
		Neonato de acuerdo a su peso				Total	
		Muy bajo peso	Bajo peso	Peso normal	Macrosómico		
Etapa de la adolescencia	Adolescencia Temprana	Recuento	1	2	10	0	13
		% dentro de Etapa de la adolescencia	7,7%	15,4%	76,9%	0,0%	100,0%
		% dentro de Neonato de acuerdo a su peso	3,7%	1,1%	1,1%	0,0%	1,2%
		% del total	0,1%	0,2%	0,9%	0,0%	1,2%
	Adolescencia Media	Recuento	9	47	220	1	277
		% dentro de Etapa de la adolescencia	3,2%	17,0%	79,4%	0,4%	100,0%
		% dentro de Neonato de acuerdo a su peso	33,3%	26,1%	25,1%	11,1%	25,4%
		% del total	0,8%	4,3%	20,2%	0,1%	25,4%
	Adolescencia Tardía	Recuento	17	131	645	8	801
		% dentro de Etapa de la adolescencia	2,1%	16,4%	80,5%	1,0%	100,0%
		% dentro de Neonato de acuerdo a su peso	63,0%	72,8%	73,7%	88,9%	73,4%
		% del total	1,6%	12,0%	59,1%	0,7%	73,4%
	Total	Recuento	27	180	875	9	1091
% dentro de Etapa de la adolescencia		2,5%	16,5%	80,2%	0,8%	100,0%	
% dentro de Neonato de acuerdo a su peso		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		2,5%	16,5%	80,2%	0,8%	100,0%	

DESCRIPCIÓN DE LA TABLAS

Se evaluó además la distribución de edad materna según grupos de:

- ✓ Edad gestacional
- ✓ Relación del peso - edad gestacional y
- ✓ Peso al nacer

Donde observamos en los tres casos que la proporción de recién nacido prematuros, pequeños para edad gestacional, con muy bajo peso al nacer es mayor para la etapa de adolescencia temprana en comparación a la etapa de adolescencia tardía.

DISCUSIÓN

El embarazo adolescente y las consecuencias que trae tanto para la madre como para el recién nacido, es un tema preocupante, por lo que hay varios estudios sobre este aspecto. La OMS según estudios encontró que aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo como el nuestro. En otros estudios realizados en nuestro país como el de Francisco Barboza en el trabajo características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, Octubre-Diciembre 2014, se encontró que la prevalencia de madres adolescentes fue de 17.5%. En el estudio de Navarro Seminario en el trabajo características perinatales de recién nacidos de madres adolescente en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo Enero – Diciembre 2015, la prevalencia de madres adolescentes fue de 16.96%. En nuestro estudio se halló un total de 6918 recién nacidos de los cuales 1172 fueron hijos de madres adolescentes, encontrándose una prevalencia de recién nacidos de madres adolescentes de 16,8% cifra muy parecida a la de los estudios realizados, lo que demuestra que a pesar de esta problemática el embarazo en adolescentes no ha disminuido.

En relación a las características de las madres adolescentes Gamarra Valdivieso encontró una edad promedio de 18,6 años; 2,6% de ellas pertenecientes a la adolescencia temprana. En el estudio de Navarro Seminario la edad promedio fue 17.71 años, la edad más frecuente fue de 19 años, encontró que 0.6% de madres pertenecían al grupo etario de adolescencia temprana, 81.4% de madres forman parte del grupo de adolescencia tardía y

18% al grupo de adolescencia media. La edad promedio de madres adolescentes en nuestro estudio fue de 17.44 años encontrándose el 50% de la población bajo los 18 años, la edad más frecuente encontrada fue de 19 años, valores que se asemeja al de los estudios previos. Se encontró que 1,2% de madres pertenecieron al grupo etéreo de adolescencia temprana, el 25.4% de madres forman parte del grupo de adolescencia media (14 – 16 años) y el 73.4% al grupo de adolescencia tardía; comparando los grupos etéreos vemos que en adolescencia temprana tenemos un valor superior (doble) en comparación al estudio de Navarro, lo que es preocupante ya que este grupo es el de menor edad, lo que podría tener explicación en que somos uno de los departamentos más pobres en el Perú, además donde las mujeres no tienen acceso a la educación, sin contar con los casos de violación hacia menores de edad, en cuanto a los otros grupos si comparamos con los resultados de Navarro tenemos un mayor porcentaje en etapa de adolescencia media y uno menor en adolescencia tardía, por lo que podemos decir que en nuestro estudio en general hay madres de menor edad en comparación con estudios anteriores, constituyendo una problemática social y que a pesar de esto no se encuentran medidas efectivas para disminuir la prevalencia en el embarazo adolescente.

En cuanto a la edad gestacional se encontró que el 83.9% de recién nacidos de madres adolescentes fue a término; el 15.5% fue pre término y solo el 0.6% pos término. Resultados que difieren levemente en estudios previos realizados en nuestro país como en los de Gamarra Valdivieso el parto pre término ocurrió en 9,18%, Francisco Barboza encontró 93% de neonatos a término, y 6% pre término y Navarro Seminario encontró 88.8% neonatos a término, y 11.2% pre término, como vemos nuestra prevalencia de partos pre término a comparación

de otros estudios nacionales es mayor, dato preocupante por las complicaciones que acarrea un recién nacido pre término, comparando con el estudio realizado por Alfonso Mendoza, en el trabajo Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal, se encontró que entre madres adolescentes el 30,9% de los hijos fueron prematuros.

Con respecto el peso al nacer, es un determinante importante en el desarrollo y crecimiento del recién nacido. En nuestro estudio se encontró que el peso normal en el recién nacido predominó encontrándose 875 casos que corresponden al 80.2%, muy bajo peso 2.5%, bajo peso 16.5%, macrosómico 0.8%, el peso promedio de los recién nacidos fue de 2.879 kg. En la tesis realizada por Gamarra Valdivieso el 22,4 % de los recién nacidos pesó entre 2500g y 3999g y 7,9 % menos de 2500g, del total de recién nacidos de madres adolescentes, 30% presentaron bajo peso al nacer (< 2500g). Francisco Barboza, encontró que el 88 % de los neonatos presentaron peso normal, 5% bajo peso y 2% muy bajo peso y Navarro Seminario que el 86.7 % de los neonatos presentaron peso normal, 6.7% bajo peso y 1% muy bajo peso, extremo bajo peso 0.8% y macrosómico 4.7%. Como vemos el peso promedio encontrado si bien se encuentra dentro de los valores normales es menor en comparación a otros estudios realizados, además podemos observar que el porcentaje de recién nacido con peso normal es menor a la de otros estudios nacionales; si bien nuestro trabajo no toma en cuenta otros factores como comorbilidades maternas y/o fetales en un dato importante a tener en cuenta, ya que no solo hubo menor porcentaje de recién nacidos con peso normal , sino que el porcentaje de recién nacidos con bajo peso fue mayor, así como aumentó el porcentaje de neonatos que no tienen un peso normal.

Otra relación que se encontró y que refleja mejor el estado del recién nacido de madres adolescentes es peso para edad gestacional. En el presente estudio se encontró que la mayoría de los recién nacidos era AEG (80%) con 873 casos, 17% PEG con 185 casos y 33 casos de GEG que representa 3%. Otras investigaciones realizadas en nuestro país Francisco Barboza, el 80% de neonatos fueron adecuado para la edad gestacional y 9% pequeños para la edad gestacional; Navarro Seminario el 79.4% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional, 12.4% pequeños para la edad gestacional y 8.4% grandes para la edad gestacional, valores semejantes a los encontrados en nuestro estudio para recién nacidos Adecuado para edad gestacional, pero con valores superiores para pequeños para edad gestacional, dato de importancia por las consecuencias que acarrea para el recién nacido. Además se analizó por etapa de la adolescencia donde se evidencia que a menor edad el porcentaje de Pequeño para edad gestacional es mayor, se encontró que dentro de la adolescencia temprana el 38,5% de los recién nacidos fueron pequeños para edad gestacional a comparación de las otras etapas de la adolescencia donde se encontró que para adolescencia media solo el 17,7% fue pequeño para edad gestacional y para adolescencia tardía el 16,4%.

También se evaluó la talla, donde se encontró que la talla promedio fue de 48.7cm, cifra promedio comparable a otros estudios realizados en madres adolescentes así como también a la población en general.

Al evaluar el APGAR, que es el examen clínico que se le realiza al recién nacido, en base a cinco parámetros los cuales son: esfuerzo espiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos y color de piel; este examen tiene como objetivo reflejar la adaptación del neonato a la vida extrauterina en este

estudio obtuvimos que el 94,1% y 98,7% al minuto y a los cinco minutos respectivamente presentaron buena adaptación, depresión moderada el 4,8% y 0,9% al minuto y a los cinco minutos respectivamente y por último depresión severa el 1,1% y 0,4% al minuto y a los cinco minutos de vida respectivamente.

Se evaluó además la distribución de edad materna según grupos de: Edad gestacional, relación del peso - edad gestacional y peso al nacer, donde se observó que en los tres casos la proporción de recién nacido prematuros, pequeños para edad gestacional, con muy bajo peso al nacer es mayor para la etapa de adolescencia temprana en comparación a la etapa de adolescencia tardía.

CONCLUSIONES

1. Se evaluó las características perinatales de prematuridad, bajo peso al nacer y pequeño para edad gestacional, concluyéndose que no son características perinatales frecuentes en los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo enero 2015 hasta diciembre 2016.
2. La prevalencia de recién nacidos de madres adolescentes en el periodo comprendido entre enero 2015 hasta diciembre 2016 fue de 16.8% que equivale a 1172 recién nacidos de madres adolescentes de un total de 6973 recién nacidos en comparación con la prevalencia nacional que es de 14.6%.
3. Con respecto al peso, se encontró que el peso normal en el recién nacido predominó en esta población encontrándose 875 casos que representa el 80,2%, seguido de los recién nacidos que tenían bajo peso con 16,5 %, recién nacidos con muy bajo peso 2,5 % y macrosómicos con 0,8%
4. Con respecto a la adecuación del peso para la edad se concluyó que el 80% de los recién nacidos de madres adolescentes eran adecuados para edad gestacional.
5. Al evaluar la talla y el perímetro cefálico de los recién nacidos de madres adolescentes se encontró que la talla promedio fue de 48.7 cm, y el `perímetro cefálico fue de 33,19cm, los cuales se encuentra dentro de los parámetros normales.
6. Al evaluar el APGAR, el 94,1% y 98,7% al minuto y a los cinco minutos respectivamente presentaron buena adaptación, depresión moderada el 4,8% y 0,9% al minuto y a los cinco minutos respectivamente y por último

depresión severa el 1,1% y 0,4% al minuto y a los cinco minutos de vida respectivamente.

7. La edad promedio de madres adolescentes fue de 17.44 años, el 73.4% de madres adolescentes pertenece al grupo etario de adolescencia tardía lo que presenta a este grupo etario como el más frecuente.

RECOMENDACIONESS

- Al ver la alta prevalencia de embarazo adolescente se recomienda promover programas de educación sexual a nivel escolar ya que aquí se encuentra la población en riesgo, con el fin de que los jóvenes conozcan su sexualidad y aprendan a manejarla responsablemente antes de la adolescencia.
- Promover el conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes ya sea que hayan o no iniciado su vida sexual; promover consultas de atención ginecológica y de planificación familiar exclusiva para adolescentes, ya que es un tema que se debe tocar de manera distinta a la demás población.
- Si la adolescente ya se encuentra embarazada, educarla para que esté consciente de los riesgos de salud que conlleva tanto para ella como para su bebé y tomar las medidas necesarias para hacer que el impacto del embarazo adolescente sea mínimo, como una buena alimentación, adecuado control durante y después del embarazo y un parto institucional, adecuado control del recién nacido, entre otras medidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza T Luis Alfonso, Arias G Martha, Mendoza T Laura Isabel. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 02 Nov 2016] ; 77(5): 375-382. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>
2. Embarazo Adolescente. OMS. [sede web] [citado 02 Nov 2016]
3. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/
4. Madre adolescente. [Internet] BBC [citado 02 Nov 2016]http://www.bbc.com/mundo/video_fotos/2016/05/160517_galeria_madres_adolescentes_am
5. Juan Carlos Barrera de León y Cols. Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes. Gaceta Médica de México [Internet]. 2014 [01 de noviembre 2016]; 150 (1):67-72. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_067-072.pdf
6. Gamarra Valdivieso A. “Complicaciones Perinatales En Recién Nacidos De Madres Adolescentes En El Hospital Nacional Hipólito Unanue En El Periodo 2011-2012” [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2013.
7. Francisco Barboza D. “Características Perinatales De Los Recién Nacidos De Madres Adolescentes En El Servicio De Neonatología

Del Hospital Nacional Dos De Mayo, Octubre-Diciembre Del 2014”
[Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos.
Facultad De Medicina Humana; 2015.

8. Navarro Seminario P. “Características Perinatales De Recién Nacidos De Madres Adolescente En El Servicio De Neonatología Del Hospital Nacional Dos De Mayo Enero – Diciembre 2015” [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad De Medicina Humana; 2016.
9. Fernando Althabe y Cols. Resultados adversos maternos y perinatales en embarazos de adolescentes. Salud reproductiva [Internet]. 2015 [citado 02 Nov. 2016]; 12 (2): 1-9. Disponible en: http://download.springer.com/static/pdf/826/art%253A10.1186%252F1742-4755-12-S2-S8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Freproductive-health-journal.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1742-4755-12-S2-S8&token2=exp=1478975519~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F826%2Fart%25253A10.1186%25252F1742-4755-12-S2-S8.pdf*~hmac=dd41e898e54b75bd248b9b117ff2c33d87b635fad1e292262fb8ad92c818d122
10. Kemfang Ngowa, J.D., Kasia, J.M., Pishoh, W.D., Ngassam, A. and Noa, C. Obstetrical and Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancies in Cameroon: A Retrospective Cohort Study at the Yaoundé General Hospital. Open Journal of Obstetrics and

- Gynecology [Internet]. 2015 Feb[citado el 02 de Nov 2016];(5): 88-93:Disponible en <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2015.52012>
11. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. OMS.[web de consulta][citado el 02 de Nov 2016]: Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
 12. Rigollet Santander Sylvia et al.Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes ORIENTACIONES GENERALES Dirigida a los equipos de Atención Primaria. Revistas del Ministerio de Salud de Chile[Internet] 2011 Ago [citado el 02 de Nov 2016]: Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
 13. Gamboa Montejano Claudia. El embarazo en adolescentes. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis México.[documento en internet] 2013 May.[citado el 02 de nov de 2016]: Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
 14. Noguera O Norma et al. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. [Internet] 2012 May[citado el 02 de nov 2016]; 7(7): 151-160:Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf

15. Organización Mundial de la Salud - OMS Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. [Sitio Web] 2011 Junio. [citado el 02 de Nov 2016]: Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>
16. Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe América. Latina (SEMLAC): preocupa incremento del embarazo adolescente [Noticia en Sitio Web]. 2010 Feb. [citado el 03 de nov de 2016]: Disponible en: http://www.redsemlac.net/web/index.php?option=com_content&view=article&id=437: america-latina-preocupa-incremento-del-embarazo-adolescente&catid=41:adolescentes-jovenes&Itemid=60.
17. Encuesta Demográfica y Salud Familiar del Perú. ENDES. [Libro en internet] 2015 Ago [citado el 03 de nov de 2016] 121-165: Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2016/MAY/Endes2016/Libro_ENDES2015.pdf
18. María Sobeida Leticia Blázquez Morales. EMBARAZO ADOLESCENTE. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad [Internet]. 2012 [05 Nov. 2016]; 3 (1): 1-8. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf
19. Asprea Ignacio et al. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Guía [Libro en internet]

2013 Julio [Citado el 05 de Nov 2016];27-47:Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158c-nt-g02.control-prenatal.pdf>

20. Término Médico: Edad Gestacional, Recién nacido Prematuro. Perinatología definiciones.[web de consulta] [citado el 07 de Nov 2016]: Disponible en:
<http://www.drondonpediatra.com/perinatologia.htm>
21. Clasificación Internacional de Enfermedad. Definiciones: Peso al Nacer. Revista [Internet] 2012 Mar[citado el 07 de nov 2016];1(2):1170:Disponible en:
http://files.sld.cu/dne/files/2012/03/vol1_definiciones.pdf

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº:

HISTORIA CLÍNICA NEONATAL Nº:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
EDAD DE LA MADRE: años	Adolescencia temprana: 10-13 años	
	Adolescencia media: 14-16 años	
	Adolescencia tardía: 17-19 años	
EDAD GESTACIONAL: semanas	Pre término	
	Temprano: 28 a <34semanas	
	Tardío: 34 a 37 semanas	
	A término 37 a < 42 semanas	
PESO AL NACER: gr	Muy bajo peso: <1500gr	
	Bajo peso: <2500gr	
	Peso normal: 2500- 3999gr	
	Macrosómico: ≥4000gr	
RELACIÓN PESO / EDAD GESTACIONAL	PEG	
	AEG	
	GEG	

TALLA DEL RECIÉN NACIDO: _____ cm

PERÍMETRO CEFÁLICO: _____ cm

	1 MINUTO	5 MINUTOS
APGAR		

GRÁFICO 1

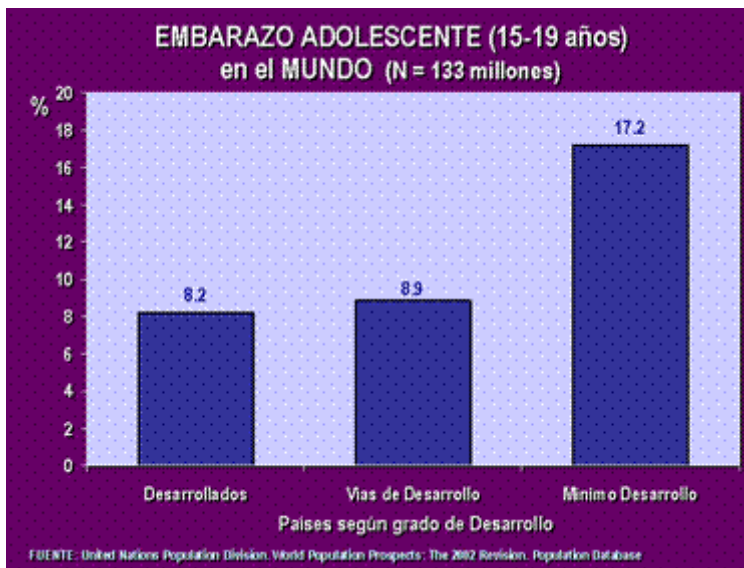


GRÁFICO 2

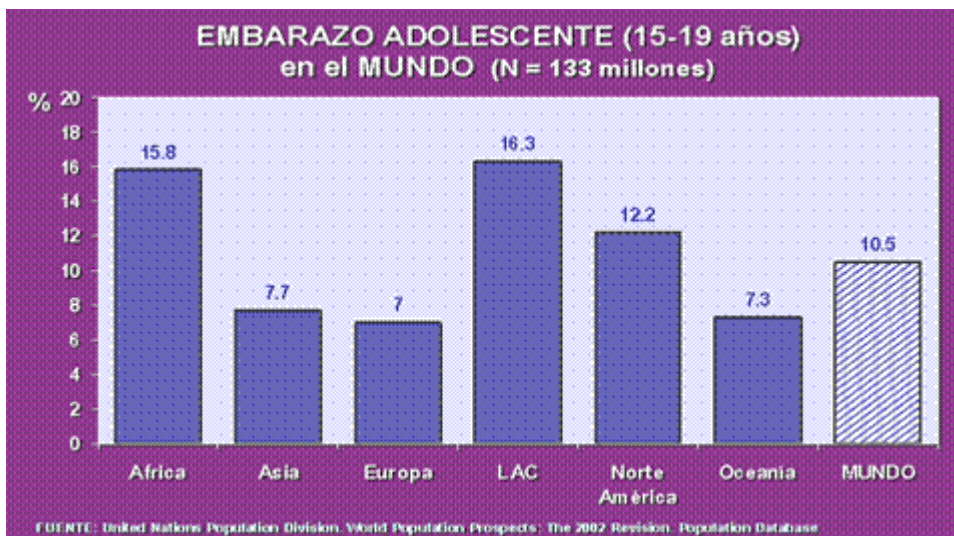


GRÁFICO 3

PERÚ: ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) QUE YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014-2015
(Porcentaje)

Característica seleccionada	Adolescentes alguna vez embarazadas		Total alguna vez embarazadas	Número de mujeres
	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo		
Edad				
15	1,9	1,1	3,0	2 184
16	4,3	1,6	5,9	2 133
17	8,5	3,2	11,7	2 083
18	16,4	4,4	20,7	1 962
19	24,0	4,7	28,7	1 933
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	13
Primaria	32,9	5,0	37,9	722
Secundaria	9,6	3,0	12,6	8 203
Superior	4,6	1,5	6,1	1 357
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	20,5	4,4	24,9	1 933
Segundo quintil	14,1	3,9	18,0	2 051
Quintil Intermedio	9,0	3,7	12,6	2 202
Cuarto quintil	6,3	1,5	7,8	2 182
Quintil superior	3,9	1,1	4,9	1 926
Total 2014-2015	10,6	2,9	13,6	10 294
Total 2011	9,9	2,6	12,5	4 118

Nota: Las tasas o porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y las tasas o porcentajes basados en 20-24 casos se presentan entre paréntesis.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

GRÁFICO 4

