

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE MEDICINA**



**“CARACTERÍSTICAS MATERNAS, OBSTÉTRICAS Y COMPLICACIONES
MATERNO – PERINATALES DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ENERO DEL 2018 – DICIEMBRE DEL
2019”**

**Tesis presentada por el Bachiller:
JUAN JOSE PAUL CURO CADENA
Para optar el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO**

**Asesor:
MED. JOHN WILLY TURPO PRIETO
Médico Cirujano
Especialidad: Ginecología y Obstetricia**

**AREQUIPA – PERÚ
2020**

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios quien nos guía orienta y enseña día a día.

A la Facultad de Medicina de Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, por haberme formado en este maravilloso arte llamado Medicina Humana.

A mi familia por su abnegación y apoyo continuo en mi formación profesional.

A mi asesor, el MED. John Willy Turpo Prieto, por su apoyo y confianza en el desarrollo del presente trabajo.

Al Hospital Central de Majes, por su colaboración en la realización de esta investigación.

Un agradecimiento muy especial a todas las personas que colaboraron en el desarrollo de esta tesis.

DEDICATORIA

Dios por permitirme llegar a este momento,

A mi madre Antonia por ser mi soporte en los buenos y malos momentos,

A mi padre Paulino de quien me dio la convicción y fuerza para persistir,

A mis hermanos Carlos y Carmen por su apoyo incondicional y sincero,

A mi esposa Mayumi y a mi hija Adara por su paciencia y comprensión

Y a toda mi familia, por ser mi motivo de superación.

ÍNDICE GENERAL

Resumen

Abstract

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTO TEÓRICO.....	9
CAPÍTULO II: MÉTODOS.....	21
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	23
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	36
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	47

RESUMEN

CARACTERÍSTICAS MATERNAS, OBSTÉTRICAS Y COMPLICACIONES MATERNO- PERINATALES DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ENERO DEL 2018 – DICIEMBRE DEL 2019

Objetivo: Identificar las características maternas, obstétricas y complicaciones materno-perinatales de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes enero del 2018 - diciembre del 2019.

Material y Métodos: Es un estudio de tipo observacional, retrospectivo y transversal según Altman. La población constituida por 413 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes, obteniendo una muestra de 199 gestantes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** De las tres fases de la adolescencia la mayoría fueron gestantes en fase tardía (72,9%). El total de nulíparas fue 79,4%, de parto a término 95,5%. Las complicaciones más frecuentes en el embarazo fue ITU; durante el parto, el desgarro vaginal (61,5%); en el puerperio predominó: infección de herida operatoria (66,7%) en fase temprana, un 61,5% y 60,7% tuvieron anemia postparto en fase media y tardía respectivamente. Tipos de parto en total: vaginal (56,8%) y cesárea (43,2%). **Conclusiones:** Las complicaciones frecuentes durante la gestación, parto y puerperio fueron: ITU, desgarro vaginal, infección de herida operatoria y anemia postparto.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, adolescente, características y complicaciones.

ABSTRACT

MATERNAL CHARACTERISTICS, OBSTETRICS AND PERINATAL MATERNAL COMPLICATIONS OF TEENAGE PREGNANT WOMEN TREATED AT THE CENTRAL HOSPITAL OF MAJES FROM JANUARY 2018 TO DECEMBER 2019

Objective: Identify the maternal, obstetric characteristics and maternal-perinatal complications of adolescent pregnant women treated at The Central Hospital in Majes January 2018 - December 2019.

Material and Methods: It is an observational, retrospective and cross-sectional study according to Altman. The population consisted of 413 adolescent pregnant women attended at the Majes Central Hospital, obtaining a sample of 199 adolescent pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria. **Results:** Of the three stages of adolescence, most were pregnant in the late stage (72,9%). The total number of nulliparas was 79,4%, from term delivery to 95,5%. The most frequent complications in pregnancy was UTI; during delivery, the vaginal tear (61,5%); In the puerperium, preoperative infection was prevalent (66,7%) in the early stage, 61,5% and 60,7% had postpartum anemia in the middle and late stages, respectively. Types of delivery in total: vaginal (56,8%) and caesarean section (43,2%). **Conclusions:** Frequent complications during pregnancy, delivery and the puerperium were: UTI, vaginal tear, operative wound infection and postpartum anemia.

KEY WORDS: Pregnancy, adolescent, characteristics and complications.

INTRODUCCIÓN

La iniciación sexual temprana siempre ha estado relacionada con problemas de la salud sexual y reproductiva. El embarazo en adolescentes se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial y claramente se observa que la adolescencia es la etapa de la vida del ser humano caracterizada por profundos y complejos cambios fisiológicos, psicológicos, anatómicos y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niñas en adultas.

A nivel mundial, la OMS considera como embarazo de riesgo a la población de mujeres menores de 20 años, porque es la causa principal de mortalidad de las mujeres entre 15 a 19 años de edad, debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos practicados en condiciones de riesgo. Es por ello que el embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, sino que también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión social, las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza (1).

En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo de un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor es el riesgo para el bebé. Asimismo, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (2).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), cada día cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas en Perú, y este promedio sube a diez cuando las menores llegan a esta edad (3).

El embarazo en la adolescencia es un problema que afecta en todas las áreas de su funcionamiento. En el área biológico, el crecimiento y desarrollo aún se está completando, en consecuencia, hay un alto riesgo para la vida de la mujer. Es un problema social, porque altera las redes de interacción social del adolescente con

su familia, el colegio, sus amigos y sus padres, por el rol que ahora le toca desempeñar muchas veces sin una pareja que la apoye, sin ingresos económicos que la obliga a depender de sus padres, a dejar de estudiar para trabajar, es por ello que el adolescente debería retrasar el embarazo, por las múltiples y graves consecuencias que significa para su vida, salud y bienestar (2).

La adolescente tiene un riesgo elevado particular durante el embarazo, porque tiende acudir más tarde a los cuidados prenatales. Esta demora puede ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponibles. Los riesgos de problemas durante el embarazo y el parto son máximos en la adolescente, riesgos como: la incidencia de bajo peso del recién nacido y de abortos espontáneos, parto prematuro, placenta previa, preeclampsia, anemia, ruptura prematura de membranas, riesgo de tener una alimentación inadecuada debido a la falta de cuidados maternos. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos.

En estos dos últimos años los profesionales de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Majes, están atendiendo gestantes adolescentes y han notado un incremento en las cesáreas, morbilidad materna y perinatal. Es por ello que el presente estudio tiene el objetivo de describir las características de esta población, incidiendo en el tipo de parto, complicaciones en la gestante adolescente y posibles complicaciones durante el puerperio, con el propósito de establecer su perfil clínico para establecer estrategias de atención y ofertar una mejor atención desde sus controles prenatales hasta la atención de su parto, igualmente contribuirá como un aporte para la formación del profesional de Medicina en la atención integral a las familias con hijos adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia es considerado como un problema de salud en todo el mundo. Cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados, en los últimos años ha sido alarmante el gran aumento de la prevalencia de embarazos adolescentes.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2018, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 7'957,501 mujeres en Perú de 12 a más años de edad son madres, una cifra que abarca el 66,9% de mujeres de este mismo grupo de edad en el país. Pero un número que suscita interés es sin duda que el 10,1% de madres en el Perú se encuentran entre los 15 y 19 años de edad. Este porcentaje significativo abarca a un total de 122,144 de mujeres (1).

Asimismo, un 87,9% de madres, es decir, 6'509,706, tienen 30 a más años de edad, mientras que el 64,9% tienen entre 25 y 29 años, y un 41,1% se encuentra en el rango de 20 y 24 años (1).

Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera (1).

ANTECEDENTES

1.1.A nivel internacional

Magalhães y cols, (2005), Brasil, en su estudio titulado: "Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Estudio en la Maternidad Escuela de Fortaleza/Brasil". Documentó que el número de partos crece con la edad que a mayor edad durante la adolescencia mayor número de partos se presentaban. Se constata que entre las adolescentes precoces hubo un gran aumento de los 14 a los 15 años, respectivamente 4,2% y 10,3%. Se observa también que ocurrieron 5 partos en pacientes con edad menor o igual a 12 años. Dentro de las gestantes adolescentes precoces, el 41,79% se encontraban en el grupo sin parejas y el 34,38% de las adolescentes tardías se encontraban en el mismo grupo. Esta diferencia es estadísticamente significativa, o sea, existe una proporción mayor de gestantes sin pareja y en las adolescentes precoces. Se observa que la mayor parte de las pacientes (73,06%) eran primigestas. Hay que resaltar entre las adolescentes precoces, 19 de ellas (5,9%) declaraban 2 gestaciones y 3 (0,9%) más de 2 gestaciones,

totalizando un 6,8% con 2 gestaciones o más. Entre las adolescentes tardías, 531 jóvenes (30,6%) tenían 2 gestaciones o más. El análisis estadístico mostró que los dos grupos difieren significativamente con relación al número de gestaciones. Concluyendo en su estudio que el índice de embarazo en la adolescencia fue elevado, correspondiendo al 25,9% de las gestantes atendidas en el período de estudio en la Maternidad Escuela Assis Chateaubriand/UFC y el número de partos creció en la medida en que aumentó la edad materna. La población de adolescentes evaluadas se caracterizó por estar la mayoría con parejas (64,5%), por tener escolaridad media (54,4%). La incidencia de primigestas fue elevada (73,06%), aunque se haya encontrado el 26,9% de incidencia de gestaciones (4).

Díaz y cols. (2002), Chile, en su revisión titulada: "Riesgos obstétricos en el embarazo de adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas". Muestra un estudio retrospectivo y comparativo, a través de una muestra obtenida en forma aleatoria, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador, en comparación con un grupo control obtenido en el mismo Servicio y período de estudio afirman que ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad. Su relevancia clínica radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad infantil. (5)

Bojanini y Gómez (2003), Colombia, en el estudio titulado: "Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes". Describieron los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes atendidas entre junio del 2000 y octubre de 2001, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en Medellín, Colombia, del total de pacientes atendidas el 28,6% eran adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Un porcentaje importante de pacientes no había hecho control prenatal. El 53,6% de las adolescentes presentaron parto pretérmino. En las adolescentes hubo menos preeclampsia

severa, pero más casos de eclampsia en general que en las adultas. La rotura prematura de membranas ovulares se presentó más frecuentemente en las adolescentes (6).

1.2. A nivel nacional

Bendezu y cols. (2014), Ica, en su estudio titulado: "Características y riesgos de gestantes adolescentes". Estableció la incidencia, riesgos y complicaciones del embarazo y parto en las adolescentes. Se estudió 177 adolescentes y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. Los resultados encontrados en las características obstétricas y perinatales dieron que el embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e ITU (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La desproporción feto pélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Concluyeron que el embarazo en la adolescencia tiene riesgo elevado de complicaciones (7).

Nakandakari y cols. (2013), Lima, en su revisión titulada: "Grado de instrucción de embarazadas adolescentes". Identificó el grado de instrucción de las embarazadas adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, 2012. Fue un estudio observacional, descriptivo, transversal. La población de estudio estuvo conformada por las embarazadas adolescentes del INMP, extrayéndose una muestra de 90 embarazadas adolescentes. La técnica fue de documentación y se analizaron los datos cuantitativamente usando los programas Microsoft Excel 2010 y SPSS 19. Resultados: De las 90 embarazadas adolescentes, el 45,2% tiene una secundaria incompleta. El 69,5% se encontraba entre los 17 y 19 años. El 66,1% eran convivientes y el 37,7% eran procedentes del cono este de Lima. Como conclusión, se identificó que el 53,8% de las embarazadas adolescentes, tienen un nivel educativo bajo y el 44% de las embarazadas adolescentes restantes se encuentran entre los grados de instrucción "secundaria completa", "superior" y "técnico". (8)

Peña y cols. (2011), Lima, en su estudio titulado: "Asociación entre el embarazo en la adolescencia y sus repercusiones adversas en la madre y su recién nacido en el Hospital Regional de Huacho, Perú". Evaluaron a 313 gestantes de 10 a 19 años y un grupo de no adolescentes conformado por 944 gestantes de 20 a 34 años. Las adolescentes tuvieron una edad media de $17,5 \pm 1,5$ años y las demás gestantes, $25,5 \pm 4$ años. La mayoría de las gestantes fue conviviente (65,5% y 67,1%, respectivamente) y con estudios secundarios concluidos (82,4% y 70,7%, respectivamente). Las patologías del embarazo más frecuentes fueron la infección del tracto urinario ($p=0,443$; $RR=1,07[0,90-1,27]$) y la anemia ($p=0,281$; $RR=0,89[0,72-1,10]$). Las entidades neonatales más frecuentes fueron el peso bajo al nacer ($p=0,011$; $RR=1,85 [1,15-2,98]$) y el puntaje APGAR bajo al primer minuto ($p=0,009$; $RR=1,81 [1,16-2,83]$). El embarazo en la adolescencia en la cohorte estudiada fue un factor de riesgo para el peso bajo al nacer, puntaje Apgar bajo al primer minuto, prematuridad, síndrome aspirativo y resultado perinatal adverso. No se encontró asociación con entidades patológicas obstétricas (9).

1.3.A nivel local

Valencia C. (2014), Aplao, en su revisión titulada: "Epidemiología del embarazo en adolescentes del Hospital Aplao periodo 2009-2013". Realizaron un estudio de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal. Resultados: La prevalencia de gestantes adolescentes fue de 18,3%. Con predominio de gestantes en la adolescencia tardía, que representan un 73,9% del total de gestantes adolescentes. El estado civil más prevalente en las gestantes fue conviviente en un 62,5%. El 72,4% de gestantes tenía un grado de instrucción secundario al momento de su gestación. El 65,6% eran de ocupación ama de casa. El 88,6% no usaba métodos anticonceptivos. La fase de adolescencia temprana fue la de más incidencia de inicio de relaciones sexuales. El mayor número de gestantes adolescentes que recibieron al menos un control prenatal fue en la adolescencia tardía. La morbilidad durante la gestación fue de 28,4%. El tipo de culminación de parto por cesárea fue de 34,1%. El diagnóstico principal para la indicación de cesárea fue desproporción feto pélvica, que representa el 31,5% del total de cesáreas en gestantes adolescentes. El 85,5% de recién nacidos tuvo un peso comprendido entre 2500 gr. y 4000 gr. (10).

Condo Ch. (2011), Arequipa, en su investigación titulada: "Estudio de complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes hospitalizadas en el servicio de obstetricia y ginecología del hospital Goyeneche en el año 2010". Realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo. Como resultado se presentó una incidencia de 16,17 gestantes adolescentes por cada 100 atenciones de gestantes. Las características de las adolescentes gestantes fueron instrucción secundaria (83,3%), nivel superior (10,3%) y primaria (6,3%), procedentes en su mayor parte de Arequipa (94,5%), de Cusco (3,6%); con respecto al control prenatal el 24,4% no tuvo ningún control prenatal, el 21,5% tuvo controles prenatales inadecuados y el 54,2% tuvo controles prenatales adecuados; el 74,2% de las adolescentes fueron nulíparas, y 10,9% primíparas; dentro de la morbilidad la infección urinaria fue la más frecuente con un 21,1%, la anemia con un 11,1% y vulvovaginitis con un 5,9%. En cuanto a las complicaciones durante el embarazo la de mayor frecuencia fue la enfermedad hipertensiva del embarazo con un 8,7%, en segundo lugar, rotura prematura de membranas con un 8,01% y oligoamnios con un 4,1%. El tipo de parto fue de 73,5% por vía vaginal y 26,4% cesárea, con relación a la cesárea se observó que la distocia ósea fue la más frecuente 32,8%, seguida de la desproporción feto pélvica en 31,58%; las complicaciones del trabajo de parto prolongado fueron de un 18%, expulsivo prolongado (6,16%), desgarro perineal (3,1%); en el puerperio 91,6% no presentaron ninguna complicación, 1,7% endometritis, 1,04% mastitis y 2,4% retención de restos. Respecto al recién nacido la edad gestacional promedio fue de 37 a 41 semanas (94,8%), el peso (94,4%) fue adecuado para la edad gestacional, 2,4% con bajo peso y 2,49% con peso grande, el perímetro cefálico en un 90,6% es adecuado para la edad gestacional al igual que la talla en un 88,9%; se observó además que al nacer un 95,1% de ellos tuvo un APGAR de 7 a 10 al minuto, depresión moderada 2,07% y severamente deprimidos 1,7% (11).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las características maternas, obstétricas y complicaciones materno - perinatales de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes enero del 2018 – diciembre del 2019?

1. Objetivo General

- Identificar las características maternas, obstétricas y complicaciones materno - perinatales de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes enero del 2018 - diciembre del 2019.

2. Objetivos Específicos

- Determinar las características demográficas (fases de la adolescencia, estado civil, procedencia, grado de instrucción, deserción escolar) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes enero del 2018 - diciembre del 2019.
- Identificar las características obstétricas (paridad, control prenatal, parto según edad gestacional, tipo de parto) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes enero del 2018 - diciembre del 2019.
- Establecer el tipo de complicaciones obstétricas (durante el embarazo, el parto y el puerperio) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes enero del 2018 - diciembre del 2019.
- Determinar las características en los recién nacidos de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de Majes enero del 2018 - diciembre del 2019, según las fases de la adolescencia.

CAPITULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1.1. LA ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años (12). También se define como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por procesos específicos, propios e irrepetibles, con gran intensidad de los afectos y vivencias; de transformaciones importantes y de presión social para lograr metas específicas. Al respecto hay que decir que estos procesos se dan siempre en una determinada cultura, lo que define en cierta medida sus características específicas y su duración (13).

1.2. FASES DE LA ADOLESCENCIA

Se divide en tres fases:

❖ **Adolescencia Temprana:** De 10 a 13 años. Busca reunirse con sus pares o personas de su misma edad y fundamentalmente del mismo sexo, tiende a formar grupos con un tímido acercamiento hacia el sexo opuesto, son frecuentes las demostraciones de mal carácter con rabietas muchas veces abiertamente dirigida a los padres; en algunos casos estas manifestaciones pueden transformarse en conductas antisociales y delincuentes, que si son ocasionales, no implican necesariamente posteriores trastornos psicopatológicos, y en otros casos la alteración emocional se traduce por una retirada pasiva de los intereses o actividades habituales, encerrándose en sí mismo, recluyéndose en su habitación y presentando síntomas claros o enmascarados de tipo depresivo.

- ❖ **Adolescencia Media:** De 14 a 16 años. Busca separarse más de la familia en sus actividades; la búsqueda de amigos es más selectiva y pasa de las actividades de grupo a las de pareja; busca diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista; piensa de forma más abstracta y juega con ideas y pensamientos filosóficos; ahora su preocupación es la realidad interpersonal, sus ideas y la de los demás.
- ❖ **Adolescencia Tardía:** De 17 a 19 años. Las relaciones interpersonales son estables, con aproximación física y a veces contacto sexual. En el plano biológico y psicológico existe una mayor capacidad de compromiso, con el logro paralelo de la identidad, que implica una autoimagen estable; en lo cognitivo la capacidad de abstraer le permite planificar el futuro, preocuparse por estudiar, el trabajo, su vida en pareja, la relación con la familia vuelve a retomarse con una visión menos crítica y actitud menos beligerante hacia los padres.

1.3. DEFINICIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE

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 adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

1.4. LOS RIESGOS DE SALUD DE MADRES ADOLESCENTES:

Se pueden dividir en tres grandes grupos:

- a. **Sociales**, en algunos casos la adolescencia se ve obligada a dejar el hogar, interrumpir su educación, esto reduce la probabilidad de su empleo futuro y produce efectos económicos permanentes.
- b. **Físicos**, está bien documentado, que el parto antes de los 18 años conlleva a peligro de salud de la madre y del recién nacido, así también la mortalidad es mayor antes de los 20 años y decrece después de los 20.
- c. **Psicológicos**, el embarazo puede traer consigo problemas psicológicos tales como ansiedad, pérdida de valoración de su propia persona (19).

1.5. COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES:

a) Nutrición del Adolescente: En la adolescencia que aún está en fase activa de desarrollo y que, por tanto, es biológicamente inmadura, la demanda que impone el embarazo puede afectarla a ella y a su hijo, esto generalmente sucede en las jóvenes con menos de tres años post menárquicos, mientras que en las que están más maduras las repercusiones son menores. Se ha visto que las adolescentes entre los 10 y 15 años requieren un aporte calórico mayor, debido al crecimiento físico y puberal, teniendo la desnutrición una relación directa con un recién nacido de bajo peso al nacer y con mayor riesgo de secuelas neurológicas e incluso la muerte. Las gestantes precoces que se encuentran con sobrepeso u obesas, tiene mayores probabilidades de presentar Síndrome Hipertensivo del embarazo (20).

b) Escasa ganancia de peso materno: Las madres adolescentes con bajo peso, presentan más del 50% de riesgo de un recién nacido de bajo peso, variable que puede ser revertida si la madre gana peso durante el embarazo; se ha determinado que aquí se hace necesaria una ganancia de peso superior a la de la embarazada adulta para lograr un neonato con peso adecuado (21).

c) Aborto: Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gramos (22). Según un estudio el 32% de las madres refirieron al menos un aborto provocado que fue un antecedente desfavorable no solo para los futuros embarazos, sino por el riesgo que implica para la vida misma de la adolescente que se lo practique; con respecto al aborto espontáneo su frecuencia fue del 6,3%, pero la magnitud real de este problema se desconoce (23).

d) Amenaza de aborto: La amenaza de aborto implica un riesgo de que ocurra la expulsión fetal, independiente de si ha ocurrido muerte fetal o no. Clínicamente se puede reconocer por la presencia de sangrado genital de magnitud variable, desde una secreción mucosa-hemática hasta un sangrado franco, que pone en riesgo la estabilidad hemodinámica. El

sangrado suele ser fresco, de color rojo rutilante, y acompañado de dolor suprapúbico de tipo contracción con abdomen bajo y región lumbosacra (24).

- e) Amenaza de parto pretérmino:** Consiste en la presencia de contracciones uterinas dolorosas de 1 cada 10 minutos durante 1 hora sin cambios cervicales. Se define como parto pretérmino al proceso del nacimiento que ocurre después de la semana 20 y antes de la semana 37 de gestación. Con la presencia de por lo menos 6 contracciones uterinas en una hora, acompañada de cambios cervicales en un embarazo menor de 37 semanas. Cambios cervicales se define a la presencia de una incorporación mayor de 80% y dilatación mayor de 2cm. (20). La adolescencia es un factor de riesgo para el parto pretérmino, la prematuridad también contribuye a una serie de condiciones presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones (25,26).
- f) Infección del tracto urinario:** Es frecuente en el embarazo adolescente, en la gran mayoría de los estudios la ubican entre los primeros lugares dentro de las complicaciones (25). Las infecciones urinarias son frecuentes durante el embarazo, incluyendo la bacteriuria asintomática, uretritis, cistitis y pielonefritis. Los gérmenes son en general gramnegativos (80% Escherichia coli), en menor proporción Proteus, Klebsiella y Aerobacter. El 5 al 15% corresponde a grampositivos, frecuentemente los estafilococos. La vía de infección predominante es por ascenso de gérmenes de vejiga, aparato genital o región perineal (22).
- g) Vulvovaginitis:** Se trata de procesos sépticos no invasivos, localizados en vagina y vulva, que tiene en común la existencia de leucorrea acompañada de prurito, ardor y en ocasiones de dispareunia. Los agentes más frecuentes de vulvovaginitis son: Trichomonas vaginales, Candida albicans y Gardnerella o Haemophilus vaginales (28).
- h) Condilomatosis:** Son formaciones excrecentes producidas por infección genital por el virus del Papiloma Humano (HPV). Su tamaño es variable, pueden dificultar el parto por vía vaginal. Aumentando el riesgo de padecer en el niño papilomatosis respiratoria recurrente de inicio juvenil (27).

- i) Anemia:** Es la disminución del volumen de hematíes reflejado en el hemograma mediante el número de hematíes, el hematocrito y la concentración de hemoglobina. El mayor aumento del volumen plasmático respecto del eritrocito ocasiona una anemia por hemodilución fisiológica durante el embarazo. Se considera criterio diagnóstico de anemia: hemoglobina menor de 11g/dl o un hematocrito inferior a 32%. Utilizando estos criterios, se considera que hasta un 50% de las mujeres gestantes padecen anemia. La anemia durante el embarazo se ha asociado a parto pretérmino y bajo peso al nacer. Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados (27).
- j) Oligoamnios:** Es definido como el volumen de líquido amniótico por debajo de la media en 2 DS para cualquier edad gestacional. A menudo constituye una de las primeras claves de una anomalía fetal subyacente o estado patológico materno. La disminución significativa del líquido amniótico se correlaciona con un aumento en la morbimortalidad perinatal y presenta una frecuencia del 3-5% de las gestaciones (30).
- k) Enfermedad hipertensiva del embarazo:** Hace referencia a la hipertensión que se inicia o diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa. La diferenciación entre la hipertensión gestacional y preeclampsia es esencial, ya que la preeclampsia es una enfermedad grave con importantes repercusiones perinatales, mientras que la hipertensión gestacional presenta una hipertensión normalmente leve con resultados perinatales similares a la población de gestantes normales. La presencia de proteinuria es el signo diferencial entre ambas entidades. Aproximadamente, sólo el 20% de las pacientes que consultan por hipertensión presentarán criterios de preeclampsia, mientras que el resto serán clasificadas como hipertensión gestacional (30).
- l) Preeclampsia:** Se define como la hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y que acompaña de proteinuria significativa, denominándose eclampsia cuando la hipertensión se acompaña de convulsiones o coma. (24). De los estados hipertensivos gestacionales es bien conocido que se presentan con mayor frecuencia en los extremos de la vida dependiendo de qué entidad se haga referencia. La preeclampsia es

más frecuente en las embarazadas jóvenes, bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que se reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas (23).

m) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI): Es la separación de la placenta de su inserción en la decidua previa al nacimiento fetal. Su presentación más frecuente se sitúa en el tercer trimestre de gestación, aunque se puede presentar desde el comienzo de la viabilidad fetal, es decir, desde la semana 24, e incluso antes. Su prevalencia se sitúa en torno al 0,8% de las gestaciones. La variedad de presentaciones es muy amplia, desde casos pequeños y asintomáticos que se descubren en el alumbramiento hasta casos graves con grandes complicaciones materno-fetales (un caso de cada 500 gestaciones). El DPPNI es una de las causas más frecuentes de hemorragias del tercer trimestre. Presenta una mortalidad perinatal elevada, aproximadamente el 25% debido fundamentalmente a la anoxia fetal, la hemorragia fetal y la prematuridad.

n) Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU): Se define como la situación que provoca un peso neonatal por debajo del percentil 10 para la edad gestacional. Dentro de este grupo de fetos con un peso por debajo del percentil 10 se pueden diferenciar dos subgrupos claramente diferentes. Dos terceras partes son fetos normales que no tiene una patología del crecimiento son "constitucionalmente pequeños" y una tercera parte son fetos con una patología del crecimiento. Los recién nacidos con RCIU patológico tienen un mayor riesgo de morbilidad perinatal, así como posibles repercusiones neonatales, en la infancia y en la vida adulta (hipertensión arterial, coronariopatías entre otras). Por tanto, es muy importante hacer un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

o) Embarazo prolongado: Se define como la duración que alcanza o supera los 294 días contados a partir de la fecha de la última menstruación, o lo que es lo mismo, aquel que cumple las 42 semanas de gestación, esto constituye una patología que genera un incremento en la morbilidad materna y perinatal.

p) Ruptura prematura de membranas (RPM): Es una complicación obstétrica que se define como la ruptura espontánea de corioamnios antes del inicio

del parto y después de las 22 semanas de gestación. RPM prologando es también definido como una rotura prematura de membranas mayores a 24 horas.

q) Diabetes gestacional: También se encuentra en gestantes adolescentes, pero es de baja frecuencia, siendo más frecuente en las embarazadas adultas (24).

1.6. COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO:

Mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción feto pélvica y de distocias de presentación.

Una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto por uso de fórceps como de cesáreas, tienen un mayor riesgo de culminar con desgarros perineales que pueden clasificarse en grados, donde el primer grado solo afecta a los tejidos superficiales; el de segundo grado, a todo el cuerpo perineal sin alcanzar el esfínter anal; el de tercer grado, todo lo anterior agregándose la musculatura perineal y como último el de cuarto grado que se extiende a toda la mucosa anorrectal y exponiendo la luz del recto.

Estas complicaciones están dadas principalmente por la condición de inmadurez de las adolescentes, manifestándose en una estrechez de canal blando; además de las lesiones anatómicas donde hay una mayor probabilidad de hemorragias e infecciones durante el parto. Además, la gestante adolescente constituye un riesgo para que el nacimiento de los bebés se realice por inducción, ya que se plantea que al existir poco desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal es necesario que el parto se desencadene artificialmente, esto es máximo cuando el embarazo se produce cerca del comienzo de la menarquía.

1.7. CESÁREA:

La cesárea tiene por objetivo la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y el útero.

Frecuencia: Es muy variable (30). La mayor o menor frecuencia de cesárea en los hospitales podemos atribuirla al tipo de población que se le asiste, a la prevalencia de alguna patología, a los procedimientos propios de cada establecimiento de salud y a la calidad de sus profesionales (31).

Epidemiología: Por diferentes razones se ha incrementado la frecuencia de esta vía de nacimiento. No obstante, el riesgo materno fetal persiste y es de 3 a 4 veces mayor que en el parto vaginal.

Clasificación:

A. De acuerdo con los antecedentes obstétricos se clasifican en:

- a) Primaria: Es la que se realiza por primera vez.
- b) Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas.

B. De acuerdo con el momento de su realización pueden ser:

- a) Urgente: Cuando la elección de la cesárea se hace durante el trabajo de parto, se refiere más a lo imprevisible del momento en que se hace la indicación y a la falta de preparación de la madre para un acto quirúrgico.
- b) Programada: También llamada profiláctica o electiva, la indicación se da durante el control prenatal esto permite tomar las precauciones necesarias para una preparación adecuada de la embarazada y la realización de la operación antes del trabajo de parto.

1.8. INDICACIONES DE CESÁREA:

A. Maternas:

- Patologías locales: Distocia ósea, distocias dinámicas, distocias de partes blandas, tumores previos, rotura uterina, cesárea anterior, plastias vaginales previas, herpes genital activo.
- Patologías sistémicas: Preeclampsia, hipertensión crónica grave, nefropatía crónica, tuberculosis pulmonar.
- Fracaso de la inducción.

B. Fetales:

- Distocia de presentación

- Presentación cefálica deflexionada: modalidad cara frente y bregma
- Presentación pelviana con feto único al término de la gestación
- Situación transversa.
- Macrosomía fetal.
- Vitalidad fetal comprometida: Sufrimiento fetal agudo, restricción del crecimiento intrauterino, enfermedad hemolítica fetal grave, muerte habitual del feto.

C. Materno Fetales: Desproporción feto pélvica y parto detenido.

D. Ovulares:

- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta.
- Anomalías del cordón mismo: Nudos, torsiones exageradas, anomalías de los vasos.
- Anomalías de longitud del cordón.
- Anomalías de inserción del cordón.
- Anomalías de ubicación del cordón en relación con el feto: Circulares del cordón umbilical al cuerpo del feto, prociencia del cordón.

1.9. COMPLICACIONES EN RECIÉN NACIDOS EN EMBARAZOS ADOLESCENTES

Una de las herramientas que nos ayuda a evidenciar que el recién nacido se encuentra estable es el Test de APGAR:

- El puntaje de 10 – 7 se considera que el recién nacido está en buenas condiciones.
- El puntaje de 6 – 4 representa una depresión moderada que indica que el recién nacido no se está adaptando adecuadamente por lo que necesita maniobras para ayudarlo.
- El puntaje de 3 – 0 señala depresión severa donde el recién nacido necesita reanimación (33).

En diferentes estudios, se menciona que las complicaciones neonatales son mayores en hijos de madres adolescentes; se señala que tienen el doble de posibilidad de presentar alguna patología (34).

En la mayoría de los estudios, se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de peso bajo al nacer, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente; el peso bajo está dado tanto por la condición de prematuro como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) (34).

Gestantes adolescentes sin cuidado prenatal presentan: mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, retardo de crecimiento intrauterino, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, recién nacido pequeño para la edad de gestación, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, muerte neonatal y muerte perinatal (35,36).

1.10. CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

Los factores más determinantes de la sobrevivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional, el peso y la relación peso/edad gestacional. Considerando estos tres parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera (37).

Según edad gestacional:

- Recién nacido a término (RNT): Aquellos nacidos con 37 semanas de gestación y menos de 42 semanas de gestación.
- Recién nacido pretérmino (RNPT): Aquellos nacidos con menos de 37 semanas.
- Recién nacido postérmino (RNPT): Aquellos nacidos con más de 42 semanas de gestación.

Según peso de nacimiento (PN)

- Recién nacido de muy alto peso (RNMAP): Peso de 4500 gr. a más.
- Recién nacido de alto peso o macrosómico (RNAP): Peso de 4000 gr o más.
- Recién nacido de peso adecuado (RNPA): Peso de 2500 a 3999 gr.
- Recién nacido de bajo peso (RNBP): Peso inferior a los 2500 gr.

- Recién nacido de muy bajo peso (RNMBP): Peso inferior a los 1500 gr.
- Recién nacido de peso extremadamente bajo o diminuto (RNEBP): Peso inferior a 1000 gr. (37).

Estos dos últimos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo (36).

Según si su peso es adecuado o no para su edad gestaciones

- Adecuado para la edad gestacional (AEG): Cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
- Pequeños para la edad gestacional (PEG): Cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- Grandes para la edad gestacional (GEG): Cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI (38,39).

1.11. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO:

Cabe mencionar que en estudios la anemia se encontró en primer lugar, luego se encuentra a la endometritis que se relaciona con el aumento de infección vaginal, por la mayor frecuencia de desgarros genitales (32,40). Asimismo, mismo se describen las siguientes complicaciones:

La episiotomía: No es una práctica rutinaria, sólo cuando hay indicación que consiste en la ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando del parto. Tiene como objetivo ensanchar el tercio inferior de vagina, anillo vulvar y periné, para de esta manera acortar el expulsivo y evitar desgarros de III y IV grado (24).

Hemorragia posparto: Se define como el sangrado vaginal excesivo mayor de 500 a 700ml y se divide en hemorragia post parto precoz, antes de las 24 horas y tardía, de 24 horas a 6 semanas postparto, aparece en un 5-8% de los partos.

Infección post parto y puerperal: Se considera fiebre puerperal a la temperatura superior a 38° centígrados en dos tomas separadas, entre los días 2 a 10 y es el signo guía de infección puerperal.

La endometritis suele aparecer entre el segundo y tercer día post parto.

El recién nacido de la madre adolescente no tiene diferencias significativas con relación a los de mujeres adultas, aunque pueden existir diferencias en cuanto a los de madres menores de 15 años. Se pueden citar:

- Internación en neonatología: Sin diferencia entre las edades de las adolescentes.
- Malformaciones: mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años, respecto a las de mayor edad, siendo los del cierre del tubo neural los defectos más frecuentes y con un número importante de retraso mental de por vida.
- Mortalidad perinatal: Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad.
- Recién nacido con bajo peso al nacimiento pre término o por ser pequeño para la edad gestacional.

Las afecciones maternas y perinatales son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y sobre todo en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (27).

CAPITULO II

MÉTODOS

2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Central de Majes de la provincia de Caylloma departamento Arequipa; durante los meses de enero y diciembre del año 2018 y 2019.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La muestra estuvo constituida por 199 gestantes adolescentes. Dicha muestra fue calculada del universo de 413 gestantes adolescentes cuyo parto fueron atendidos en el servicio de obstetricia del Hospital Central de Majes de la provincia de Caylloma departamento Arequipa; durante los meses de enero y diciembre del año 2018 y 2019.

Criterios de inclusión:

- Gestantes adolescentes (de 10 a 19 años) cuyo parto fueron atendidos en el servicio de obstetricia de enero a diciembre del año 2018 y 2019

Criterios de exclusión:

- Pacientes adolescentes con historias clínicas que presenten patologías crónicas previas a la gestación.
- Pacientes adolescentes que durante el tiempo de gestación les realizaron legrado uterino por óbito fetal, aborto.
- Pacientes adolescentes con historias clínicas ilegibles e incomprensibles.
- Pacientes adolescentes con historias clínicas incompletas o extraviadas.

2.3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

A. Diseño muestral: El grupo de estudio estuvo conformado por 119 gestantes adolescentes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Majes. El tipo de muestreo que se utilizó para la muestra fue el no probabilístico por conveniencia.

B. Tipo de estudio: La presente investigación es un estudio observacional, retrospectivo y transversal, según Douglas Altman.

C. Producción y registro de datos:

La información para la realización del presente estudio se recolectó directamente de historias clínicas de las gestantes adolescentes cuyo parto fue atendido en el servicio de obstetricia del Hospital Central de Majes de la provincia de Caylloma departamento de Arequipa; durante los meses de enero a diciembre del año 2018 y 2019 para lo cual se utilizó una ficha de recolección de datos (anexo 3), en la cual estuvieron consignados los aspectos a considerar del objetivo general del presente estudio. Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

D. Análisis estadístico:

La recolección de datos fue ordenada en la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2019. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva determinándose para los datos cualitativos en tablas de frecuencias absolutas y relativas en porcentajes, para su elaboración se usó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión número 25.0 para Windows.

E. Consideraciones éticas

Se solicitó la autorización del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Majes para la revisión correspondiente de historias clínicas de las gestantes adolescente de los años 2018 – 2019, en coordinación con los encargados de dicho servicio.

Esta investigación se rigió bajo las normas éticas y Declaraciones de Helsinki; que establecen:

- Anonimato, es decir se mantendrá en reserva la identificación de cada uno de las adolescentes que formaran parte del estudio.
- Confidencialidad, la información será exclusivamente para la investigación de acuerdo a los objetivos propuestos.
- Veracidad los datos serán transcritos de forma idéntica a como fueron registrados durante la atención de las adolescentes del Hospital Central de Majes.

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 1

**FASES DE LA ADOLESCENCIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES PERIODO
2018-2019**

FASES DE LA ADOLESCENCIA	N°	(%)
Temprana*	7	3,5
Media*	47	23,6
Tardía*	145	72,9
TOTAL	199	100,0

*Fases de la adolescencia:

- temprana comprende de 10 a 13 años de edad
- Media comprende de 14 a 16 años de edad
- Tardía comprende de 17 a 19 años de edad

TABLA N° 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN LAS FASES DE LA ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

	ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESCENCIA TARDÍA		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
ESTADO CIVIL								
Soltera	7	100,0	38	80,9	15	10,3	60	30,2
Conviviente	0	0,0	9	19,1	111	76,6	120	60,3
Casada	0	0,0	0	0,0	19	13,1	19	9,5
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0
PROCEDENCIA								
Urbano	2	28,6	14	29,8	63	43,4	79	39,7
Urbano Marginal	4	57,1	27	57,4	67	46,2	98	49,2
Rural	1	14,3	6	12,8	15	10,3	22	11,1
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Analfabeta	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,5
Primaria Incompleta	0	0,0	0	0,0	2	1,4	2	1,0
Primaria Completa	0	0,0	3	6,4	10	6,9	13	6,5
Secundaria Incompleta	7	100,0	40	85,1	56	38,6	103	51,8
Secundaria Completa	0	0,0	4	8,5	56	38,6	60	30,2
Técnico Superior	0	0,0	0	0,0	15	10,3	15	7,5
Superior	0	0,0	0	0,0	5	3,4	5	2,5
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0
DESERCIÓN ESCOLAR								
Si	0	0,0	27	57,4	70	48,3	97	48,7
No	7	100,0	20	42,6	75	51,7	102	51,3
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0

TABLA N° 3

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS SEGÚN LAS FASES DE LA ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

	ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESCENCIA TARDÍA		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
PARIDAD								
Nulípara	7	100,0	41	87,2	110	75,9	158	79,4
Primípara	0	0,0	5	10,6	31	21,4	36	18,1
Múltipara	0	0,0	1	2,1	4	2,8	5	2,5
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0
CONTROL PRENATAL								
0	0	0,0	3	6,4	1	0,7	4	2,0
1-5	1	14,3	10	21,3	28	19,3	39	19,6
≥ 6	6	85,7	34	72,3	116	80,0	156	78,4
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0
PARTO SEGÚN EDAD GESTACIONAL								
Pretérmino	0	0,0	4	8,5	4	2,8	8	4,0
A término	7	100,0	43	91,5	140	96,6	190	95,5
Postérmino	0	0,0	0	0,0	1	0,7	1	0,5
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0

TABLA N° 4
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO SEGÚN LAS FASES DE LA
ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

COMPLICACIONES	ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESCENCIA TARDÍA		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
Si	6	85,6	36	76,6	74	51,0	116	58,3
No	1	14,3	11	23,4	71	49,0	83	41,7
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0

TABLA N° 5

TIPOS DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO SEGÚN LAS FASES DE LA ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

COMPLICACIÓN	ADOLESCENCIA TEMPRANA (N=6) *		ADOLESCENCIA MEDIA (N=36) *		ADOLESCENCIA TARDÍA (N=74) *	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
	ITU^a	3	50	15	41,7	23
Amenaza de Aborto	1	16,7	6	16,7	13	17,6
Anemia	0	0	3	8,3	15	20,3
RPM^b	0	0	4	11,1	6	8,1
Sangrado Transvaginal	0	0	4	11,1	5	6,8
Vulvovaginitis	0	0	2	5,6	5	6,8
Oligoamnios	0	0	1	2,8	4	5,4
RCIU^c	2	33,3	1	2,8	1	1,4
Preeclampsia	0	0	0	0	3	4,1

a: Infección del Tracto Urinario

b: Ruptura Prematura de Membranas

c: Restricción del Crecimiento Intrauterino

*Se consideró un total de 116 personas correspondientes a las pacientes que si tuvieron complicación durante el embarazo

TABLA N° 6
TIPO DE PARTO SEGÚN LAS FASES DE LA ADOLESCENCIA DE LAS
GESTANTES

TIPO DE PARTO	ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESCENCIA TARDÍA		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
Vaginal	1	14,3	20	42,6	92	63,4	113	56,8
Cesárea	6	85,7	27	57,4	53	36,6	86	43,2
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0

TABLA N° 7
INDICACIONES DE CESÁREA DE GESTANTES ADOLESCENTES

INDICACIONES	N=86	(%)
DFP^a	38	44,2
RPM^b	9	10,5
Cesareada Anterior	8	9,3
Macrosomía Fetal	6	7
Talla Baja Materna	6	7
Preeclampsia	5	5,8
Dilatación Estacionaria	4	4,7
Sufrimiento Fetal	4	4,7
Inducción Fallida	3	3,5
Oligoamnios	2	2,3
Placenta Previa	1	1,2

a: Desproporción Feto Pélvica

b: Ruptura Prematura de Membranas

*Se consideró un total de 86 personas correspondientes a las pacientes que fueron cesareadas

TABLA N° 8
COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO SEGÚN LAS FASES DE LA
ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

COMPLICACIONES	ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESCENCIA TARDÍA		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
	Si	0	0,0	13	27,7	52	35,9	65
No	7	100,0	34	72,3	93	64,1	134	67,3
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0

TABLA N° 9

TIPOS DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO SEGÚN LAS FASES DE LA ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

COMPLICACIÓN	ADOLESCENCIA TEMPRANA (N=0)*		ADOLESCENCIA MEDIA (N=13)*		ADOLESCENCIA TARDÍA (N=52)*	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
	Desgarro Perineal de grado 1	0	0,0	8	61,5	22
Sangrado Postparto	0	0,0	0	0	14	26,9
Distocia de hombros	0	0,0	1	7,7	4	7,7
Parto Precipitado	0	0,0	0	0	4	7,7
Dilatación Estacionaria	0	0,0	1	7,7	3	5,8
Atonía Uterina	0	0,0	1	7,7	2	3,8
Expulsión Prolongada	0	0,0	1	7,7	2	3,8
Ruptura Uterina	0	0,0	1	7,7	1	1,9
Inducción Fallida	0	0,0	0	0	1	1,9

*Se consideró un total de 65 personas correspondientes a las pacientes que si tuvieron complicación durante el parto

TABLA N° 10
COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO SEGÚN LAS FASES DE LA
ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

COMPLICACIONES	ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESCENCIA TARDÍA		TOTAL	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
	Si	6	85,7	26	55,3	61	42,1	93
No	1	14,3	21	44,7	84	57,9	106	53,3
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0

TABLA N° 11

TIPOS DE COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO SEGÚN LAS FASES DE LA ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

COMPLICACIÓN	ADOLESCENCIA TEMPRANA (N=6)*		ADOLESCENCIA MEDIA (N=26)*		ADOLESCENCIA TARDÍA (N=61)*	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
	Anemia postparto	1	16,7	16	61,5	37
Infección de Herida Operatoria	4	66,7	3	11,5	4	6,6
Mastitis	0	0	2	7,7	8	13,1
ITU^a	0	0	3	11,5	5	8,2
Sangrado Postparto	0	0	1	3,8	3	4,9
Retención de Restos Placentarios	1	16,7	0	0	3	4,9
Atonía Uterina	0	0	0	0	1	1,6
Endometritis	0	0	1	3,8	0	0

a: Infección del Tracto Urinario

*Se consideró un total de 93 personas correspondientes a las pacientes que si tuvieron complicación durante el puerperio

TABLA N° 12
APGAR DE LOS RECIÉN NACIDOS AL MINUTO SEGÚN LA FASE DE LA
ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES

COMPLICACIONES	ADOLESCENCIA TEMPRANA		ADOLESCENCIA MEDIA		ADOLESCENCIA TARDÍA		TOTAL	
	1'		1'		1'		1'	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
	7-10*	7	100,0	44	93,6	142	97,9	193
4-6*	0	0,0	2	4,3	2	1,4	4	2,0
0-3*	0	0,0	1	2,1	1	0,7	2	1,0
TOTAL	7	100,0	47	100,0	145	100,0	199	100,0

* Puntaje APGAR

- 7-10 = Buenas condiciones
- 4-6 = Depresión moderada
- 0-3 = Depresión severa

TABLA N° 13

**PROMEDIO DEL PESO, TALLA Y PERÍMETRO CEFÁLICO DEL RECIÉN
NACIDO SEGÚN LAS FASES DE LA ADOLESCENCIA DE LAS GESTANTES**

PESO, TALLA Y PC (PROMEDIO)	ADOLESCENCIA TEMPRANA	ADOLESCENCIA MEDIA	ADOLESCENCIA TARDÍA
Peso (gr)	2982,86	3337,02	3426,66
Talla (cm)	48,50	49,05	49,60
Perímetro Cefálico (cm)	33,29	33,89	34,31

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Se presentan los resultados del estudio “Características maternas obstétricas y complicaciones materno perinatales de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Central de Majes”.

En la Tabla N° 1, se observa que la mayor frecuencia se da en el grupo de adolescentes tardías con un 72,9%, seguida de adolescentes medias con 23,6% y una frecuencia de 3,5% en la Adolescencia Temprana, comparado con lo reportado por Espín y León (41) que fue de 56% en la fase tardía y 44% en la fase media, estos resultados se explican por las características, socio-económicas y culturales de nuestra población ya que a esa edad consolidan su identidad.

En la tabla N° 2, el 60,3% de adolescentes gestantes son de estado civil conviviente y un 30,2% son madres solteras, en comparación al 9,5% que son casadas. El alto porcentaje de madres solteras, se explicaría por las deficientes condiciones socio-económicas que presentan, además de ser una población urbano-marginal y rural, en la que últimamente se está viendo una pérdida de valores en nuestra sociedad, la cual condicionaría el embarazo en adolescentes.

En relación a la procedencia se tiene que el 49,2% de las gestantes adolescentes son procedentes de la zona urbano marginal, el 39,69% son de la zona urbana, mientras que un 11,1% pertenecen a la zona rural, donde la mayoría son de una zona urbano marginal y rural, esto se da porque Majes se caracteriza por ser un distrito agrícola, en donde la mayoría de la población son trabajadores del campo.

En cuanto al grado de instrucción se tiene que el 51,8% de gestantes adolescentes tienen secundaria incompleta, el 30,2% tienen secundaria completa, el 6,5% tienen primaria completa, mientras que el 0,5% son analfabetas. Cifras cercanas a lo reportado en dos estudios: uno en Cuba por Espín y León (40) en el que el 80% de

su muestra presentó nivel escolar secundario y el 6% primario; y el otro a nivel local por Condo Ch. (11) se presentó un nivel de instrucción secundaria de 83,33% y primaria de 6,33%. Se evidencia en la población de estudio que hay un alto porcentaje de ver truncada la culminación de la secundaria debido al embarazo y al nuevo rol de ser madre, tal vez por una falta de motivación y apoyo a la gestante adolescente para terminar sus estudios escolares. Lo que se evidencia en el 48,7% del total de la muestra que presentó deserción escolar, siendo esto una desventaja para las adolescentes que dejaron de estudiar a causa del embarazo ya que se dedican a actividades domésticas, trabajo, etc., interrumpiendo así su desarrollo sociocultural y económico.

En la Tabla N° 3, se observa que en las tres fases de la adolescencia: temprana 100%, media con 87,2% y tardía con 75,9%, siendo la paridad de nulíparas las más frecuentes, teniendo un promedio total de 79,4%, seguido del grupo de primíparas con un 18,1%. En el estudio realizado por Condo Ch. (11) reporta que el 74,24% de las adolescentes fueron nulíparas y 10,91% primíparas, resultados similares fueron encontrados en el presente estudio. En la actualidad las adolescentes en el distrito de Majes de la provincia de Caylloma tienen mayores probabilidades de tener embarazos, en relación con un inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales.

En relación al control prenatal se tiene que el 78,4% tuvieron 6 o más controles, el 19,6% se realizaron de 1 a 5 controles y el 2% no tuvieron controles. Condo Ch. (11) reporta que el 24,4% no tuvieron controles prenatales, el 21,52% tuvieron un control inadecuado y el 54,24 % se realizaron un control prenatal adecuado, de lo señalado se puede interpolar que se ha mejorado un adecuado control prenatal y se ha disminuido significativamente el porcentaje del no control prenatal, esto se explicaría gracias a la mayor difusión de los beneficios de estos controles por el sector salud en los últimos años.

El 95,5% de gestantes adolescentes presentó un parto a término, un 4% fue pretérmino y 0.5% fue postérmino; datos cercanos al estudio de Germain y Oyarsun (43) donde indica que el 9,3% de gestantes adolescentes presentaron parto pretérmino, llegando a la conclusión que a menor edad materna menor edad gestacional. Nos percatamos que la edad gestacional del parto prematuro en la

población de gestantes adolescentes está en relación a la edad de la madre, existiendo mayor riesgo en partos prematuros, porque no se ha completado la maduración física, psíquica y social.

En la Tabla N° 4 y 5, en relación a la presentación de complicaciones durante el embarazo, el 58,3% de las gestantes adolescentes las presentaron. Teniendo mayor frecuencia, el grupo de adolescencia temprana (85,6%) y de menor frecuencia, el grupo de adolescencia tardía (51%). Esto se explica porque el grupo de adolescencia temprana no ha logrado completar el desarrollo físico, psíquico y social. Dentro de estas complicaciones el de mayor frecuencia en los tres grupos fue la infección del tracto urinario (ITU), presentándose en un 50% en la adolescencia temprana, lo cual se explica por el deficiente control prenatal, relaciones sexuales sin la educación sanitaria correspondiente y la mala higiene. Estudios similares son los de Espín y León (41) donde la ITU se presentó en un 34%, y Condo Ch. (11) que le asigna un 21,1%. Esta diferencia de porcentajes puede deberse como se ha señalado a la deficiente educación de la población femenina en cuanto a la higiene y el buen cuidado.

En la tabla N° 6 y 7, se observa en las adolescentes que el 56,8% de los parto fue por vía vaginal y el 43,2% fue por cesárea; cuya frecuencia es mayor a la reportada en Estados Unidos (32,8%) según Cunningham F. (31), observándose además que el tipo de parto vaginal fue más frecuente en la fase de la adolescencia tardía; por haber alcanzado un mayor desarrollo, mientras que en las fases de la adolescencia temprana y media fueron en su mayoría cesáreas (85,7% y 57,4% respectivamente). Explicándose por no haber logrado una madurez física-psíquica, sobre todo en la adolescencia temprana. Estudios como el de Valencia C. (10) donde el 65,9% de partos fueron vaginales y el 34,1% fueron cesáreas; mientras que en lo hallado por Condo Ch. (11), el 73,52% fue por vía vaginal y el 26.48% por cesárea. En nuestro estudio se aprecia claramente un incremento en el número de cesáreas practicadas. Con relación a la indicación de cesárea se encontró que la principal indicación fue desproporción feto pélvica en un 44,2% y RPM en un 10,5% similar a lo encontrado por Condo Ch. (11) donde la desproporción feto pélvica fue la más frecuente en un 32.89% que se explicaría porque aún no se ha completado el desarrollo óseo de la pelvis materna.

En la tabla N° 8 y 9, se observa que el parto en las adolescentes, presentaron un 32,7% de complicaciones, siendo el grupo de la fase de la adolescencia tardía el que presentó el mayor número de complicaciones. Así también la complicación más frecuente fue el desgarro perineal de grado 1 con un 61,5% que se presentó en la fase de la adolescencia media y el sangrado postparto con 26,9% en la fase de la adolescencia tardía. Cifra relativamente similar al estudio de Robayo W. (44) donde se evidenció como complicación durante el parto un 65% de desgarro perineal en gestantes adolescentes y un 28% de sangrado postparto. En lo que respecta a nuestro estudio se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que puede sufrir respecto al parto, debido principalmente a una falta de desarrollo de las partes blandas, lo cual condicionaría una mayor incidencia de desgarros y mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné.

En la tabla N° 10 y 11, respecto a las adolescentes que presentaron complicaciones en el puerperio, se encontró que un 46,7% tuvieron complicaciones; dentro de estas complicaciones la más frecuente fue la anemia postparto con un 61,5% en la fase de la adolescencia media y 60,7% en la fase de la adolescencia tardía. Según estudio de Palomino A. (46) se encontró una población aproximada de 115 pacientes puérperas adolescentes, 57 pacientes puérperas de entre 10 y 19 años, con una edad media de 17.31 años, padecían anemia en grados leve, moderado y severo, tanto de parto vaginal como de parto por cesárea, es decir 49,57% de dicha población presentó anemia en el puerperio. Lo cual en este estudio nos indicaría que al parecer hay una necesidad de mejorar el manejo y control del puerperio en nuestro hospital.

En la tabla N° 12 y 13, en relación al recién nacido, el 97% nació con un APGAR normal o buenas condiciones al minuto y un 1% nació con un APGAR con depresión severa, cifras similares a las encontradas en el estudio de Condo Ch. (11) donde reportó que el 95,2% de ellos tuvo un APGAR de 7 a 10 al minuto y que el 4,8% nacieron deprimidos semejante a lo encontrado en nuestro estudio. En cuanto al peso de los recién nacidos, los tres grupos presentaron un peso normal, con un promedio en la fase de adolescencia temprana de 2982,86 gr., adolescencia media de 3337,02 gr. y adolescencia tardía de 3426,66 gr., esto nos hace ver que en el

presente estudio no se presentó el peso bajo al nacer de los recién nacidos. En lo referente a la talla y el perímetro cefálico estos fueron también adecuados en los tres grupos. Con respecto al estudio volvemos a encontrar que a mayor edad de la madre adolescente mayor será el peso, talla, perímetro cefálico de su recién nacido, mientras que a menor edad de la madre adolescente menor es el peso, talla y perímetro cefálico del recién nacido en el Hospital Central de Majes.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. De las 199 gestantes adolescentes se hallaron que el 72,9% pertenecen a la adolescencia tardía, el 60,3% eran convivientes y el 51,8% tenían secundaria incompleta, presentándose además un 48,7% de deserción escolar. Siendo el 49,2% procedentes de la zona urbano marginal de la ciudad de Majes.
2. El 79,4% del total de gestantes adolescentes son nulíparas, cuyos controles prenatales fueron adecuados el 78,4%, siendo el 95,5% de parto a término y registrándose con mayor frecuencia el tipo de parto vaginal (56,8%). Dentro de las indicaciones para cesárea, predominó con un 44,2% la desproporción feto pélvica.
3. El 58,3% de gestantes presentaron complicaciones en el embarazo, de las cuales prevaleció la ITU (41,7% en adolescentes de fase media y 31,1% en la fase tardía). El 32,7% de gestantes presentaron complicaciones durante el parto donde predominó el desgarro perineal (61,5% en adolescentes de fase media y 42,3% en la fase tardía). Asimismo, 46,7% de gestantes presentaron complicaciones durante el puerperio, donde sobresalió la anemia postparto (61,5% en adolescentes de fase media y 60,7% en la fase tardía).
4. Dentro de las características de los recién nacidos, el 97% de gestantes adolescentes presentó un APGAR en buenas condiciones (7 a 10 al minuto). Así mismo el promedio tanto de peso, talla y perímetro cefálico del recién nacido fueron considerados como adecuados.

RECOMENDACIONES

1. Crear dentro del servicio de obstetricia del Hospital Central de Majes de la provincia de Caylloma, un ambiente especial para esta población de gestantes adolescentes, como en la mayor parte de hospitales que se han construido ya hace algunos años, para así poder brindarles una atención multidisciplinaria en conjunto a este grupo.
2. Realizar campañas de información a los adolescentes acerca de planificación familiar, métodos anticonceptivos, complicaciones que se presentan en un embarazo adolescente y sus riesgos a futuro para así prevenir un embarazo a temprana edad que le represente un riesgo físico, social y psicológico.
3. Se debería realizar un programa propio para este grupo de gestantes adolescentes a cargo de profesionales capacitados, para tratar con ellas y así puedan recibir una guía, manejo adecuado y fomentar la importancia que tiene la realización de controles prenatales adecuados, la alimentación, el ejercicio y la psicoprofilaxis

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. El embarazo en la adolescencia. [Internet]. Organización Mundial de la Salud 2014. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. (Fecha 9 marzo 2020)
2. Berrocal L. Psicología Sexual, masturbación, relaciones sexuales tempranas y embarazos no deseados. Panamá 2005. Disponible en: <http://bersoa10.blogspot.com/2007/01/psicologasexual.html>. Pp. 52, (Fecha de acceso el 5 abril de 2020)
3. INEI. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. INEI. Lima. Mayo 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html (Fecha de acceso: 01 de enero 2020)
4. Magalhães M, Mattar R, Furtado F, Francisco H, Nogueira M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Estudio en la Maternidad Escuela de Fortaleza/Brasil. Revista de la Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia Americana 2005. 12(2) 49-70.
5. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo de adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. 2002; 67(6):481.
6. Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia Ginecología. 2004; 55(2):114-121.
7. Bendezu G, Espinoza D, Quispe G, Torres R, Huamán M. Características y riesgos de gestantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016 Enero/Marzo; 62(1- Lima): p. 13 - 18
8. Nakandakari M, De la Rosa D, Jaramillo J. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes Revista Peruana del cuerpo médico de HNAAA 6(3) 2013: 33-36
9. Peña A, Peña W. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011; 57: 43-48
10. Valencia F. Epidemiología del embarazo en adolescentes del Hospital Aplao periodo 2009-2013. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Arequipa, Perú: UNSA. Facultad De Medicina; 2014.

11. Condo Ch. Estudio de complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes Hospitalizadas en el servicio de obstetricia y Ginecología del Hospital Goyeneche en el año 2010. [Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina]. Arequipa, Perú: UNSA, 2011.52pp.
12. Doig J. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del instituto especializado materno perinatal durante el año 2003. Revista Peruana de Pediatría enero-abril 2006:6-11.
13. Gumucio M. Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia. Pontificia Universidad Católica de Chile 2009:1-13
14. Haywood B, Fisiología del embarazo MD, Duke University Medical Center Last full review/revision October 2016: 1
15. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de desarrollo de joven de 10 a 29 años. Ultimas normas. Servicio salud de Colombia 2000:1-47.
16. Salaverry O. Embarazo en adolescentes de Lima. Actualidad psicológica 2008:1.
17. Acosta M. Mortalidad materna en adolescentes. Revista Peruana Horizonte Médico. Universidad San Martín de Porras 2003; 3(6):1-9.
18. Claros A Adolescentes multigestas: Aspectos socioculturales. Pediatría 2006; 8(1):15-19.
19. Oliveros M. Crecimiento intrauterino. Diagnóstico, 2008, 47(2):1.
20. Concha M, Flores C. Estudio de las características del embarazo, parto, puerperio y neonato en gestantes adolescentes del servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital Dr. Gustavo Fricke-Viña del Mar, Chile, 2000.
21. Saez V. Embarazo y adolescencia. Resultados perinatales. [internet] Revista Cubana Ginecología v.31 N°2 ciudad de la Habana Mayo-agosto 2005. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ginlv31n2/gin01205.pdf> [acceso 01 de enero del 2020]
22. MINISTERIO DE SALUD. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive 2007.
23. Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de posgrado de Vía Cátedra de Medicina-N° 156- abril 2006:13-18.
24. Pacheco J. Ginecología obstetricia y reproducción 2da Edición 2007.

25. Saldoval J, Mondragon F, Ortiz M. Complicaciones maternas perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control. *Revista Peruana de Ginecología Obstetricia* 2007; 53(1):28-34.
26. Issler R. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía de Medicina*. 2001; 107:11-13.
27. Ulanowicz M, Parra K, Tisiana L. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía de Medicina*-N° 153-Enero 2006:13-17.
28. Schwarzc R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia* 6ta Edición junio 2005.
29. Bajo Arenas J. M. *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid Abril 2007.
30. Tavara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología* 2004; 50(2):111-122.
31. Cunningham F, Leveno K, Bloom S. *Williams Obstetricia*. 24° Edición 2015. McGraw-Hill.
32. Tavara L. Cesárea en el Perú: Presente y futuro. *Revista de Ginecología y Obstetricia* 1993.39 (15).
33. Mamani J. Score de APGAR en los recién nacidos de madres con controles prenatales adecuados e inadecuados en el Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo julio 2017 – julio 2018. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2019.
34. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones materno-perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Estudio caso control. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2007;53(1):28-34
35. Orozco N, Vaillant S, Cumbá O. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia [artículo en línea]. *MEDISAN* 2005; 9 (2). Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445008009.pdf> (Fecha de acceso 9 de marzo del 2020)
36. Salazar B, Álvarez E, Maestre L, León D, Pérez O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *MEDISAN* 2006; 10(3)
37. Ticona M. Clasificación y evaluación del recién nacido. *Medicina Perinatal: Prevención, diagnóstico y tratamiento* 1 o ed. UNSA, Perú 1999: 108-129.
38. Cifuentes J, Ventura P. Recién nacido, concepto, riesgo y clasificación. *Manual de Pediatría*. Universidad Católica de Chile 2002:4-6.

39. Gomella T, Cunningham M, Eyal F, Zenk K. Evaluación de la edad gestacional. Neonatología 6° ed. Editorial Médica Panamericana S.A: Argentina 2006: 23- 31.
40. Benitez N, Locatelli V, Obregón K, Itati G. Resultados perinatales en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 187- Noviembre 2008 Argentina: 6-9.
41. Espín R, León C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Acta médica del Centro 2010; 4(2).
42. Díaz A, Aliño M, Velasco A, Rodríguez A, Rodríguez V. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2008; 34(3).
43. Montero A, Matamlaa M, Valenzuela M. Principales características biopsicosociales del embarazo y parto en adolescentes. Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. 1999; 6:10.
44. Germain A, Oyarsun E. Parto prematuro. Escuela de Medicina, Universidad de Lima: 2002. Disponible:
<http://escuela.med.puc.cVpaginas/departamento/obstetricia/altoriesgo/partoprematuro.html> [Fecha de acceso 9 de marzo del 2020].
45. Robayo W. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Facultad De Medicina; 2014.
46. Palomino A. Factores de riesgo obstétricos asociados a anemia en puérperas adolescentes según la vía del parto. Hospital Jorge Reategui Piura-2018. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Piura, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad De Medicina; 2019.

ANEXO 1

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA	
Características epidemiológicas de la adolescente embarazada	Edad cronológica	Edad: tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento a la fecha del parto		Ordinal
	Estado civil	Información registrada en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada • Viuda 	Nominal
	Fases de la adolescencia	Edad registrada en historia clínica y en el SIS	Adolescente: <ul style="list-style-type: none"> • temprana de 10 a 13 años • media 14 a 16 años • tardía de 17 a 19 años 	Ordinal
	Procedencia	Dirección de la paciente registrada en la historia clínica y en el SIS.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano: la gestante reside en la zona céntrica dentro del perímetro urbano de la ciudad. • Urbano marginal: La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano. • Rural: la gestante reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad. 	Nominal
	Nivel de Instrucción	Último año cursado por la adolescente, como es un estudio retrospectivo se usará el dato registrado en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo. • Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. • Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. • Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico superior, pudo ser completa o incompleta. 	Nominal
	Deserción Escolar	Abandono escolar o abandono escolar prematuro se entiende el alejamiento del sistema educativo formal	SI / NO	Nominal
Características obstétricas:	Paridad	Número de partos	<ul style="list-style-type: none"> • 0= nulípara • 1= primípara • ≥ a 2= multípara 	Ordinal
	Edad gestacional por FUM	Fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Pre término: <37 semanas • A término: 37 semanas a 42 semanas. • Post término: >42 semanas. 	Ordinal
	Formula obstétrica	Información registrada en la historia clínica	G: Grávida. P: Partos de embarazos a término. P: Prematuros Ab: Abortos. Hv: Hijos vivos Hm: Hijos muertos	Nominal
	Control prenatal	Número de controles registrado en la Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ a 6 = adecuado • Entre 1 a < 6 = inadecuado • 0= ningún control 	Ordinal

(Continuación)

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Complicaciones obstétricas	Anemia	Hb <10,9g/ml durante la gestación	SI / NO	Nominal
	Pre eclampsia	Gestante >20 semanas con PAD>90 y/o PAS>140 y proteinuria ≥300mg/24Hrs	SI/NO	Nominal
	Amenaza de aborto	Es un padecimiento del embarazo que ocurre antes de la vigésima semana de gestación y que sugiere la probabilidad de que se presente un aborto espontáneo.	SI/NO	Nominal
	Aborto	Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 20 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.	SI/NO	Nominal
	ITU	urocultivo y sedimento urinario	SI/NO	Nominal
Durante el parto	Tipo de parto	Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Cesárea 	
	Patologías en el parto	Según la patología	SI/NO	Nominal
Características del recién nacido	APGAR al minuto	Test de APGAR	<ul style="list-style-type: none"> • De 7 a 10: buenas condiciones • De 6 a 4: depresión moderada • ≤ de 3 puntos: depresión severa 	Ordinal
	Peso	Gramos		Razón
	Talla	Centímetros		Razón
	Perímetro cefálico	Centímetros		Razón
Patologías del puerperio	Endometritis	Diagnóstico clínico	SI/NO	Nominal
	Infección de herida operatoria	Presencia de infección	SI/NO	Nominal
	Mastitis	Definición	SI/NO	Nominal
	Otras patologías	Según la patología	SI/NO	Nominal

ANEXO 2

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El tipo de muestra fue no probabilístico por conveniencia. Se seleccionó el tamaño de la muestra mediante la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N\delta^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \delta^2 Z^2}$$

Donde:

- n = el tamaño de la muestra.
- N = tamaño de la población.
- σ^2 = varianza
- Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza en relación al 95% de confianza equivale a 1,96.
- e = Límite aceptable de error muestral. Suele utilizarse 5% (0,05).

Historias clínicas de gestantes adolescentes (de 10 a 19 años) cuyo parto fueron atendidos en el servicio de obstetricia de enero del 2018 a diciembre del año 2019.

$$n = \frac{413 \times (0,5)^2 \times (1,96)^2}{(413 - 1) \times (0,05)^2 + (0,5)^2 \times (1,96)^2}$$
$$n = 199,27$$

A partir del marco muestral se procedió de forma aleatoria a seleccionar 199 historias clínicas para el estudio de investigación.

