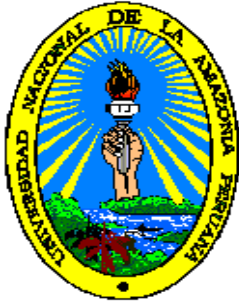


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**“COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES DE LA ADOLESCENTE CON
PARTO EN EL HOSPITAL II-1 DE MOYOBAMBA**

Julio a Diciembre 2014

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

OLIVER URI PALIZA LOPEZ

ASESOR

MsSP RICARDO WILLIAM CHAVEZ CHACALTANA

Punchana – Iquitos

Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Índice de tablas	iv
Resumen	v
Capitulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	5
3. Objetivos	6
Capitulo II	
4. Marco Teórico	8
5. Hipótesis	17
6. Variables	18
7. Operacionalización de variables	19
Capitulo III	
8. Metodología	22
8.1 Tipo y Diseño de investigación	22
8.2 Población y Muestra	23
8.3 Técnicas e Instrumentos	23
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	24
8.5 Análisis e Interpretación	24
8.6 Protección de los Derechos humanos	24
Capitulo IV	
9. Resultados	26
10. Discusión	37
11. Conclusiones	39
12. Recomendaciones	40
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	42
14. Anexos	45

Dedicatoria

A mi familia que gracias al apoyo y comprensión de todos estos años de estudio.

Índice de Tablas

Tabla N° 1	Distribución de las gestantes adolescentes según Edad	26
Tabla N° 2	Distribución de las gestantes adolescentes según Procedencia	26
Tabla N° 3	Distribución de las gestantes adolescentes según Nivel de Instrucción	27
Tabla N° 4	Distribución de las gestantes adolescentes según Número de gestaciones	27
Tabla N° 5	Distribución de las gestantes adolescentes según Antecedente de aborto	28
Tabla N° 6	Distribución de las gestantes adolescentes según Edad Gestacional	28
Tabla N° 7	Distribución de las gestantes adolescentes según Control Prenatal	29
Tabla N° 8	Distribución de las gestantes adolescentes según Tipo de Parto	29
Tabla N° 9	Complicaciones Obstétricas de las gestantes adolescentes	30
Tabla N° 10	Complicaciones Perinatales de las gestantes adolescentes	31
Tabla N° 11	Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y Edad de las gestantes adolescentes	32
Tabla N° 12	Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y Procedencia de las gestantes adolescentes	33
Tabla N° 13	Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y Nivel de instrucción de las gestantes adolescentes	34
Tabla N° 14	Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y Número de gestaciones de las gestantes adolescentes	35
Tabla N° 15	Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y Control Prenatal de las gestantes adolescentes	36

Resumen

Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, julio a diciembre 2014

Bach. Oliver Uri Paliza López

Introducción

Las gestantes adolescentes es un problema de salud a nivel mundial, son un grupo que presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y perinatales, que aumentan la morbilidad y mortalidad de la madre y del recién nacido.

Objetivo

Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en la gestante adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre julio a diciembre 2014.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño del presente estudio fue descriptivo, transversal

Resultados

Se evaluaron 145 gestantes adolescentes, el 67.6% presentan entre 17 a 19 años, el 47.6% proceden de la zona urbana, el 59.3% con nivel de instrucción secundaria, el 75.9% son primigesta, el 9.7% con antecedente de aborto, el 18.6% con menos de 37 semanas de gestación, el 71.7% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34.5% terminan su embarazo en cesárea.

El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarro I grado (7.6%), preeclampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%).

El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y prematuridad (2.8%).

El adecuado control prenatal se relacionó significativa ($p=0.000$) a la presencia de complicaciones obstétricas.

La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones no se relacionan con la frecuencia de complicaciones obstétricas.

La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones y control prenatal no se relacionan con las frecuencia de complicaciones perinatales.

Conclusiones

Las gestantes adolescentes que se atiende en el Hospital II-1 de Moyobamba presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas que perinatales.

Palabras claves: Adolescentes, Embarazo, Complicaciones, Tarapoto

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El embarazo en adolescente es cada día más frecuente en nuestro medio, es un problema importante de salud pública, tanto en los países en vías de desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños.

El inicio de la reproducción durante la adolescencia provoca limitaciones en el desarrollo integral de las mujeres, así como el empeoramiento de su situación socioeconómica especialmente en aquellas de hogares pobres. Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos. Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios y de trabajar en algún tipo de profesión, es como de establecer una independencia y estabilidad financiera adecuada para sostenerse así mismas y a sus hijos, sin necesidad de recursos externos ¹.

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general. La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales ².

Las madres adolescentes tienen un riesgo sustancialmente mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, malnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo. Además, la mortalidad infantil es 3 veces más alta en sus hijos ³,

La mayor morbilidad y mortalidad perinatal observada en hijos de adolescentes parece tener un origen multifactorial, y es probable que sea el resultado de la interacción entre la limitación biológica intrínseca de la adolescente y múltiples variables sociales, demográficas y conductuales ⁴.

El Perú tiene a nivel de Sudamérica una de las mayores tasas de embarazo adolescente, desde hace 20 años el alto porcentaje de embarazos en adolescentes en el Perú no ha variado. Para muchas, el embarazo no planeado es una experiencia negativa para nuestra salud y nuestra vida emocional y social, que nos marca para siempre ⁵, pues el 13,9% de las adolescentes está embarazada o ya tuvo al menos una hija o hijo. Los mayores porcentajes se presentan en las residentes del área rural (20%), en las que viven en los departamentos de la Selva (24%), en las mujeres con educación primaria (36%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24%)^{6,7}.

Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (20,3%) y en las residentes de la Selva (23,7%); y, los menores porcentajes en el área urbana (11,9%) y en Lima Metropolitana (10,6%).

La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según departamento. Mientras que el 30,5% de las adolescentes de Amazonas ya tenían un hijo o estaban embarazadas; en Junín y Arequipa (solo el 7,7% cada uno) estaban en la misma situación.

Otros departamentos que presentan altos porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas, además de Amazonas fueron Ucayali (27,3%), Loreto (25,3%), Madre de Dios (23,1%), Ayacucho (22,2%) y San Martín (21,7%). Por el contrario los departamentos con menor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas con el primer hijo/a, además de Junín y Arequipa, fueron Puno (7,8%) y Áncash (9,5%). ^{6,7}.

El departamento de San Martín muestra una alta tasa de embarazo en adolescentes después de Amazonas, Ucayali, Loreto, Madre de Dios y Ayacucho; por lo que es una prioridad en salud aplicar estrategias para una reducción en su incidencia, y reducción de la morbimortalidad de las adolescentes por estar embarazadas.

En los últimos tiempos se ha multiplicado el interés de las ciencias biomédicas y sociales, en el logro de un estilo de vida sano por parte de los adolescentes, especialmente, en lo que se refiere a su salud reproductiva, ya que existe el supuesto erróneo, del enfoque dado a querer planificar las familias de los adolescentes que no se identifican con este concepto.²

El embarazo en adolescentes es una de las grandes preocupaciones nacionales, no solo por las repercusiones orgánicas que trae consigo este especial estado, sino también por los relevantes trastornos psico-emocionales, sociales y económicos, que afectan el desarrollo personal de la madre, su pareja y el hijo de ambos.

Se ha considerado al embarazo en la adolescente como un embarazo de alto riesgo ya que supuestamente experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto, tanto para la madre así como mayor posibilidad de complicaciones para el recién nacido existen estudios que demuestran la situación obstétrica de las gestantes adolescentes; uno de ellos es el de VILLON y col. ⁸, en su estudio realizado en el C.S. Acobamba-Huancavelica; encuentra una incidencia de embarazo en adolescentes del 16%, todas fueron adolescentes tardías (15 a 19 años). La mayoría provenía de zonas rurales (65%) con estudios primarios (55%) y unión inestable con sus parejas (100%). un 20% inició su actividad sexual antes de los 15 años. El 15% ya había estado embarazada previamente. El 40% nunca recibió control prenatal y las que sí lo hicieron empezaron tardíamente, especialmente en el tercer trimestre (50%). Se presentó 40% de complicaciones durante el embarazo y parto, ninguna en el puerperio; éstas fueron trabajo de parto prolongado (50%), desgarros perineales (25 %), ruptura prematura de membranas y parto pretérmino (12,5%). En los recién nacidos se tuvo 10% de bajo peso al nacer y 5% de prematuridad; 35% de asfixia al minuto y ningún asfixiado a los 5 minutos.

Hemos tenido la oportunidad de realizar nuestro internado médico en el Hospital II-1 de Moyobamba, donde hemos observado en la rotación en el servicio de Gineco-Obstetricia, una alta demanda de atención de embarazo en adolescentes, situación similar que ocurre en el Hospital Apoyo Iquitos; por lo que nos motivó a realizar el presente estudio, con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas y perinatales que presenta los embarazos en las adolescentes, y proponer estrategias para su adecuada atención.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, julio a diciembre 2014?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en la gestante adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre julio a diciembre 2014.

3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de la gestante adolescente como: Edad, procedencia, nivel de instrucción.
- Identificar las características obstétricas de la gestante adolescente como: número de gestaciones, abortos, edad gestacional, control prenatal, tipo de parto.
- Determinar las complicaciones obstétricas (infección urinaria, hipertensión inducida en el embarazo, pre eclampsia, eclampsia, distocia de presentación, amenaza de parto pre termino, trabajo de parto prolongado, hemorragias, atonía uterina, etc.) de la gestante adolescente.
- Determinar las complicaciones perinatales (prematuridad, sufrimiento fetal, bajo peso, RCIU, sepsis, etc.) del recién nacido de la gestante adolescente.

CAPITULO II

4. MARCO TEÓRICO

a. Adolescencia

La adolescencia es el 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 ^{9,10}.

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas ^{10,11} con características diferentes a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo:

- Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.
- Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.
- Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternales. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.

b. Perfil de los adolescentes a nivel mundial

Los y las adolescentes a nivel mundial cada año ¹²:

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) -más de 7 000 por día- ocurre en jóvenes.
- La violación e incesto ocurre en 7 a 34% de las niñas y en 3 a 29 de los niños.
- El 10% de los partos acontece en adolescentes.

- La Morbimortalidad es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva.

c. Embarazo adolescentes

Se le define como: "el que ocurre dentro de los años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza ¹³

d. Complicaciones del Embarazo en adolescente

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente ^{12,14-17} en la literatura se describen:

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias
- Bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia – Eclampsia
- Escasa ganancia de peso
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

Las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes, según un estudio de México ²⁰, se señala la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto

prematureo, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalopélvica, muerte fetal y la formación de fistulas rectovaginales o vesicovaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto la consideran de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad.

En nuestro país, Távora ¹² reporta que la complicación más frecuente en la adolescente fue la infección urinaria, numéricamente. Hubo mayor incidencia de anemia, pre-eclampsia, rotura prematura de membranas, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria. Trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado, infección puerperal y retención de secundinas.

e. Complicaciones Perinatales en Embarazo Adolescentes

Una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente ¹⁹.

Un estudio realizado en Perú por Germain y Oyarsun ²⁰ que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997 obtuvo los siguientes resultados: De los 14701 partos; 2732 correspondieron a gestantes adolescentes; de las cuales 209 eran adolescentes tempranas y 2523 adolescentes tardías. Se encontró que 2159 de los partos fueron eutócicos y 573 distócicos, la incidencia de parto pretérmino en adolescentes tempranas fue 12,4 % y 9 % en adolescentes tardías.

Adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, 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 ^{21,22}.

f. Antecedentes

SANDOVAL y col, (2007) ¹ identificaron o las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes atendidas en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Vernales, evaluó a 162 gestantes de 10 a 19 años (caso) y de 20 a 29 años (controles). El promedio de edad de las adolescentes fue 17,5 años. 61.2% no tenía secundaria completa. solo el 8.6% era estudiante, 83% ama de casa. El 71% de las parejas de las adolescentes era mayor de edad. Las adolescentes tenían menos control prenatal que las adultas. Numéricamente hubo mayor incidencia de anemia, preeclampsia, rotura prematura de membranas, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria. Trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado, infección puerperal y retención de secundinas; pero sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. La cesárea también fue más frecuente en el grupo control, frente al grupo de adolescentes ($p > 0.05$) La prematuridad, los pequeños para edad gestacional, peso bajo y el traumatismo obstétrico fueron más frecuentes en las adolescentes.

POMA (2007) ²³ en su estudio realizado en el Hospital Daniel A. Carrión de la ciudad de Huancayo determina los factores de riesgos maternos perinatales asociados a la gestación en adolescentes y las de edad avanzada, dentro de los riesgos maternos durante el embarazo son mayores en las adolescentes siendo la anemia altamente significativa ($p < 0,01$), seguida de la infección del tracto urinario y rotura prematura de membranas donde se observa una diferencia significativa ($p < 0,05$), existen patologías maternas que se encuentran en ambas edades, así como la hipertensión inducida por el embarazo, siendo en las gestantes de edad avanzada en un 5.8% y las adolescentes un 4.8%, la hemorragias se presentó en las de edad avanzada en 5,0% y las adolescentes 1.2%. Los riesgos maternos durante el parto son mayores en las adolescentes, siendo los desgarros estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el tipo de parto fue mayormente vaginal en ambos grupos, la duración del trabajo de parto fue normal en ambos grupos. En cuanto a los riesgos perinatales en el embarazo las patologías se presentaron para ambos grupos en porcentajes muy cercanos y no existe diferencia estadística significativa en ninguna de las patologías estudiadas ($p > 0,05$). En cuanto a los riesgos perinatales en el pos parto inmediato al evaluar el apgar de los recién nacidos fue de 7-10 en ambos grupos, el peso también fue el adecuado presentándose en ambos grupos

de estudio, y los traumas se observó solo en las adolescentes cefalohematoma y fractura de clavícula ($p > 0,05$).

MANRIQUE y col. (2008) ²⁴ encuentran en la gestante adolescentes una prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 % y complicaciones neonatales (38,2 %); siendo las más frecuentes sepsis (33.3%), ictericia (29.2%), muerte (20.8%), síndrome de distress respiratorio (12.5%) y anemia (14.2%).

LOPEZ (2008) ²⁵ determino la frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo. El 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad. El 65.5% perteneció a la zona rural. El 43.64% ha estudiado la secundaria incompleta. El 40% son casadas. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 92 casos (41.82%), la infección de vías urinarias en el 30.91%, la amenaza de parto pretérmino representó el 10%; mientras que el parto pretérmino se presentó en el 2.73%; la ruptura prematura de membranas y la desproporción cefalopélvica constituyeron el 8.64%, la preclampsia representa el 4.55%, el desgarró perineal grado II se presentó en el 1.82%. El aborto diferido con el 3.64%, seguido del aborto incompleto 2.73%, aborto completo 2.27%, la amenaza de aborto representó el 1.82%, el aborto en curso en el 0.91%. No se presentaron casos de aborto inevitable ni aborto séptico.

RAMIREZ y col. (2008) ²⁶ describieron las complicaciones obstétricas prenatales y perinatales en adolescentes, a través de un estudio descriptivo retrospectivo de registros clínicos de embarazadas de 12 a 18 años de edad ingresadas al servicio de labor y partos de los Hospitales Nacionales de La Antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa, 33% son de 18 años, 28% analfabetas, 35% unidas, 60% amas de casa, 64% indígenas y 74% provenían del área rural. Las complicaciones más frecuentes del primer trimestre fueron, metrorragias y abortos espontáneos. Durante el segundo y tercer trimestre se presentó 52% y 28% de complicaciones respectivamente, siendo las principales en ambos trimestres: infecciones del tracto urinario, anemia y amenaza de parto pretérmino. En el período perinatal 31% presentó complicaciones, las más frecuentes fueron desproporción cefalopélvica y trabajo de parto prolongado. La razón de mortalidad materna fue 147 por cada 100,000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna

adolescente se considera similar a la Línea Basal de mortalidad materna reportada para el país.

BRUNET y col. (2008) ²⁷ identificaron las complicaciones más frecuentes asociadas al embarazo en adolescentes atendidas en el Policlínico Docente 13 de Marzo en la Habana del Este – Cuba; estudiaron un total de 61 gestantes de las cuales 55 presentaron complicaciones, determinándose como las complicaciones más frecuentes en el período prenatal: anemia, infecciones urinarias, hipertensión gravídica y diabetes gestacional; complicaciones maternas perinatales: anemia, distocia, desgarros del canal blando; complicaciones fetales perinatales: peso riesgo, depresión, bajo peso al nacer. Como complicaciones psicosociales se encontró el abandono de los estudios, escasa vinculación laboral y dependencia económica importante.

MORALES y col. (2008) ²⁸ Conocer en qué medida los factores biológicos, estilos de vida, ambientales y educación sexual están presentes en el embarazo en adolescentes de las áreas rurales del sur de la región Ayacucho. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 58 gestantes adolescentes de 10 a 19 años procedentes de hogares con necesidades básicas insatisfechas de los distritos del sur de la región Ayacucho. Resultados: El mayor porcentaje de embarazos ocurrió entre los 16 y 17 años, con una media de 16.4 años, mayoritariamente con instrucción secundaria incompleta (63.8%), el 77.7% eran primíparas, y el 81% refirió embarazo no deseado. Como antecedente destaca que el inicio de las relaciones sexuales predominantemente se dio entre los 13 y 15 años (56.9%), la menarquia se presentó entre los 13 y 15 años, el 65.5% estudiaba antes de quedar embarazada, el 50% refirió que su tiempo libre lo empleaban en labores del campo siendo la más frecuente el pastear. El 37.9% refirió haber recibido educación sexual y ésta se dio en el colegio, lo que indica que más del 60% no han tenido acceso a información relacionadas con las sexualidad y la anticoncepción. El 58.6% refirió conocer métodos anticonceptivos, siendo el método de barrera (preservativos) y las píldoras los más conocidos. El 89.7% declaró no haber empleado ningún método anticonceptivo, entre las razones destacan vergüenza a solicitar insumos en los establecimientos de salud, creencia que produce daños en el cuerpo, no contar con insumos al momento de las relaciones sexuales y temor a que se enteren los padres o la gente. Conclusiones: La mayoría de gestantes adolescentes refirieron no haber concluido la secundaria, haber iniciado relaciones

sexuales precozmente y carecer de educación sexual. Poco más de la mitad mencionó conocer de métodos anticonceptivos, sin embargo el 89.7% declaró no haber empleado ninguno.

ACEVEDO y col. (2010) ²⁹ las gestantes embarazadas presentaron sepsis y la anemia con 30% y 20% respectivamente; durante el parto se presentó: hemorragia (20.0%), desgarro del canal del parto (30.0%), atonía uterina (10.0%); los recién nacidos de las madres adolescentes fueron la dificultad respiratoria y el apgar bajo al minuto de nacer, con 20,0 % cada una, mientras que en el grupo control prevalecieron las malformaciones congénitas y el crecimiento intrauterino retardado para 10,0 y 20,0 %, respectivamente.

FURZAN y col. (2010) ³⁰ con el objetivo de identificar los factores asociados con un resultado perinatal adverso y evaluar su capacidad de predicción del pronóstico en madres adolescentes, se diseñó un estudio tipo casos-controles. La población seleccionada incluyó 600 madres y sus hijos, distribuidos en dos grupos: casos (120, resultado perinatal adverso) y controles (480, resultado perinatal no adverso). Las variables con la mayor asociación con un pronóstico perinatal desfavorable fueron edad ginecológica menor de 3 años (RP 3,69), falta de control prenatal (RP 3,11), presentación no cefálica (RP 2,74), complicaciones médicas en el embarazo (RP 2,26), complicaciones en embarazos previos (RP 2,15), soltería (RP 1,81) y parto vaginal (RP 1,72).

PEÑA y col. (2011) ³¹ determinaron la asociación entre el embarazo en la adolescencia y sus repercusiones adversas en la madre y su recién nacido comparando 313 gestantes de 10 a 19 años de edad y 944 gestante de 20 a 34 años de edad del Hospital Regional de Huacho, Perú. Pacientes: Las adolescentes tuvieron una edad media de 17,5±1,5 años y las demás gestantes, 25,5±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 Ápgar bajo al primer minuto (p=0,009; RR=1,81 [1,16-2,83]).

PANDURO y col. (2012) ³² determinaron las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes. Su estudio de casos y controles efectuado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, del 1 de julio de 2010 al 31 de diciembre de 2011. El grupo de casos lo conformaron 550 puérperas adolescentes ≤ 18 años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas; el grupo control lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. En las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. No hubo diferencias en el número de consultas prenatales, vía de nacimiento, tipo de líquido amniótico y molestias habituales durante el embarazo. El embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque afecta a mujeres aún estudiantes, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones

BAENA y col. (2012) ³³ identificar las complicaciones clínicas maternas asociadas al embarazo en adolescentes. Se efectuó una búsqueda exhaustiva de fuentes documentales. en: *PubMed, Science Direct, y MDConsult*. La mayor parte de los 17 artículos consultados consideraron como complicaciones clínicas más comunes: anemia, parto pretérmino, parto instrumental, desgarros del canal vaginal, infecciones durante el embarazo, y muerte materna.

ZAMORA y col. (2013) ³⁴ realizaron un estudio transversal con grupo control en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); se analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las madres o sus neonatos con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada para variables cualitativas para conocer la significancia estadística, considerándose significativa una $p \leq 0.05$. El estado civil más frecuente fue la unión libre, así como en las adolescentes la mayoría eran primigestas y se dedicaban al hogar. En las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19

casos), mientras en los neonatos de las adolescentes la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (32 vs 18 neonatos), ambas con una $p < 0.05$ teniendo diferencia estadística significativa. Se concluye que el embarazo en adolescentes incrementa la morbilidad materna y perinatal, representando además un problema sociocultural.

5. HIPOTESIS

- . El presente estudio es de diseño descriptivo, por el cual no requiere hipótesis

6. VARIABLES

Variable Dependiente

- Complicaciones obstétricas
- Complicaciones perinatales

Variables Independientes

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Procedencia
 - Nivel de Instrucción
- Características obstétricas
 - Número de Gestación
 - Antecedente de Aborto
 - Edad gestacional
 - Control pre natal
 - Tipo de parto

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Edad registrada en la historia clínica	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el parto, se forma 3 grupos menores de 14 años, 14 a 16 años y los de 17 a 19 años de edad	Nominal
	Dirección de la paciente registrada en la historia clínica y en el SIS	Urbano: la gestante reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: la gestante reside en pueblos, caseríos alejados de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción registrado en la Historia Clínica	Nivel de instrucción: último año cursado por la adolescente, como es un estudio retrospectivo se usara el dato registrado en la	Nominal

		historia clínica	
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Fórmula obstétrica G: N° de Gestaciones P: Partos a término Partos pre termino Abortos Hijos Vivos actuales.	Número de gestaciones: número de embarazos, toma los siguientes valores, primigesta, segundigesta y multigesta	Nominal
		Antecedente de aborto: Dicese a la declaración en la historia clínica del número de gestaciones que ha presentado la adolescente	Nominal
	FUR	Edad Gestacional: fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas. A término: Embarazo entre las 37 semanas 42 semanas. Post término: Embarazo mayor a 42 semanas	Nominal
	Número de controles registrado en la Historia clínica	Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control	Nominal
	Registro del tipo de parto en la historia clínica	Tipo de Parto: forma como nace el recién nacido, vaginal o abdominal (Cesárea)	Nominal
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Registro de la complicación obstétrica en la historia clínica	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 espontaneo	Nominal
VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
		<p>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.</p> <p>ITU: presenta molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias</p> <p>Anemia: hemoglobina por debajo de 10 g/ml. durante la gestación.</p> <p>Pre eclampsia: Gestante > 20 semanas con PAD>90 mmHg y/o PAS>140 una proteinuria igual o ></p>	

		de 300 mg en orina de 24 horas. Eclampsia: Gestante >20 sem presente cuadro convulsivo o coma, con registros de PAD >90 o PAS>140 mmHg y proteinuria igual o mayor de 300 mg en orina de 24 horas	
COMPLICACIONES PERINATALES	Registro de la complicación perinatales en la historia clínica	<p>Prematuridad: es definido como de menos de 37 semanas completas de gestación</p> <p>Asfixia: Definida por la presencia de los siguientes factores: taquipnea con quejido respiratorio, retracciones respiratorias, cianosis, hipoxia y hallazgos típicos en la radiografía.</p> <p>Óbito fetal: Es el feto que fallece habiendo cumplido 20 semanas o más de edad gestacional o con un peso superior a 500 gramos.</p> <p>Sufrimiento fetal agudo: es una alteración del intercambio metabólico entre la madre y el feto que trae como consecuencia la hipoxemia, acidosis e hipercapnia al igual que otros estudios homeostáticos fetales. se determina mediante las alteraciones características en los patrones de monitoreo fetal electrónico.</p> <p>Retardo del crecimiento intraútero aquél recién nacido cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del percentil 10 según la curva preestablecida que relaciona peso</p>	
VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
		<p>y edad gestacional del Lubchenco</p> <p>Bajo peso al nacer: Recién nacido con peso menor de 2500 gramos</p> <p>Muerte fetal: Son las defunciones fetales tardías (muerte de feto de 28 semanas de gestación con 1000 gr. ó más.</p>	

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, cuantifica y compara las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes.

El presente estudio es de diseño no experimental descriptivo transversal retrospectivo

- Descriptivo: Porque determina y describe las complicaciones obstétricas y perinatal en las gestantes adolescentes.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- Retrospectivo: Porque el evento que son las complicaciones obstétricas y perinatales han ocurrido antes del estudio.

8.2 Población y Muestra:

a) Población

La población está constituida por 232 gestantes adolescentes que tuvieron parto vaginal o cesárea en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre julio a diciembre 2014

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por 145 gestantes adolescentes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

c) Tamaño muestral

Cálculo del tamaño de la muestra de los casos = $n/(1 + (n/N))$

$$n = (Z^2)(p)(q)/e^2$$

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

p = probabilidad de que exista complicación perinatal 50%.

$$q = 1 - p$$

e = error estándar, que su valor es de 0.05

N = población, que es 232

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$TM = 384.16/(1 + (384.16/232)) = 145$$

Los criterios de inclusión fueron:

- Gestantes adolescente entre los 10 a 19 años de edad con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre julio a diciembre 2014
- Gestante que presentaron aborto.
- Historia clínica de la madre completa.
- Historia clínica perinatal

Los criterios de exclusión al estudio:

- La no existencia total o parcial de la Historia clínica de la madre
- La no existencia total o parcial de la Historia perinatal
- Historia clínica con letra ilegible

El muestreo fue probabilístico a través de número de Randon.

8.3 Técnicas e Instrumentos:

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica; la ficha

de recolección de datos consta de cuatro ítems, en el primero se recoge información de la gestante como edad, procedencia y nivel e instrucción; en el segundo ítem características obstétricas como: número de gestaciones, antecedente de aborto, edad gestacional, control prenatal, tipo de parto; en el tercer ítem complicaciones obstétricas durante el parto como: amenaza de aborto, anemia, preeclampsia, eclampsia, infección urinaria, hiperémesis, desproporción cefalopélvica, desgarro perineal, desgarro cervical, etc.; y en el cuarto ítem complicaciones perinatales como: prematuridad, recién nacido de bajo peso, retardo crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, etc..

8.4 Procedimiento de recolección de datos:

Previamente a la aprobación del proyecto de tesis se realizó la revisión del libro de hospitalización del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II-1 de Moyobamba, para obtener los números de historia clínica de las de las gestantes adolescentes entre los 10 a 19 años de edad, se revisaran para saber si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión al estudio; a través de los números aleatorios random se obtuvieron 163 historias para su revisión.

8.5 Análisis e interpretación de datos:

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 15.0, luego se procederá a realizar análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas univariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia.

8.6 Protección de los Derechos Humanos:

Se ha revisado la declaración de Helsinki médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información.

CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a. Características sociodemográficas de la gestante adolescente

Se evaluaron 145 gestantes adolescentes, el 67.6% presentan entre 17 a 19 años, el 29.0% entre los 14 a 16 años y el 3.4% menores de 14 años (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Distribución de las gestantes adolescentes según Edad
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Edad	Nº	%
< 14 años	5	3.4%
14 a 16 años	42	29.0%
17 a 19 años	98	67.6%
Total	145	100.0%

El 47.6% de las gestantes adolescentes proceden de la zona urbana, el 29.0% de la zona urbanomarginal y el 23.4% de la zona rural (Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Distribución de las gestantes adolescentes según Procedencia
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Procedencia	Nº	%
Urbana	69	47.6%
Urbanomarginal	42	29.0%
Rural	34	23.4%
Total	145	100.0%

El 59.3% de las gestantes adolescentes tienen un nivel de instrucción secundaria, el 32.4% primaria, el 6.2% técnica/superior, el 2.1% de las gestantes adolescentes no tienen estudio (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Distribución de las gestantes adolescentes según Nivel de Instrucción
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Nivel de instrucción	Nº	%
Sin estudios	3	2.1%
Primaria	47	32.4%
Secundaria	86	59.3%
Técnica/Superior	9	6.2%
Total	145	100.0%

b. Características obstétricas de la gestante adolescente

El 75.9% de las gestantes adolescentes son primigesta, el 22.1% segundigesta y el 2.1% son tercigesta (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Distribución de las gestantes adolescentes según Número de gestaciones
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Número de gestaciones	Nº	%
Primigesta	110	75.9%
Segundigesta	32	22.1%
Tercigesta	3	2.1%
Total	145	100.0%

El 9.7% de las gestantes adolescentes refieren haber tenido antecedente de aborto (Tabla N° 5).

Tabla N° 5
Distribución de las gestantes adolescentes según Antecedente de aborto
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Antecedente de Aborto	Nº	%
SI	14	9.7%
NO	131	90.3%
Total	145	100.0%

El 20.0% de las gestantes adolescentes menores de 14 años tuvieron \leq 20 semanas de gestación, y el 40.0% tuvieron entre los 21 a 36 semanas de gestación (Tabla N° 6).

El 81.0% de las gestantes adolescentes entre los 14 a 16 años, y el 83.7% de las de 17 a 19 años tuvieron de 37 a más semanas de gestación (Tabla N° 6).

Tabla N° 6
Distribución de las gestantes adolescentes según Edad Gestacional
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Edad	Edad gestacional						Total
	\leq 20 semanas		21 a 36 semanas		37 a más semanas		
< 14 años	1	20.0%	2	40.0%	2	40.0%	5
14 a 16 años	2	4.8%	6	14.3%	34	81.0%	42
17 a 19 años	6	6.1%	10	10.2%	82	83.7%	98
Total	9	6.2%	18	12.4%	118	81.4%	145

El 71.7% de las gestantes adolescentes tuvieron 6 a más controles prenatales; se aprecia que las > 14 años (80.0%) y las de 17 a 19 años de edad (73.5%) tuvieron con mayor frecuencia (32.8%) de menos de 6 controles prenatales (Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Distribución de las gestantes adolescentes según Control Prenatal
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Edad	Número de Control Prenatal						Total
	0		1 a 5		6 a más		
< 14 años	0	0.0%	1	20.0%	4	80.0%	5
14 a 16 años	2	4.8%	12	28.6%	28	66.7%	42
17 a 19 años	4	4.1%	22	22.4%	72	73.5%	98
Total	6	4.1%	35	24.1%	104	71.7%	145

El 34.5% terminan su embarazo en cesárea, el 80.0% de las menores de 14 años terminan su embarazo en cesáreas, mientras que las de 14 a 16 años (59.5%) y las de 17 a 19 años (60.2%) su término de embarazo fue eutócico (Tabla N° 8).

El 6.9% de las adolescentes no terminaron su embarazo; el 7.1% de las de 14 a 16 años y el 7.1% de las de 17 a 19 años no terminaron su embarazo, 9 fueron abortos (6.9%), y un caso de embarazo no evolutivo (Tabla N° 8).

Tabla N° 8
Distribución de las gestantes adolescentes según Tipo de Parto
Hospital II-1 Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Edad	Tipo de Parto						Total
	No parto		Eutócico		Cesárea		
< 14 años	0	0.0%	1	20.0%	4	80.0%	5
14 a 16 años	3	7.1%	25	59.5%	14	33.3%	42
17 a 19 años	7	7.1%	59	60.2%	32	32.7%	98
Total	10	6.9%	85	58.6%	50	34.5%	145

c. Complicaciones obstétricas de la gestante adolescente.

El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, el 37.2% no lo presentaron (Tabla N° 9).

Las principales complicaciones obstétricas fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarro I grado (7.6%), preclampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%) (Tabla N° 9).

Tabla N° 9
Complicaciones Obstétricas de las gestantes adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Complicaciones obstétrica	Nº	%
Complicaciones obstétrica	91	62.8%
Desproporción cefalopélvica	20	13.8%
Ruptura prematura de membrana	20	13.8%
ITU	13	9.0%
Desgarro I grado	11	7.6%
Preclampsia leve/severa	10	6.9%
Aborto incompleto	9	6.2%
Distocia de presentación	8	5.5%
Hipertensión inducida en el embarazo	6	4.1%
Expulsivo prolongado	5	3.4%
Distocia funicular	4	2.8%
Insuficiencia uteroplacentaria	4	2.8%
Amenaza de Parto Pre término	2	1.4%
Cenescencia placentaria	2	1.4%
Placenta previa	2	1.4%
Amenaza de Aborto	1	0.7%
Condiloma	1	0.7%
Desprendimiento prematuro de placenta	1	0.7%
Embarazo no evolutivo	1	0.7%
Cesárea anterior	1	0.7%
Oligoammios	1	0.7%
Varicela	1	0.7%
Ninguna	54	37.2%

d. Complicaciones perinatales del recién nacido de la gestante adolescente

El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, el 69.7% no lo presentaron (Tabla N° 10).

Las principales complicaciones perinatales fueron: sufrimiento fetal agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y prematuridad (2.8%) (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Complicaciones Perinatales de las gestantes adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Complicaciones Perinatales	Nº	%
Complicaciones Perinatales	44	30.3%
Sufrimiento fetal agudo	17	11.7%
Hiperbilirrubinemia	7	4.8%
Sepsis neonatal	6	4.1%
Prematuridad	4	2.8%
Depresión neonatal	3	2.1%
Incompatibilidad ABO	3	2.1%
Pequeño para edad gestacional	3	2.1%
Distres respiratorio	2	1.4%
Natimuerto	2	1.4%
Anencefalia	1	0.7%
Cefalohematoma	1	0.7%
Infección urinaria	1	0.7%
Macrosomía	1	0.7%
Obito fetal	1	0.7%
Retardo de crecimiento intrauterino	1	0.7%
Taquicardia fetal	1	0.7%
Ninguna	101	69.7%

e. Relación entre las complicaciones obstétricas y perinatales del recién nacido con las características de la gestante adolescente

El 80.0% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas con mayor frecuencia que las de 14 a 16 años (69.0%) y de las de 17 a 19 años (59.2%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.390$) (Tabla N° 11).

Las gestantes adolescentes entre los 17 a 19 años presentaron con mayor frecuencia (33.7%) complicaciones perinatales que las de menores de 14 años (20.0%) y las de 14 a 16 años (23.8%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.445$) (Tabla N° 11).

Tabla N° 11
Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y
Edad de las gestantes adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Edad	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones Perinatal	
< 14 años	4	80.0%	1	20.0%
14 a 16 años	29	69.0%	10	23.8%
17 a 19 años	58	59.2%	33	33.7%
Total	91	62.8%	44	30.3%
p	0.390		0.445	

El 66.7% de las gestantes adolescentes que proceden de la zona urbanomarginal presentaron complicaciones obstétricas con mayor frecuencia que las proceden de la zona urbana (60.9%) y la zona rural (61.8%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.821$) (Tabla N° 12).

Las gestantes adolescentes que proceden de la zona rural presentaron una ligera mayor frecuencia (32.4%) complicaciones perinatales que las que proceden de la zona urbana (30.4%) y las que proceden (28.6%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.938$) (Tabla N° 12).

Tabla N° 12
Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y
Procedencia de las gestantes adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Procedencia	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones Perinatal	
Urbana	42	60.9%	21	30.4%
Urbanomarginal	28	66.7%	12	28.6%
Rural	21	61.8%	11	32.4%
Total	91	62.8%	44	30.3%
p	0.821		0.938	

Se aprecia que a mayor nivel de instrucción mayor frecuencia de complicaciones obstétricas, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.431$) (Tabla N° 13).

Las gestantes adolescentes con instrucción superior presentaron mayor frecuencia (44.4%) complicaciones perinatales que las que tienen nivel primaria (31.9%), secundaria (31.9%) y las que no tuvieron estudios (0.0%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.517$) (Tabla N° 13).

Tabla N° 13
Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y
Nivel de instrucción de las gestantes adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Nivel de instrucción	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones Perinatal	
Sin estudios	1	33.3%	0	0.0%
Primaria	27	57.4%	15	31.9%
Secundaria	56	65.1%	25	29.1%
Técnica/Superior	7	77.8%	4	44.4%
Total	91	62.8%	44	30.3%
p	0.431		0.517	

Las gestantes adolescentes primigesta (68.2%) presentaron mayor frecuencia complicaciones obstétricas, que las segundigesta (46.9%) y tercigesta (33.3%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.051$) (Tabla N° 14).

Se aprecia que las gestantes adolescentes primigesta (30.0%) segundigesta (31.3%), tercigesta (33.3%) presentaron complicaciones perinatales, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.984$) (Tabla N° 14).

Tabla N° 14
Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y
Número de gestaciones de las gestantes adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Número de gestaciones	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones Perinatal	
Primigesta	75	68.2%	33	30.0%
Segundigesta	15	46.9%	10	31.3%
Tercigesta	1	33.3%	1	33.3%
Total	91	62.8%	44	30.3%
p	0.051		0.984	

Las gestantes adolescentes que tuvieron un control prenatal adecuado (6 a más controles) presentaron mayor frecuencia complicaciones obstétricas (76.0%), que las que tuvieron un menor número de controles (29.3%), esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.000$) (Tabla N° 15).

Se aprecia que las gestantes adolescentes con control prenatal adecuado (30.8%) y las que no (29.3%) presentaron complicaciones perinatales, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.859$) (Tabla N° 15).

Tabla N° 15
Relación entre las Complicaciones Obstétricas y Perinatales y
Control Prenatal de las gestantes adolescentes
Hospital II-1 de Moyobamba
Julio a Diciembre 2014

Control Prenatal	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones Perinatal	
SI	79	76.0%	32	30.8%
NO	12	29.3%	12	29.3%
Total	91	62.8%	44	30.3%
p	0.000		0.859	

10. DISCUSION

La mayoría de las gestantes adolescentes en el estudio fueron entre los 17 a 19 años con nivel de instrucción de secundaria similar a lo de LOPEZ ²⁵; pero el encuentra que proceden más de la zona rural. RAMIREZ ²⁶ también encuentra que proceden más del área rural, en nuestro estudio fue más urbano, los estudios se hicieron en poblaciones y áreas geográficas diferentes.

El 75.9% son primigesta, MORALES ²⁸: encuentra que el 77.7% eran primíparas, es de esperar que la mayoría sean primigestas por su corta edad, pero de que exista segundigestas y tercigesta nos muestra el creciente indicador de fecundidad a menor edad.

La tasa de aborto en el grupo de estudio fue bajo, casi 1 de cada 10 tenía antecedente de aborto, no pudiendo decir cuántas gestantes adolescentes refieren un embarazo no deseado.

Casi 1 de cada 5 tienen gestaciones de menos de 37 semanas, mostrando un riesgo de prematuridad y con morbilidad en el recién nacido.

7 de cada 10 gestantes adolescentes tienen de 6 a más controles prenatales, mejorando la cobertura del control prenatal, nuestro sistema de salud tiene la vigilancia activa de los embarazo, capturando a gestantes que no van al centro de salud u hospital.

El 34.5% terminan su embarazo en cesárea, pero la mayor frecuencia fue parto vaginal, SANDOVAL ¹ en su estudio encuentra que las adolescentes presentan con mayor frecuencia cesáreas. POMA ²³ encuentra similar hallazgo que el tipo de parto fue mayormente vaginal. LOPEZ ²⁵ encuentra más del 40% de cesáreas.

6 de cada 10 gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, BRUNET ²⁷ encuentra cerca del 90%; las principales fueron: desproporción cefalopélvica, ruptura prematura de membrana, infección urinaria, desgarro I grado, preclampsia leve/severa y aborto incompleto; diferentes estudios muestran iguales hallazgos pero con diferentes

frecuencias, SANDOVAL ¹ encuentra preeclampsia, rotura prematura de membranas, distocia funicular, senescencia placentaria, trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado. POMA ²³ en cambio reporta infección del tracto urinario y rotura prematura de membranas, pero también hipertensión inducida por el embarazo, y durante el parto son los desgarros. LOPEZ ²⁵ encuentra con mucha más frecuencia infección de vías urinarias que ruptura prematura de membranas y la desproporción cefalopélvica. RAMIREZ ²⁶ reporta abortos espontáneos e infecciones del tracto urinario. BRUNET ²⁷ identificaron infecciones urinarias e hipertensión gravídica. PEÑA ³¹ también reporta a la infección del tracto urinario. BAENA ³³ en su revisión reporta parto pretérmino, desgarros del canal vaginal, infecciones durante el embarazo. ZAMORA ³⁴ encuentra que las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas.

3 de cada 10 gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, RAMIREZ ²⁶ reporta que el 31% de las gestantes adolescentes presentó complicaciones perinatales, los resultados de nuestro estudio muestran que las principales complicaciones perinatales fueron: sufrimiento fetal agudo, hiperbilirrubinemia, sepsis neonatal, y prematuridad. SANDOVAL ¹ encuentra con mayor frecuencia prematuridad y pequeños para edad gestacional. POMA ²³ encuentra como riesgos perinatales los traumas como cefalohematoma. MANRIQUE ²⁴ encuentran prematuridad, sepsis, ictericia y síndrome de distress respiratorio. BRUNET ²⁷ reporta depresión y bajo peso al nacer. ACEVEDO ²⁹ reporta que los recién nacidos de las madres adolescentes presentaron con mayor frecuencia dificultad respiratoria. PEÑA ³¹ reporta que las entidades neonatales más frecuentes fueron el peso bajo al nacer y sufrimiento fetal. ZAMORA ³⁴ encuentra que en los neonatos de las adolescentes la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria.

El que el control prenatal se relacione con la presencia de complicaciones obstétricas, puede estar explicado en su objetivo del programa, en la detección precoz de los signos de alarma durante el embarazo y la presencia de la morbilidad obstétrica, por lo que aquellas que van con frecuencia al control prenatal, tiene la posibilidad de tener un diagnóstico precoz y por ende la detección de una complicación durante su embarazo.

11. CONCLUSIONES

- Se evaluaron 145 gestantes adolescentes, el 67.6% presentan entre 17 a 19 años, el 47.6% proceden de la zona urbana, el 59.3% con nivel de instrucción secundaria, el 75.9% son primigesta, el 9.7% con antecedente de aborto, el 18.6% con menos de 376 semanas de gestación, el 71.7% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34.5% terminan su embarazo en cesárea.
- El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarro I grado (7.6%), preclampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%).
- El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y prematuridad (2.8%).
- El adecuado control prenatal se relacionó significativamente con la disminución de la presencia de complicaciones obstétricas.
- La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones no se relacionan con la frecuencia de complicaciones obstétricas.
- La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones y control prenatal no se relacionan con las frecuencia de complicaciones perinatales.

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar al Hospital II-1 de Moyobamba:

- Comparar las complicaciones obstétricas y perinatales con gestantes entre edades de 20 a 34 años, para determinar el riesgo del embarazo en adolescencia.
- Evaluar las indicaciones de cesáreas en las adolescentes que se atienden en el Hospital II-1 de Moyobamba.
- Fortalecer la salud sexual y reproductiva, promoviendo los programas de planificación familiar, en las adolescentes de la ciudad de Moyobamba.
- Intensificar la promoción de control prenatal para la mayor captación de gestantes adolescentes en la ciudad de Moyobamba.

CAPITULO V

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Sandoval J., Mondragón F., Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Estudio caso-control. Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34
2. Vázquez Á., Guerra C. Herrera V., de la Cruz F., Almirall A., Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001
3. Furzán J., Yuburí A., Eizaga S., García- Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas 2010;118(2):119-126
4. Klein JD. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. Committee on adolescence. Pediatrics. 2005;116(1):281-286.
5. Embarazo adolescente en el Perú.2013. <http://www.unfpa.org.pe/eaperu>
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013
7. Encuesta Demografica y de Salud Familiar 2014
8. Villón, J., Loyola E., Rosas E., Vera G., Tejada R. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica. 1998. Ginecol. & obstet;45(2):116-9, abr. 1999.
9. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. 2° ed. Asunción, Paraguay: EFACIM-EDUNA ; 2.000 : 158-163.
10. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina 2001; 107: 11-23.
11. Serra FG, Spaciuk SM, Morales E, Arce GM, Avalos ME, Gómez VY. Riesgo reproductivo del adolescente en corrientes. Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina 2002; 115:24-25
12. Távara L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol. obstet. 2004; 50 (2) : 111 – 122
13. Ramírez G. Juárez C., Pérez J. Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2008
14. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG [en línea] 2004 [25 de

noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm

15. Lezcano SA, Vallejos Arce MS, Sodero H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2005;149:6-8
16. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol obstet México. 2002;70(6):270-274.
17. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(2).
18. Díaz- Sánrhez V. U embarazo de la, adolescentes en México. Gac Méd Méx. 2003;139.
19. Saenz V. Embarazo y adolescencia resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol (Cuba) 2005; 84(31):2-10
20. Orozco Hechavarría N, Vaillant Orozco S, Cumbá Tamayo O. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia [artículo en línea]. MEDISAN 2005; 9 (2) <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.htm
21. Salazar Cutido B, Álvarez Franco E, Maestre Salazar LC, León Duharte D, Pérez Garí O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(3). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm>.
22. Germain A, Oyarsun E. Parto prematuro. [Monografía de Internet]*. Escuela de Medicina, Universidad de Lima: 2002 [acceso 6 de abril de 2006]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamento/obstetricia/altoriesgo/parto_prematuro.html
23. Poma M. Factores de riesgos maternos perinatales asociados a la gestión en adolescentes y las de edad avanzada en el Hospital Daniel A. Carrión – Huancayo. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad Peruana Los Andes – UPLA. 2007
24. Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):144-149
25. López E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero diciembre 2008. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina. 2008.

26. Ramírez G, Juárez C., Pérez J. Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2008
27. Brunet B., Diago D., Cedre A., Rodríguez D., Martínez B. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes. www.portalesmedicos.com/.../Complicaciones-mas-frecuentes
28. Morales J., Gutiérrez C., Mitma C., Siancas T., Palomino H. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008. Rev. peru. epidemiol. 2008, 12(3): 1-6
29. Acevedo M., Gómez D., Arbelo D., Rodríguez Iván. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". MEDISAN [revista en la Internet]. 2010 [citado 2015 Mar 18]; 14(7): 976-981.
30. Furzán J., Yuburí A., Eizaga S., García- Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas 2010;118(2):119-126.
31. Peña A. Peña W. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 43-48
32. Panduro J., Jiménez P., Pérez J., Panduro E., Peraza D., Quezada N. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704
33. Baena-Rivero A, Alba A, Jaramillo MC, Quiroga SC, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Aten Fam. 2012;19(4):82-85.
34. Zamora-Lares AN, Panduro-Barón JG, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA, González-Moreno J, Fajardo-Dueñas S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Revista Médica MD. 2013.4(4):233-238

14. ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE MOYOBAMBA II-1 Julio a Diciembre 2014

1. Características sociodemográficas de la gestante adolescente

Edad:..... años

1. < 14 años 2. 14 a 16 años 3. 17 a 19 años

Procedencia: 1. Urbano 2. Urbano-marginal 3. Rural

Nivel de Instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria
4. Superior/Técnica

2. Características obstétricas de la gestante adolescente

Número de Gestación: 1. Primigesta 2. Segundigesta 3. Multigesta

Antecedente de Aborto: 1. Si 2. No

Edad gestacional: 1. Pre término 2. A término 3. Post término

Control pre natal 1. 0 a 5 controles 2. 6 a más controles

Tipo de parto: 1. Eutócico 2. Cesárea 3. Instrumentado

3. Complicaciones obstétricas

Ninguna ()

Amenaza de aborto ()

Aborto ()

Amenaza de parto pretérmino ()

ITU ()

Hiperemesis gravídica ()

Anemia ()

DPP ()

Preeclampsia ()

Eclampsia ()

RPM ()

Distocias de presentación ()

- DCP ()
- Trabajo de parto prolongado ()
- Expulsivo prolongado ()
- Parto precipitado ()
- Desgarros perineales ()
- Desgarros cervicales ()
- Otros:

4. Complicaciones perinatales

- Ninguna ()
- Prematuridad ()
- Sufrimiento fetal agudo ()
- RNBP ()
- RNMBP ()
- RCIU ()
- Hipoglicemia ()
- Sepsis neonatal ()
- Obito fetal ()
- Natimuerto ()
- Otros:

