



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN
GESTANTES ADOLESCENTES MEDIAS Y TARDIAS
ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA
Enero a Diciembre 2013**

TESIS

Presentado por la Bachiller de Medicina Humana

SANCHEZ HOYOS LILIAN PATRICIA

ASESOR

Mg. S.P. RICARDO WILLIAM CHAVEZ CHACALTANA

Punchana – Iquitos

Perú

2014

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficas	vi
Resumen	vii
Capitulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	6
3. Objetivos	7
Capitulo II	
4. Marco Teórico	9
5. Hipótesis	24
6. Variables	25
7. Operacionalización de variables	26
Capitulo III	
8. Metodología	33
8.1 Tipo y Diseño de investigación	33
8.2 Población y Muestra	33
8.3 Técnicas e Instrumentos	34
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	35
8.5 Análisis e Interpretación	35
8.6 Protección de los Derechos humanos	36
Capitulo IV	
9. Resultados	38
10. Discusión	51
11. Conclusiones	54
12. Recomendaciones	56
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	58
14. Anexos	63

Dedicatoria:

A Dios porque su gracia nos sostiene y recordar que sin Él nada somos, a mi hija Bianca Sabdi Díaz Sánchez, por ser el motor de mi vida, a mi mamá Giovanna Hoyos por ser mi pilar, mi amiga, la que me alentó cuando quería caer, y por estar a mi lado sin importar las circunstancias, a mi hermano Sergio, a mi tía Rosana, a mis primas Maria Gracia y Jodie.

RECONOCIMIENTO:

A mi asesor, Mg SP. M.C. Ricardo William Chavez Chacaltana, por su apoyo y orientación en la culminación del presente trabajo de investigación.

A los Maestros UNAP, Dr. Edwin Villacorta Vigo, Dr. Eduardo Chuecas Velásquez, Dr. José Sánchez Arenas, por las enseñanzas, apoyo y confianza brindados en mi etapa de formación, así mismo por el gran calor humano hacia sus alumnos.

A Christian Hurtado, por el apoyo incondicional brindado durante este tiempo y su ayuda en la recolección de datos.

Al personal médico y administrativo del Hospital Iquitos, por sus enseñanzas, por las facilidades brindadas para la recolección de datos y por la amistad brindada.

Índice de Tablas

Tabla N ⁰ 1	Edad y procedencia de las gestantes adolescentes	38
Tabla N ⁰ 2	Edad y Nivel de instrucción de las gestantes adolescentes	38
Tabla N ⁰ 3	Edad y Gestación de las gestantes adolescentes	39
Tabla N ⁰ 4	Complicaciones Obstétricas en las gestantes adolescentes	43
Tabla N ⁰ 5	Complicaciones Perinatales en las gestantes adolescentes	44
Tabla N ⁰ 6	Edad y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes	45
Tabla N ⁰ 7	Procedencia y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes	46
Tabla N ⁰ 8	Nivel de instrucción y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes	47
Tabla N ⁰ 9	Número de gestaciones y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes	48
Tabla N ⁰ 10	Edad gestacional y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes	49
Tabla N ⁰ 11	Control prenatal y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes	50

Índice de Gráficas

Gráfica N ^o 1	Edad y Tasa de Aborto de las gestantes adolescentes	39
Gráfica N ^o 2	Edad y Tasa de pre término de las gestantes adolescentes	40
Gráfica N ^o 3	Edad y Tasa de pre término de las gestantes adolescentes	40
Gráfica N ^o 4	Edad y Tasa de cesárea de las gestantes adolescentes	41
Gráfica N ^o 5	Tasa de complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes	41
Gráfica N ^o 6	Tasa de complicaciones obstétricas y perinatales según edad de las gestantes adolescentes	42

Resumen

Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes medias y tardías atendidas Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013 **Bach. Lilian Patricia Sánchez Hoyos.**

Introducción

El embarazo en la adolescente es considerado un embarazo de alto riesgo ya que aumenta en ellas la incidencia de complicaciones de la madre y del recién nacido, entre más jóvenes mayor riesgo, en nuestro país, Loreto tiene la mayor tasa de embarazo en adolescentes, el presente estudio desea determinar la frecuencia de las complicaciones obstétricas y perinatales según la edad de las adolescentes.

Objetivo

Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes medias y tardías atendidas Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo, con una población de 980 gestantes adolescentes entre los 14 a 19 años atendidas en el 2013 en el Hospital Iquitos César Garayar García, se obtuvo una muestra de 276 que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se revisaron las historia clínica de la gestante adolescente y la historia perinatal del recién nacido, el muestreo fue a través de los números aleatorios.

Resultados

Se evaluaron 276 gestantes adolescentes, el 79.0% de las adolescentes presentaron complicaciones obstétricas y el 59.4% de las adolescentes presentan complicaciones perinatales. Las adolescentes tardías presentaron con mayor frecuencia complicaciones obstétricas (80.7%) y complicaciones perinatales (66.3%) que las adolescentes medias (76.4% y 49.1%).

Las gestantes adolescentes medias presentaron como complicación obstétrica a la anemia (29.1%), infección urinaria (25.5%), desgarro perineal (18.2%), y pre eclampsia (9.1%) y las gestantes adolescentes tardías presentaron: infección urinaria (30.1%), anemia (26.5%), desgarro perineal (10.8%), amenaza de aborto (10.8%) y pre eclampsia (8.4%).

Las gestantes adolescentes medias presentaron como complicación perinatal al RNBP (20.0%), SFA (10.9%), prematuridad (10.9%), sepsis (9.1%) e hipoglicemia (9.1%); mientras que las gestantes adolescentes tardías presentaron RNBP (32.5%), SFA (16.9%), sepsis (14.5%), prematuridad (13.3%) y RCIU (8.4%).

Las complicaciones obstétricas se relacionaron con las que proceden de la zona rural ($p=0.031$), con el menor nivel de instrucción ($p=0.006$), con las pre término ($p=0.000$), y con las que tienen ≥ 6 controles prenatales ($p=0.004$) pero no con la edad ($p=0.384$), ni con el número de gestaciones ($p=0.177$)

Las complicaciones perinatales se relacionaron con las adolescentes tardías ($p=0.004$), con las de pre término ($p=0.000$) y con las que tienen ≥ 6 controles prenatales ($p=0.025$) (Tabla N^o 11), pero no con la procedencia ($p=0.383$), ni con el nivel de instrucción ($p=0.895$), ni con el número de gestaciones ($p=0.637$)

Conclusiones

Las adolescentes presentan una tasa alta de complicaciones obstétricas y perinatales, no solo la edad es un factor determinante, sino impresiona que su presencia es multifactorial.

Palabras claves: adolescente, complicaciones, Loreto

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El embarazo en adolescentes, un problema de salud pública mundial, ha sido consistentemente asociado con mayores riesgos para la salud de la madre y con un peor pronóstico para el niño, a corto y a largo plazo. Aunque afecta virtualmente a todas las sociedades, esta situación reviste mayor gravedad en países en desarrollo, dado que la mayoría de estas gestaciones ocurre en dichas naciones, con el consiguiente aumento en la demanda de atención médica y social para las madres y sus niños ^{1,2}.

La vida sexual en los jóvenes empieza cada vez más temprano como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Uno de los efectos de esta precocidad en la vida sexual es el embarazo en la adolescencia. Son numerosos los estudios que refieren que el embarazo en la adolescencia conduce a una serie de problemas, tanto para la madre como para el producto ³. Se observa una mayor incidencia de parto pretérmino recién nacidos de bajo peso, depresión respiratoria y complicaciones perinatales ⁴.

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 ¹. A pesar de ello, se desconoce si el riesgo se debe primariamente a la inmadurez biológica de la adolescente o a las condiciones sociales precarias frecuentemente asociadas al embarazo en esta edad ⁵. Los estudios que han intentado esclarecer las causas primarias del problema han producido resultados controversiales. Algunos sugieren que el pronóstico adverso persiste aun después de controlar los factores socioeconómicos ¹; otros reportes no encuentran efectos negativos determinados por la edad ⁶, y finalmente, hay informes de una mejoría del resultado perinatal al controlar la condición socioeconómica ⁷.

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 ⁸.

En el periodo 1993-2005 los departamentos de Loreto, Ucayali y Madre de Dios en la selva, y los departamentos de Apurímac, Huancavelica y Ayacucho en el Trapecio Andino, registran los índices más altos de crecimiento de la población en edades jóvenes. Por otro lado, en todos los departamentos del país, los adolescentes de 10 a 14 años sufren niveles de pobreza más altos que los de la población total en cada departamento ⁹.

Según ENDES 2011 ¹⁰ el inicio de relaciones sexuales en mujeres de la zona rural es de 17.7 años, a nivel Urbana de 19.1 años; en la Selva 16.8 años a diferencia de la Sierra 18.6 años y en resto de la costa de 19.0 años. Lima metropolitana el promedio de inicio es de 19.5 años; adolescentes sin educación a los 17.2 años; Loreto 16.6 años de edad, Ucayali 16.9 años, San Martín 16.8 años, Madre de Dios 17.2 y Amazonas 17.3 años de edad.

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 ¹¹, pues el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre (11%) o está gestando por primera vez (2%) ^{12,13}.

Según el fondo de poblaciones de naciones unidas (UNFPA) ¹¹ en el 2012 el problema de embarazo adolescente en el Perú mostraba que el 13% de las mujeres entre los 15 y 19 años han salido embarazadas; entre los hombres de la misma edad menos del 1% son padres entre las más pobres, el 26% entre las menos pobres se han embarazado el 3% son más vulnerables a quedar embarazadas si tienen poca educación, si viven en el área rural, urbano-marginal o en la selva; 1 de cada 5 adolescentes en el área rural se han embarazado entre los 15 y 19 años, el 38% de las adolescentes en el área rural que hablan lenguas nativas se embarazaron; 7 de cada 100 muertes por causas maternas son madres de 17 años o menos; solo el 32% de las mujeres embarazadas entre los 15 y 19 años deseaban estar embarazadas; 6 de cada 10 mujeres adolescentes no unidas y sexualmente activas usan métodos

anticonceptivos modernos 53% de los hombres adolescentes no unidos y sexualmente activos usan condón.

La incidencia de embarazos en adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado, los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%) ^{14,15}.

Según el Análisis Situacional ¹⁶ del Hospital Iquitos "César Garayar García", anota que es un centro de referencia y estratégicamente ubicado que recibe población de los diferentes distritos de la ciudad como de Iquitos, Punchana, Belén y San Juan. Reporta una alta tasa de embarazo en adolescentes, mayor a lo reportado por el Hospital Regional de Loreto y del Hospital del Seguro Social.

El embarazo en la adolescente es en la actualidad un tópico de amplio interés en la medicina en general y la ginecología y obstetricia en particular, ya que se ha observado en los últimos años un incremento definitivo de mujeres dando a luz en este grupo de edad.

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, pues como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, han aumentado considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas. El adelanto de la edad de la menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros; podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública.

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.

En vista del alto porcentaje de partos de embarazadas adolescentes el objetivo de este estudio es determinar las complicaciones obstétricas y perinatales que presenta las adolescentes según su edad, así como identificar los factores que influyen en su presencia con el propósito de establecer estrategias para su adecuada prevención.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes medias y tardías atendidas Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes medias y tardías atendidas Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013.

3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas de la gestante adolescente media y tardía como: Edad, procedencia, nivel de instrucción.
2. Identificar las características obstétricas de la gestante adolescente media y tardía como: número de gestaciones, abortos, edad gestacional, control prenatal, tipo de parto.
3. Determinar las complicaciones obstétricas (trabajo de parto prolongado, desproporción cefalopélvica, pre eclampsia, eclampsia, hemorragia, atonía uterina, etc.) de la gestante adolescente media y tardía.
4. Determinar las complicaciones perinatales (RNBP, prematuridad, RCIU, sufrimiento fetal, etc.) de la gestante adolescente media y tardía.
5. Relacionar la frecuencia de complicaciones obstétricas con las características sociodemográficas y obstétricas de la gestante adolescente media y tardía.
6. Relacionar la frecuencia de complicaciones perinatales con las características sociodemográficas y obstétricas de la gestante adolescente media y tardía.

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 ^{17,18}.

La adolescencia se divide en **Adolescencia Temprana (10 a 13 años)** que se caracteriza por ser un periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

La Adolescencia media (14 a 16 años) es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

En la Adolescencia tardía (17 a 19 años) casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales ^{1,2}.

b. Definición de Embarazo en adolescente

Se le define como: "el que ocurre dentro de los dos 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 ¹⁹.

c. Factores predisponentes del Embarazo en adolescente

Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años, en el siglo XIX, alrededor de 12-13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Los adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo ²⁰.

Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención ¹⁸.

Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor ²¹.

Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo ¹⁸.

Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores ¹⁸.

Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean ²².

Fantasías de Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles ²².

Falta o Distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, entre otros ²².

Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas ²².

Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo ¹⁹.

d. Embarazo adolescente en el Perú

Prácticamente estable en las últimas décadas entre el 12 y 13%, el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años oculta una persistente heterogeneidad, sobre todo si no es planificado. Al compararlas con los hombres, menos de 1% de ellos son padres a la misma edad. En los estratos de mayor riqueza el embarazo en

adolescentes representa la décima parte de la observada en las zonas más pobres. Aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí donde se registra una leve tendencia al aumento, a diferencia de la tendencia al descenso registrada en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en áreas de la selva (superior al 30% en el 2012 en Loreto) ²³.

e. Complicaciones del Embarazo en adolescente

El impacto de la fecundidad adolescente en la morbilidad clínica durante el embarazo es muy variable. La anemia es tal vez la patología más frecuente, dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años. Coinciden los dos períodos de mayor demanda nutricional del ser humano. La segunda patología de mayor frecuencia es la infección urinaria de la embarazada adolescente, que contribuye al parto prematuro. La tercera patología es el aumento de la presión arterial o pre eclampsia, que contribuye al menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria ²⁴⁻²⁷.

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente ²⁸⁻³² 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

f. Complicaciones Perinatales en Embarazo Adolescentes

En lo que respecta a las patologías del parto, diversos estudios señalan que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto, debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, por lo tanto más trabajos de parto prolongados y mayor uso de fórceps y cesáreas.

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 ³³.

Sin duda la mayor incidencia de parto pretérmino está ligado a la disminución del nivel socio-económico y disminución de los cuidados médicos.

En la aparición del Retardo de Crecimiento Intrauterino, la edad de la joven es un factor determinante, acumulándose los casos en menores de 15 años.

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 gestacional, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, muerte neonatal y muerte perinatal ^{34,35}.

g. Antecedentes

ZAMORA y col. (2013) ³⁶ 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.

PANDURO y col. (2012) ³⁷ 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

FURZAN y col. (2010) ³⁸ 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-contrroles. La población seleccionada incluyó 600 madres y sus hijos, distribuidos en dos grupos: casos (n= 120, resultado perinatal adverso) y controles (n= 480, resultado perinatal no adverso). La identificación de los factores de riesgo se hizo mediante la estimación de la razón de probabilidades (RP) y por análisis multivariado discriminante. 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). El modelo predictivo, obtenido a través del análisis multivariado, mostró una sensibilidad moderada (65 %) y una alta especificidad (92 %). El conocimiento y el control de estos factores pueden mejorar la eficacia de los programas prenatales preventivos en embarazadas adolescentes. En la población analizada, parece importante la prevención de la actividad sexual precoz y de las uniones inestables, la promoción de un cuidado prenatal especializado para la adolescente, y un tratamiento enérgico de las complicaciones gestacionales y del parto.

De la GALVEZ (2009) ³⁹ identifico las complicaciones más frecuentes del embarazo y parto y construir índices para las mismas, realizando un estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de casos, basado en las estadísticas nacionales del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 2005). Fueron seleccionadas 23 prestaciones: cuatro de producción de servicios, catorce complicaciones del embarazo y parto, y cinco complicaciones de la atención. El índice para cada complicación ha sido obtenido sobre el total de partos y cesáreas atendidos, por Departamento. La cobertura de parto del SUMI fue 49,3%, y 17,3% el índice de cesáreas. El embarazo ectópico fue tres veces más

frecuente que el molar. El índice de preeclampsia grave y eclampsia, muy parecido al de hiperémesis gravídica y al de abortos complicados. De cada diez hemorragias, nueve fueron por retención de placenta o atonía uterina post-parto. Los desgarros perineales y del cuello del útero fueron las complicaciones más frecuentes de la atención. Los índices de morbilidad obstétrica y de complicaciones de la atención fueron muy elevados. Se requiere verificar mediante auditorias el cumplimiento de normas. Es necesario realizar estudios específicos para comprender con más precisión las realidades encontradas en el presente trabajo.

LOPEZ (2008) ⁴⁰ determino la frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008. La muestra fue tomada de historias clínicas, y se excluyeron a aquellas que no presentaron complicaciones. El 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). 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 desgarro 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. El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en la población de las zonas rurales, casadas y con una instrucción de secundaria incompleta. La complicación que más se presenta es la cesárea.

BRUNET y col. (2008) ⁴¹ 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.

RAMIREZ y col. (2008) ¹⁹ 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, de enero 2,002 a enero 2,007. Se revisaron 8,082 casos de adolescentes embarazadas, 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. Las características demográficas presentadas por las adolescentes fueron 16 años de edad promedio, soltera, con algún grado de educación primaria, amas de casa e indígenas del área rural, se presentó complicaciones en los tres trimestres del embarazo. Las complicaciones más frecuentes fueron metrorragias, aborto espontáneo, infección del tracto urinario, anemia, amenaza y parto pretérmino, desproporción cefalopélvica, y trabajo de parto prolongado. La razón de mortalidad materna adolescente se considera similar a la Línea Basal de mortalidad materna reportada para el país.

MANRIQUE y col. (2008) ⁴² determinaron la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, durante el año 2005, patologías asociadas y complicaciones neonatales, en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello, Estado Carabobo. La 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%).

POMA (2007) ⁴³ en su estudio realizado en el Hospital Daniel A. Carrión de la ciudad de Huancayo concluye: Los factores de riesgos maternos perinatales asociados a la gestación en adolescentes y las de edad avanzada en el Hospital Daniel A. Carrión el año 2006, dentro de los riesgos maternos durante el embarazo son mayores en las adolescentes siendo la anemia altamente significativa ($p < 0,01$), seguida de 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, por lo que no existe diferencia significativa ($p > 5$). 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 ($p > 0,5$). 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 en un porcentaje mínimo pero no hay diferencia estadística significativa ($p > 0,5$).

MAYER y col. (2006) ⁴⁴ determinaron las complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías. Realizaron un estudio analítico, observacional, comparativo entre adolescentes tempranas y tardías en relación con el tipo de parto y las complicaciones perinatales en el Hospital “Dr. Ramón Madariaga” de Posadas-Misiones entre enero de 2004 y diciembre de 2004. El 22.10% de partos en el periodo de estudio correspondieron a adolescentes; el 16.30% fueron distócicos, con más frecuencia entre

adolescentes tardías. Los recién nacidos de bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tardías. Las adolescentes tardías tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal.

MONDRAGON y col. (2005) ⁴⁵ identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes al compararlas con un grupo control en el Hospital Sergio Bernales. Evaluaron a 162 participantes cada uno, escogidas aleatoriamente y distribuidas por edad en grupo caso (10 a 19 años) y control (20 a 29 años). Dentro del grupo caso el 6.79% corresponde a las adolescentes tempranas. La media de la edad de 17.7 años en el grupo caso y 24.4 en el control. Se observó que las parejas con unión estable (casada) y con mayor grado de instrucción fue en mayor porcentaje en el grupo control que en las adolescentes. La ocupación principal de la adolescente fue la de ama de casa en relación al grupo control (P=NS). La frecuencia de control prenatal fue ligeramente menor en adolescentes, sin diferencia significativa (82.72% vs. 88.89%). Se comparó la presencia de 15 patologías del embarazo siendo la Infección de tracto urinario la única complicación que se presentó con mayor frecuencia en la adolescente (P<0.05), por el contrario el desprendimiento prematuro de placenta y la distocia de presentación fueron más frecuentes en el grupo control (P=S). No se presentaron mayores complicaciones tanto en el parto como el puerperio. Los resultados neonatales fueron similares en ambos grupos, encontrándose un caso de VIH+ (0.62%) correspondiente al grupo adolescente. Solo se presentó un caso de muerte neonatal siendo esta en el grupo control. Concluyen que la incidencia de complicaciones del embarazo es mayor en las adolescentes, sin embargo los resultados de parto, puerperio, así como perinatales son similares en primigestas de ambos grupos etéreos.

CHOQUE (2004) ⁴⁶ realizó el estudio titulado “Factores de Riesgos Obstétricos en el Embarazo de Adolescentes” de tipo observacional, descriptivo, de prevalencia, realizado de manera retrospectiva en el Hospital Dos de Mayo durante el año 2003;teniendo los siguientes resultados, la infección del tracto urinario, el desprendimiento prematuro de placenta, el trabajo de parto

prolongado, la cesárea, y los recién nacidos con puntaje Apgar menor de siete, siendo, los únicos con significancia estadística, la anemia $p = 0,014$, (OR = 1,6, IC 95%; 1,100 – 2,386), la infección del tracto urinario $p = 0,049$, (OR = 1,384, IC 95%; 1,000– 1,916), el Síndrome hipertensivo del embarazo $p = 0,027$, (OR = 0.027, IC95%; 1,047 –3,853) y los recién nacidos grandes para la edad gestacional $p = 0,0001$, (OR =1,891,IC95%; 1,347 – 2,655).

BOJAMINI y col (2004) ⁴⁷ al evaluar los resultados obstétricos y perinatales de 1,160 pacientes atendidas entre junio del 2000 y octubre de 2001, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en Medellín, Colombia, encuentra que el 28,6% de las pacientes eran adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Encuentran que el parto pretérmino se presentó en el 53,6% y en 50.4% en adultas. El bajo peso al nacer se presentó en el 43% de las adolescentes y en el 39,9% de las mujeres mayores. Con respecto al Apgar al minuto y a los cinco minutos, los dos grupos fueron muy similares; también en lo referente a las muertes anteparto (2,1% para cada grupo). Al evaluar la presencia de enfermedades en el recién nacido, se encontró que el 67,3% de los bebés de las pacientes adolescentes no tenían ninguna enfermedad y en las mujeres mayores, ese porcentaje fue del 70,7%. La prematuridad se diagnosticó en el 18,1% de los hijos de madres adolescentes, y en el 13,6% de los hijos de madres mayores. El 1,7% de los recién nacidos hijos de madres adolescentes murieron antes de ser dados de alta, mientras que ese porcentaje fue del 3% en los hijos de madres de mayor edad.

HERNANDEZ y col. (2003) ⁴⁸ evaluaron embarazos adolescentes en los Hospitales de Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" y Territorial de Colón "Mario Muñoz Monroy" y Matanzas, se observó que aunque con incidencias muy parecidas el considerable el incremento de las cesáreas, el parto pretérmino con el consiguiente aumento del indicador de bajo peso, así como un elevado índice de asfixia con influencia de este grupo en la mortalidad fetal tardía.

MARTINEZ y col. (2002) ⁴⁹ evaluaron a 150 embarazadas adolescentes pertenecientes a todos los consultorios del policlínico docente "Manuel González

Díaz" del municipio Bahía Honda, provincia Pinar del Río - Cuba, encuentra que las alteraciones más frecuentes durante el embarazo fueron la anemia (55,3 %), sepsis urinaria (52 %), amenaza de parto pretérmino (11,3 %), amenaza de aborto (7,3 %) y el 4,7 % presentaron hipertensión gestacional.

VALDEZ y col. (2002) ⁵⁰ evaluaron 132 adolescentes que parieron en el Hospital Municipal de Santa Cruz del Sur, y se comparó con un grupo control de 132 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha. Se encontró una mayor incidencia de morbimortalidad perinatal, como el 21,2% de los neonatos presentó alguna complicación; el bajo peso al nacer con 9 (6,8%), la depresión al nacer y el impétigo con 6 cada una (4,5%) fueron las más importantes. Mientras en el grupo control solo ocurrieron en el 6% de los neonatos.

LARA y col. (2001) ⁵¹ determinaron las características obstétricas de la paciente adolescente embarazada atendida en la sala de Labor y Partos del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, realizando un estudio descriptivo y transversal. Se tomó una muestra de 650 pacientes adolescentes embarazadas que fueron atendidas en la sala de Labor y Parto del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela en el período de Mayo 1998 a Septiembre del 2000. La edad media de las 650 pacientes estudiadas fue de 17.2 años; el 10.9% de ellas eran menores de 15 años de edad. El 74.4% de las pacientes procedían del área urbana. En cuanto a la escolaridad, el 8.5% eran analfabetas y el 46.8% habían cursado estudios primarios completos. Con respecto las características obstétricas; el 84.3% ingresaron con embarazos a término y el 9.8% con embarazos pretérmino. El 64.3% de las pacientes eran primigestas al ingreso y la media de la paridad fue de 2.1 embarazos. El parto normal ocurrió en el 86.7% y la cesárea fue la vía de evacuación en el 13.3% y la causa más común de ésta fue la presentación pélvica en el 4.1%. Las complicaciones del embarazo más comunes fueron la ruptura prematura de membranas en 6.7%; la hipertensión inducida por el embarazo y el post-datismo en el 4.1 % cada uno. Con respecto al recién nacido el Apgar fue de 7—10 en un 97%; el 14.7% de los recién nacidos presentaron peso menor de 2500 gramos. La complicación más común fue la prematuridad en un 6.3%. Las características obstétricas de la adolescente embarazada en este estudio son muy parecidas a los resultados obtenidos de la

literatura internacional, los cuales no confirman la hipótesis que este grupo de edad está más expuesto a complicaciones obstétricas.

VASQUEZ y col. (2001) ⁵² realizaron un estudio de casos y controles de las 2 055 madres menores de 20 años, que tuvieron su parto en el Hospital Provincial docente “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, Provincia Granma, en el período 1993-1997. Se establecieron comparaciones con igual número de madres de 20 a 30 años. Las complicaciones neonatales más frecuentes encontradas fueron los deprimidos más frecuentes en las adolescentes (8,5 %), que en el grupo control donde fue de 6,9 %. Los fetos muertos tuvieron poca diferencia en ambos grupos (1,3 y 0,9 %), respectivamente. Los recién nacidos del 10,9 % de las jóvenes tuvieron bajo peso al nacer y de ellos, el 6,9 % era de 2 000- 2 499 g. En los controles, el bajo peso fue de 9,6 % por debajo del anterior.

YU TANG (2000) ⁵³ en su estudio analítico, observacional, comparativo entre adolescentes tempranas y tardías en relación con el tipo de parto y las complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión entre enero de 1995 y diciembre 1997; encuentra que el 18,6% de partos en el periodo de estudio correspondieron a adolescentes; el 21% fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tempranas ($p < 0,05$). Los recién nacidos de bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tempranas ($p < 0,05$). Concluyen que las adolescentes tempranas tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal y complicaciones perinatales.

SAES (2000) ⁵⁴ realizó un estudio retrospectivo de caso control con el objetivo de conocer los resultados perinatales en las adolescentes atendidas en el Hospital "Clodomira Acosta Ferrales" de Ciudad Habana, del 1ro. De enero de 1999 al 31 de marzo de 2000. El grupo de estudio, 184 adolescentes, se comparó con un grupo control representado por las gestantes de 20 a 24 años ($n = 439$) atendidas en dicho centro en igual periodo de tiempo. En cuanto al peso de los recién nacidos, el porcentaje de bajo peso fue similar en el grupo de estudio y en el

control (4.8% y 4.9% respectivamente), hubo un predominio de neonatos deprimidos entre las madres precoces, más notorio en las menores de 17 años, las cuales aportaron un 15.7% de recién nacidos con asfixia moderada y un 3.8% con asfixia severa, resultados estadísticamente significativos.

5. HIPOTESIS

- Las gestantes adolescentes medias tienen mayor riesgo obstétrico y perinatal que las gestantes adolescentes tardías en el Hospital Iquitos César Garayar García.
- Existe mayor riesgo materno durante el embarazo de una adolescentes media como anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, infección de tracto urinario, hipertensión inducida por el embarazo, que las gestantes adolescentes tardías en el Hospital Iquitos César Garayar García.

6. VARIABLES

Variable Dependiente

- Complicaciones obstétricas
- Complicaciones perinatales

Variables Independientes

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

Variables Interviniente

- Embarazo adolescente

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas	Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio dentro de la población; contará con las siguientes subvariables: Edad, Procedencia, nivel de instrucción.	Edad que anota la entrevistada, corroborado con la fecha de nacimiento de su DNI y/o del SIS	<p>Edad: tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento a la fecha del parto.</p> <p>Adolescencia media: Es la adolescencia propiamente dicha; que se encuentra entre los 14 a 16 años de edad.</p> <p>Adolescencia tardía: Adolescente entre los 17 a 19 años de edad.</p>	Continua	Edad de la adolescente: 1. 14 a 16 años 2. 17 a 19 años
		Dirección de la paciente registrada en la historia clínica y en el SIS	<p>Urbano: la gestante reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad.</p> <p>Urbanomarginal: La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano.</p> <p>Rural: la gestante reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.</p>	Nominal	Procedencia: 1. Urbano 2. Urbanomarginal 3. Rural
		Nivel de instrucción registrado en la Historia Clínica	Nivel de instrucción: último año cursado por la adolescente, como es un estudio retrospectivo se usará el dato registrado en la historia clínica	Ordinal	Nivel de Instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/técnica

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
			<p>Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo</p> <p>Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta.</p> <p>Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta.</p> <p>Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta</p>		
Características obstétricas	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes antecedente de aborto, número de gestaciones, edad gestacional, control prenatal.	Fórmula obstétrica	<p>G: Gravidez</p> <p>P: Partos de embarazos a término</p> <p>A: Abortos</p> <p>P: Prematuros</p> <p>V: Vivos actuales.</p>	Nominal	Antecedente de aborto: 1. Si 2. No
				Nominal	Gestaciones: 1. Primígesta 2. Segundigesta 3. Multígesta
		FUR	<p>Edad Gestacional: fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud.</p> <p>Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas.</p>	Nominal	Edad Gestacional: 1. Pre término. 2. A término 3.. Post término

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
			<p>A término: Embarazo entre las 37 semanas 42 semanas.</p> <p>Post término: Embarazo mayor a 42 semanas</p>		
Características obstétricas		Número de controles registrado en la Historia clínica.	<p>Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal.</p> <p>Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control</p>	Nominal	<p>CPN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controlada 2. No controlada
		Registro del tipo de parto en la historia clínica	Tipo de Parto: forma como nace el recién nacido, vaginal o abdominal (Cesárea)	Nominal	<p>Tipo de parto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Instrumentado
Complicaciones obstétricas	Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que se presentan durante el embarazo y trabajo de parto que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo del producto como: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, entre otros.	Registro de la complicación obstétrica en la historia clínica	<p>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.</p> <p>Aborto: Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la</p>	Nominal	<p>Complicaciones obstétricas</p> <p>Ninguna ()</p> <p>Amenaza de aborto ()</p> <p>Aborto ()</p> <p>Amenaza de parto pretérmino ()</p> <p>ITU ()</p> <p>Hiperemesis gravídica ()</p> <p>Anemia ()</p> <p>DPP ()</p> <p>Preeclampsia ()</p> <p>Eclampsia ()</p> <p>RPM ()</p> <p>Distocias de presentación ()</p> <p>DCP ()</p>

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Complicaciones obstétricas	Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que se presentan durante el embarazo y trabajo de parto que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo del producto como: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, entre otros.	Registro de la complicación obstétrica en la historia clínica	<p>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 11 g/ml. durante la gestación.</p> <p>Pre eclampsia: Gestante > 20 semanas con PAD\geq90 mmHg y/o PAS\geq140 una proteinuria igual o > de 300 mg en orina de 24 horas.</p> <p>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</p> <p>Desgarro perineal: Los desgarros son rasgaduras</p>		<p>Trabajo de parto prolongado ()</p> <p>Expulsivo prolongado ()</p> <p>Parto precipitado ()</p> <p>Desgarros perineales ()</p> <p>Desgarros cervicales ()</p> <p>Otros:</p>

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
			de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor, según su profundidad se clasifica de I a IV grado		
Complicaciones perinatales	Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud del producto que aumenta el riesgo de fallecer durante el embarazo o después de nacer, estas	Registro de la complicación perinatal 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.</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</p>	Nominal	<p>Complicaciones perinatales</p> <p>Ninguna ()</p> <p>Prematuridad ()</p> <p>Sufrimiento fetal agudo ()</p> <p>RNBP ()</p> <p>RNMBP ()</p> <p>RCIU ()</p> <p>Hipoglicemia ()</p> <p>Sepsis neonatal ()</p> <p>Obito fetal ()</p> <p>Otros:</p>

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Complicaciones perinatales	Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud del producto que aumenta el riesgo de fallecer durante el embarazo o después de nacer, estas	Registro de la complicación perinatal en la historia clínica	<p>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 intrauterino aquél recién nacido cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del percentil 10 según la curva preestablecida que relaciona peso y edad gestacional del Lubchenco</p> <p>Bajo peso al nacer: Recién nacido con peso menor de 2500 gramos</p>		

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

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 980 gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre Enero a Diciembre del 2013.

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por 276 gestantes adolescentes que cumplieron 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 1092

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

$$TM = 384.16 / (1 + (384.16/980)) = 276$$

Los criterios de inclusión fueron:

- Gestantes adolescente entre los 14 a 19 años de edad con parto en el Hospital Iquitos César Garayar García
- Historia clínica de la madre completa.
- Historia clínica perinatal

Los criterios de exclusión al estudio fueron:

- 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 Técnica e instrumento

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, entre otros; y en el cuarto ítem complicaciones perinatales como: prematuridad, recién nacido de bajo peso, retardo crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, entre otros.

8.4 Procedimiento de recolección de datos

Aprobado el proyecto se presentó la solicitud al Director del Hospital para su evaluación y aceptación por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Iquitos "César Garayar García".

A través de la revisión del libro de hospitalización del Servicio de Maternidad se verificaron los números de historias clínicas de las gestantes adolescentes entre los 14 a 19 años de edad, se revisó para saber si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión al estudio; a través de los números aleatorios random se obtuvo las 276 historias para su revisión.

Los datos recolectados fueron verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se clasificó y ordenó según las variables a estudiar para su almacenamiento.

8.5 Análisis e interpretación

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 15.0, luego se procedió a realizar análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas multivariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia; se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables.

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 media y tardía

De las 276 gestantes adolescentes, 110 (39.9%) fueron adolescentes entre 14 a 16 años y 166 (60.1%) adolescentes entre 17 a 19 años, en ambos grupos de edad procedieron de la zona urbano-marginal de la ciudad (Tabla N^o 1).

Tabla N^o 1
Edad y procedencia de las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Edad	14 a 16 años		17 a 19 años		Total	
Urbano	26	23.6%	56	33.7%	82	29.7%
Urbano-marginal	62	56.4%	82	49.4%	144	52.2%
Rural	22	20.0%	28	16.9%	50	18.1%
Total	110	100.0%	166	100.0%	276	100.0%

El 49.3% de las adolescentes presentan nivel de instrucción secundaria y el 40.6% nivel de instrucción primaria (Tabla N^o 2).

Tabla N^o 2
Edad y Nivel de instrucción de las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Nivel de instrucción	14 a 16 años		17 a 19 años		Total	
Sin estudios	6	5.5%	10	6.0%	16	5.8%
Primaria	62	56.4%	50	30.1%	112	40.6%
Secundaria	42	38.2%	84	50.6%	136	49.3%
Técnica/Superior	0	0.0%	12	7.2%	12	4.3%
Total	110	100.0%	166	100.0%	276	100.0%

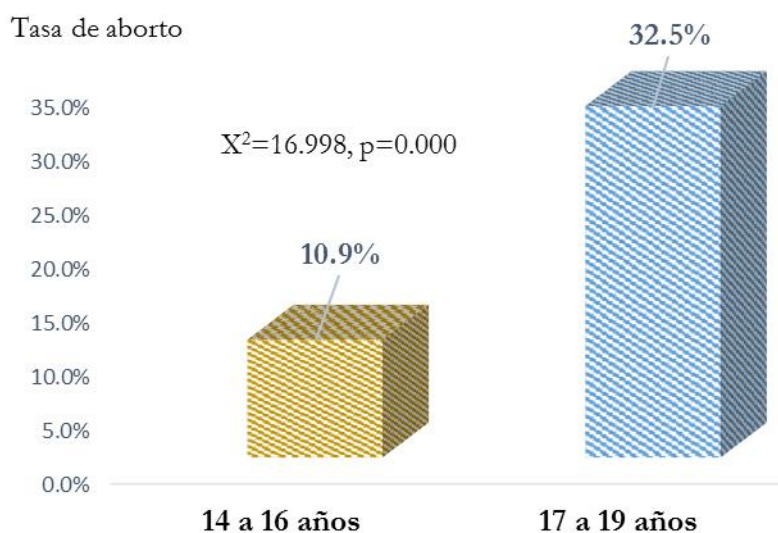
b) Características obstétricas de la gestante adolescente media y tardía

El 60.9% de las adolescentes son primigesta, las adolescentes medias son primigestas con mayor frecuencia (80.0%), mientras que las adolescentes tardías tienen una proporción muy semejante entre primigesta (48.2%) y segundigestas (44.6%) (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Edad y Gestación de las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

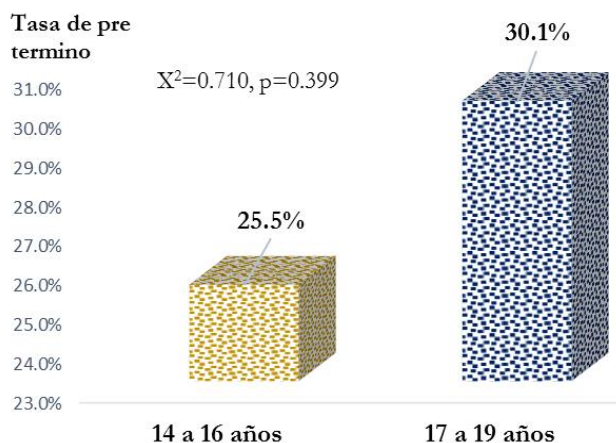
Gestación	14 a 16 años		17 a 19 años		Total	
Primigesta	88	80.0%	80	48.2%	168	60.9%
Segundigesta	22	20.0%	74	44.6%	96	34.8%
Multigesta	0	0.0%	12	7.2%	12	4.3%
Total	110	100.0%	166	100.0%	276	100.0%

El 23.9% (66/276) de las adolescentes presentaron como antecedente aborto, la tasa de aborto en las adolescentes tardías fue de 32.5% (54/166) y de las adolescentes medias de 10.9% (12/110); esta diferencia fue significativa ($p = 0.000$) (Gráfica N° 1).



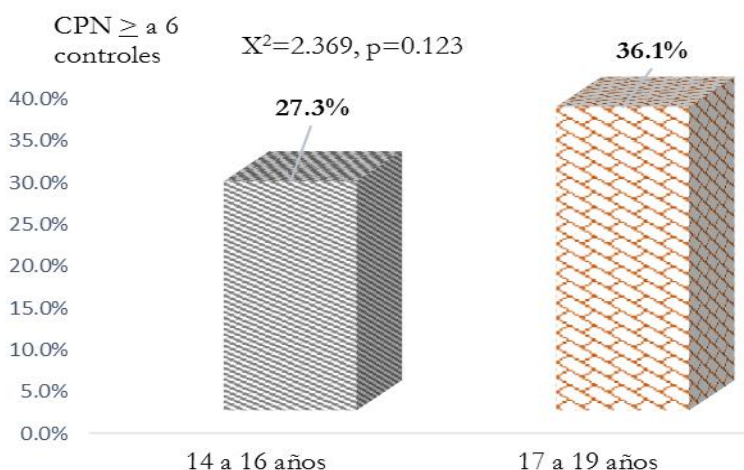
Gráfica N° 1
Edad y Tasa de Aborto de las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

El 28.3% (78/276) de las adolescentes presentaron edad gestacional pre termino, la tasa de pre termino en las adolescentes tardías fue de 30.1% (50/166) y de las adolescentes medias de 25.5% (28/110); esta diferencia no fue significativa ($p = 0.399$) (Gráfica N° 2).



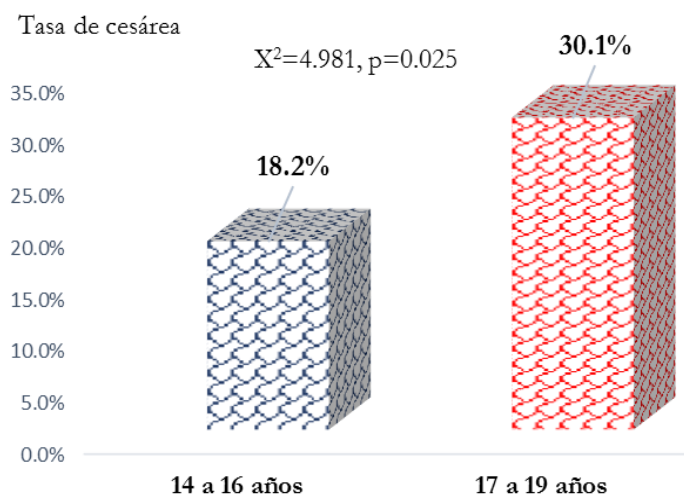
Gráfica N° 2
Edad y Tasa de pre término de las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

El 32.6% (90/276) de las adolescentes presentaron CPN ≥ 6 , el 36.1% de las adolescentes tardías y el 27.3% de las adolescentes medias tuvieron 6 a más controles pre natales; esta diferencia no fue significativa ($p = 0.123$) (Gráfica N° 3).



Gráfica N° 3
Edad y Tasa de pre término de las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

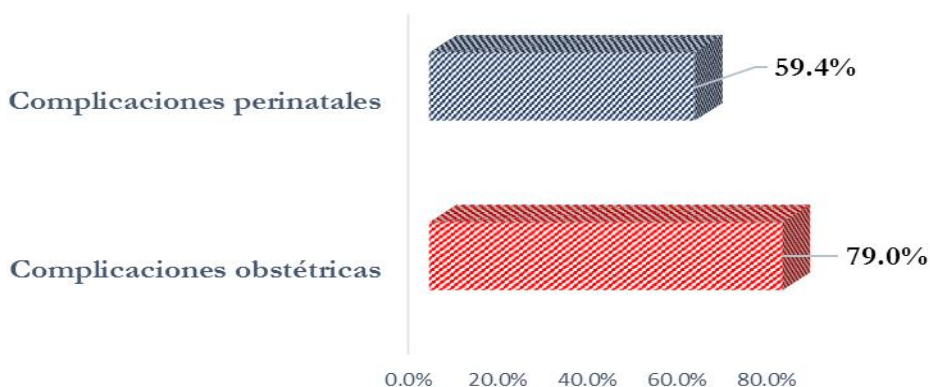
El 25.4% (70/276) de las adolescentes presentaron cesáreas, el 30.1% de las adolescentes tardías y el 18.2% de las adolescentes medias tuvieron cesáreas; esta diferencia fue significativa ($p = 0.025$) (Gráfica N° 4).



Gráfica N° 4
Edad y Tasa de cesárea de las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

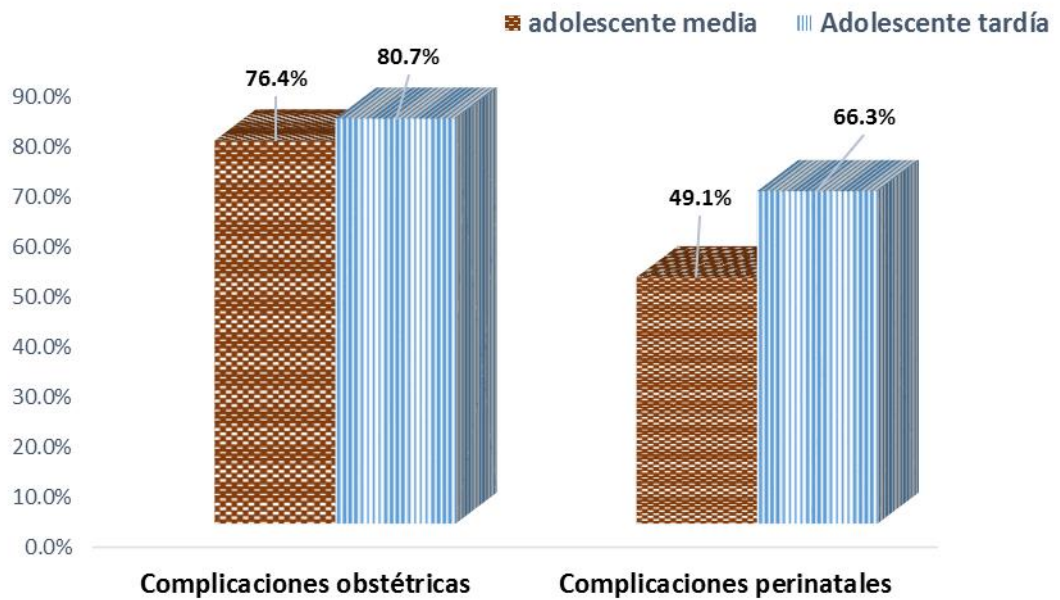
c) Complicaciones obstétricas y perinatales

El 79.0% de las adolescentes presentaron complicaciones obstétricas y el 59.4% de las adolescentes presentan complicaciones perinatales (Gráfica N° 5).



Gráfica N° 5
Tasa de complicaciones obstétricas y perinatales
en las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Las adolescentes tardías presentaron con mayor frecuencia complicaciones obstétricas (80.7%) y complicaciones perinatales (66.3%) que las adolescentes medias (76.4% y 49.1% respectivamente) (Gráfica N° 6).



Gráfica N° 6
Tasa de complicaciones obstétricas y perinatales
Según edad de las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Las principales complicaciones obstétricas que presentan las gestantes adolescentes fueron infección urinaria (28.3%), anemia (27.5%), desgarro perineal (13.8%), pre eclampsia (8.7%) y amenaza de aborto (8.0%) (Tabla N° 4).

Las gestantes adolescentes medias presentaron anemia (29.1%), infección urinaria (25.5%), desgarro perineal (18.2%), y pre eclampsia (9.1%) (Tabla N° 4).

Las gestantes adolescentes tardías presentaron infección urinaria (30.1%), anemia (26.5%), desgarro perineal (10.8%), amenaza de aborto (10.8%) y pre eclampsia (8.4%) (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Complicaciones Obstétricas en las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Complicación Obstétrica	14 a 16 años		17 a 19 años		N°	
ITU	28	25.5%	50	30.1%	78	28.3%
Anemia	32	29.1%	44	26.5%	76	27.5%
Desgarro perineal	20	18.2%	18	10.8%	38	13.8%
Pre eclampsia	10	9.1%	14	8.4%	24	8.7%
Amenaza de aborto	4	3.6%	18	10.8%	22	8.0%
Distocia de presentación	4	3.6%	14	8.4%	18	6.5%
Expulsivo prolongado	4	3.6%	8	4.8%	12	4.3%
Hiperémesis gravídica	2	1.8%	4	2.4%	6	2.2%
DPP	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
Aborto	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
Desproporción cefalopélvica	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
Eclampsia	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
Trabajo de parto prolongado	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
Oligohidramnios	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
RPM	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
APP	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
Desgarro cervical	2	1.8%	0	0.0%	2	0.7%
Retención de restos ovulares	1	0.9%	0	0.0%	1	0.4%
Sífilis	1	0.9%	0	0.0%	1	0.4%
TBC	1	0.9%	0	0.0%	1	0.4%
Total de adolescente	110	100.0%	166	100.0%	276	100.0%

Las principales complicaciones perinatales que presentan las gestantes adolescentes fueron RNBP (27.5%), SFA (14.5%), sepsis (12.3%), prematuridad (12.3%), RCIU (6.5%) e hipoglicemia (6.5%) (Tabla N° 5).

Las gestantes adolescentes media presentaron RNBP (20.0%), SFA (10.9%), prematuridad (10.9%), sepsis (9.1%) e hipoglicemia (9.1%) (Tabla N° 5).

Las gestantes adolescentes tardías presentaron RNBP (32.5%), SFA (16.9%), sepsis (14.5%), prematuridad (13.3%) y RCIU (8.4%) (Tabla N° 5).

Tabla N° 5
Complicaciones Perinatales en las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Complicación Perinatal	14 a 16 años		17 a 19 años		Total	
RNBP	22	20.0%	54	32.5%	76	27.5%
SFA	12	10.9%	28	16.9%	40	14.5%
Sepsis	10	9.1%	24	14.5%	34	12.3%
Prematuridad	12	10.9%	22	13.3%	34	12.3%
RCIU	4	3.6%	14	8.4%	18	6.5%
Hipoglicemia	10	9.1%	8	4.8%	18	6.5%
Óbito	1	0.9%	2	1.2%	3	1.1%
Fractura de clavícula	1	0.9%	1	0.6%	2	0.7%
Cefalohematoma	0	0.0%	1	0.6%	1	0.4%
Lúes congénita	0	0.0%	1	0.6%	1	0.4%
Hematoma subgaleal	0	0.0%	1	0.6%	1	0.4%
Taquipnea fetal	0	0.0%	1	0.6%	1	0.4%
SDR	0	0.0%	1	0.6%	1	0.4%
Total de adolescente	110	100.0%	166	100.0%	276	100.0%

d) Relación entre las características de la adolescente y las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes.

El 80.7% de las gestantes adolescentes tardías y el 76.4% de las adolescentes media presentaron complicaciones obstétricas, no se encontró relación significativa ($p=0.384$) (Tabla N° 6).

El 66.3% de las gestantes adolescentes tardías y el 49.1% de las adolescentes media presentaron complicaciones perinatales, esta diferencia fue significativa ($p=0.004$) (Tabla N° 6).

Tabla N° 6
Edad y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Edad	Complicaciones obstétricas		Complicaciones perinatales	
14 a 16 años	84	76.4%	54	49.1%
17 a 19 años	134	80.7%	110	66.3%
Total	218	79.0%	164	59.4%
X²	0.757		8.093	
P	0.384		0.004	

El 92.0% de las gestantes adolescentes que proceden de la zona rural presentaron complicaciones obstétricas, mayor frecuencia que las que proceden de la zona urbana (73.2%) y urbano-marginal (77.82%); esta diferencia fue significativa ($p=0.031$) (Tabla N° 7).

El 68.0% de las gestantes adolescentes que proceden de la zona rural presentaron complicaciones perinatales, en las que proceden de la zona urbano-marginal fue 56.9% y las que proceden de la zona urbana con el 58.5%, esta diferencia no fue significativa ($p=0.383$) (Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Procedencia y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Procedencia	Complicaciones obstétricas		Complicaciones perinatales	
	Urbano	60	73.2%	48
Urbano-marginal	112	77.8%	82	56.9%
Rural	46	92.0%	34	68.0%
Total	218	79.0%	164	59.4%
X²	6.889		1.919	
P	0.031		0.383	

El 50.0% de las gestantes adolescentes que tienen un nivel de instrucción técnica/superior presentaron complicaciones obstétricas, con una frecuencia menor que las de educación primaria (87.5%), sin estudios (75.0%) y secundaria (75.0%); esta diferencia fue significativa ($p=0.006$) (Tabla N° 8).

El 50.0% de las gestantes adolescentes que tienen un nivel de instrucción técnica/superior presentaron complicaciones perinatales, con una frecuencia menor que las de sin estudios (62.5%), educación primaria (60.7%), y secundaria (58.8%); esta tendencia a que mejor nivel de instrucción menor frecuencia de complicaciones perinatales no fue significativa ($p=0.895$) (Tabla N° 8).

Tabla N° 8
Nivel de instrucción y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes
adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Nivel de instrucción	Complicaciones obstétricas		Complicaciones perinatales	
Sin estudios	12	75.0%	10	62.5%
Primaria	98	87.5%	68	60.7%
Secundaria	102	75.0%	80	58.8%
Técnica/Superior	6	50.0%	6	50.0%
Total	218	79.0%	164	59.4%
X²	12.42		0.602	
P	0.006		0.895	

El 50.0% de las gestantes adolescentes que son multigesta presentaron complicaciones obstétricas, con una frecuencia mayor que las segundigesta (39.6%), y primigesta (38.7%); esta diferencia no fue significativa ($p=0.177$) (Tabla N° 9).

El 31.3% de las gestantes adolescentes que son segundigesta presentaron complicaciones perinatales, el 38.7% de las primigestas y el 25.0% de las multigestas; esta diferencia no fue significativa ($p=0.637$) (Tabla N° 9).

Tabla N° 9
Número de gestaciones y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Número de Gestación	Complicaciones obstétricas		Complicaciones perinatales	
	Primigesta	135	80.4%	105
Segundigesta	74	77.1%	53	62.5%
Multigesta	9	75.0%	6	55.2%
Total	218	79.0%	164	59.4%
X²	3.455		0.901	
P	0.177		0.637	

El 92,3% de las gestantes adolescentes pre término presentaron complicaciones obstétricas, mientras que el 73.7% de las gestantes adolescentes a término lo presentaron; esta diferencia fue significativa ($p=0.000$) (Tabla N° 10).

El 76.9% de las gestantes adolescentes pre término presentaron complicaciones perinatales, mientras que el 52.5% de las gestantes adolescentes a término presentaron complicaciones perinatales; esta diferencia fue significativa ($p=0.000$) (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Edad gestacional y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes
adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

Edad Gestacional	Complicaciones obstétricas		Complicaciones perinatales	
Pre termino	72	92.3%	60	76.9%
A termino	146	73.7%	104	52.5%
Total	218	79.0%	164	59.4%
X²	11.625		13.813	
P	0.000		0.000	

El 88.9% de las gestantes adolescentes que tienen ≥ 6 controles prenatales y el 74.2% de las que tienen de 0 a 5 controles prenatales presentaron complicaciones obstétricas, esta diferencia fue significativa ($p=0.004$) (Tabla N^o 11).

El 68.9% de las gestantes adolescentes que tienen ≥ 6 controles prenatales y el 54.8% de las que tienen de 0 a 5 controles prenatales presentaron complicaciones perinatales, esta diferencia fue significativa ($p=0.025$) (Tabla N^o 11).

Tabla N^o 11
Control prenatal y Complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes
adolescentes
Hospital Iquitos César Garayar García
Enero a Diciembre del 2013

CPN	Complicaciones maternas		Complicaciones perinatales	
0 a 5 controles	138	74.2%	102	54.8%
≥ 6 controles	80	88.9%	62	68.9%
Total	218	79.0%	164	59.4%
X²	7.891		4.965	
P	0.004		0.025	

e) DISCUSION

El 60.1% de las adolescentes en el estudio fueron adolescentes tardías, **LOPEZ**⁴⁰ en su estudio las adolescentes tardías fue del 69.0%; más de la mitad proceden de la zona urbano marginal, en el estudio de **LOPEZ**⁴⁰ más del 60% de la población adolescente proceden de la rural. **RAMIREZ**¹⁹ en su estudio el 74% provenían del área rural. **LARA**⁵¹ en su estudio la mayoría (74.4%) de las adolescentes procedían del área urbana.

En nuestro estudio, aunque la mayoría tiene educación secundaria hay adolescentes sin estudios (6%), **RAMIREZ**¹⁹ en su estudio el 28% fueron analfabetas, **LARA**⁵¹ reporta el 8.5% de analfabetas. **LOPEZ**⁴⁰ refiere en su estudio que el embarazo en adolescentes tiene una instrucción de secundaria incompleta

La tendencia que las adolescentes sobre todo las adolescentes medias sean en su mayoría primigesta es reportada también por **ZAMORA**³⁶, lo preocupante es que en nuestro estudio se observe que más del 40% de las adolescentes tardías sean segundigesta, cuestionando la labor del programa de planificación familiar del sistema de salud; **LARA**⁵¹ encuentra que el 64.3% de las adolescentes eran primigestas.

Aunque no hay reporte en la literatura sobre la tasa de abortos entre las adolescentes nuestro estudio muestra que las adolescentes tardías presentaron mayor tasa de abortos que las adolescentes medias; esto podría estar reflejando el embarazo no deseado y la falta de prevención al embarazo por parte del programa de planificación familiar del sistema de salud.

En ambos grupos de adolescentes la tasa de parto pre término fue similar y similar a lo reportado en la literatura. Mientras que el control adecuado fue mayor en las adolescentes tardías que las adolescentes medias, esto puede deberse que las adolescentes menores pueden ocultar su embarazo y llegar más tarde al sistema de la salud, o por el motivo de presentar mayor frecuencia de complicaciones que presentaron las adolescentes tardías que acudieron más pronto al sistema de salud.

Las adolescentes tardías presentaron con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y complicaciones perinatales que las adolescentes media.

La tasa de cesárea (25.4%) en embarazo en adolescente es menor a lo reportado por **LOPEZ**⁴⁰ en la cesárea se presentó en el 41.8% de los casos; pero en nuestro estudio significativamente se cesáreo con más frecuencia adolescentes tardías que medias, obligando a saber las indicaciones de estas. **YU TANG**⁵³ en su estudio reporta que el 21% de los partos fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tempranas. **MAYER**⁴⁴ reporta en su estudio el 16.30% de parto distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tardías. **LARA**⁵¹ reporta una tasa de cesáreas fue de 13.3%. **HERNANDEZ**⁴⁸ observa un considerable el incremento de las cesáreas.

Las tasas de complicaciones obstétricas y complicaciones perinatales en nuestro estudio son altas; **De la GALVEZ**³⁹ en su estudio demuestra que los índices de morbilidad obstétrica y de complicaciones de la atención fueron muy elevados en la población adolescente.

La morbilidad de las gestantes adolescentes que predomina es la infección urinaria y anemia; pero las complicación obstétrica más frecuentes fueron desgarro perineal, amenaza de aborto y pre eclampsia, **ZAMORA**³⁶. En su estudio encuentra que la complicación materna más frecuente encontrada fue la ruptura prematura de membranas; similar a lo encontrado por **PANDURO**³⁷; **De la GALVEZ**³⁹ identificó como complicaciones más frecuentes embarazo ectópico, preeclampsia, hiperémesis gravídica y abortos complicados; los desgarros perineales y del cuello del útero fueron las complicaciones más frecuentes de la atención. **LOPEZ**⁴⁰ encuentra con más frecuencia a la infección de vías urinarias, la amenaza de parto pretérmino, la preclampsia y desgarro perineal, **BRUNET**⁴¹ identifica a la anemia, distocia y desgarros como principales causas de morbilidad perinatal. **RAMIREZ**¹⁹, reporta infecciones del tracto urinario, anemia y amenaza de parto pretérmino; además de desproporción cefalopélvica y trabajo de parto prolongado. **CHOQUE**⁴⁶ reporta infección del tracto urinario, el desprendimiento prematuro de placenta, el trabajo de parto prolongado y la cesárea, como principales complicaciones. **LARA**⁵¹ en su estudio reporta la ruptura prematura de membranas; la hipertensión

inducida por el embarazo. **MARTINEZ** ⁴⁹ encuentra que las alteraciones más frecuentes durante el embarazo fueron la anemia, infección urinaria, amenaza de parto pretérmino, amenaza de aborto e hipertensión gestacional

Las gestantes adolescentes presentaron complicación perinatal como RNB, SFA, prematuridad y sepsis, **PANDURO** ³⁷ en su estudio, reporta prematuridad y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, **ZAMORA** ³⁶ encuentra como principal morbilidad síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. **MANRIQUE** ⁴² encuentra prematuridad, sepsis, ictericia, muerte, síndrome de distress respiratorio. **MAYER** ⁴⁴ reporta bajo peso y depresión neonatal. **CHOQUE** ⁴⁶ reporta recién nacidos con puntaje Apgar menor de siete, y prematuridad. **VASQUEZ** ⁵² encuentra recién nacidos deprimidos y bajo peso al nacer. **LARA** ⁵¹ encuentra recién nacido con peso menor de 2500 gramos y prematuridad. **HERNANDEZ** ⁴⁸ encuentra bajo peso y un elevado índice de asfixia.

Las complicaciones obstétricas se relacionaron con las que proceden de la zona rural dependiendo esto por la accesibilidad al sistema de salud y al menor nivel de instrucción que tienen las adolescentes en esta región; también se asocia con el parto de pre término lo que ésta fisiopatológicamente demostrado por la morbilidad como infección urinaria y anemia asociado a la prematuridad, aunque se asoció a las que tienen mayor número de controles prenatales probablemente por la morbilidad de la madre que hace que acudan a más controles prenatales, **FURZAN** ³⁸ en su estudio demuestra que la falta de control prenatal es un factor asociado a un resultado perinatal adverso.

Las complicaciones perinatales se relacionaron con las adolescentes tardías (p=0.004), **MAYER** ⁴⁴ reporta que las complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tardías.

f) CONCLUSIONES

- Se evaluaron 276 gestantes adolescentes, el 39.9% fueron adolescentes medias y el 60.1% adolescentes tardías, entre 17 a 19 años, ambos grupos la mitad proceden de la zona urbano-marginal de la ciudad.
- 6 de cada 100 adolescentes no tienen estudios
- El 80% de las adolescentes medias son primigesta, mientras que solo el 48% de las adolescentes tardías son primigestas.
- Las adolescentes tardías presentaron mayor tasa de abortos (32.5%) que las adolescentes medias (10.9%); siendo esta diferencia significativa ($p = 0.000$).
- La tasa de parto pre término fue similar en las adolescentes tardías (30.1%) y en las adolescentes medias (28.3%) ($p = 0.399$).
- La frecuencia de control adecuado fue mayor en las adolescentes tardías (36.1%) que las adolescentes medias (27.3%), esta diferencia no fue significativa ($p = 0.123$).
- La tasa de cesárea fue mayor significativamente ($p=0.025$) en las adolescentes tardías (30.1%) que las adolescentes medias (18.2%).
- El 79.0% de las adolescentes presentaron complicaciones obstétricas y el 59.4% de las adolescentes presentan complicaciones perinatales.
- Las adolescentes tardías presentaron con mayor frecuencia complicaciones obstétricas (80.7%) y complicaciones perinatales (66.3%) que las adolescentes medias (76.4% y 49.1%).
- Las gestantes adolescentes media presentaron como complicación obstétrica a la anemia (29.1%), infección urinaria (25.5%), desgarro perineal (18.2%), y pre

eclampsia (9.1%) y las gestantes adolescentes tardías presentaron: infección urinaria (30.1%), anemia (26.5%), desgarro perineal (10.8%), amenaza de aborto (10.8%) y pre eclampsia (8.4%).

- Las gestantes adolescentes media presentaron como complicación perinatal al RNBP (20.0%), SFA (10.9%), prematuridad (10.9%), sepsis (9.1%) e hipoglicemia (9.1%); mientras que las gestantes adolescentes tardías presentaron RNBP (32.5%), SFA (16.9%), sepsis (14.5%), prematuridad (13.3%) y RCIU (8.4%).
- Las complicaciones obstétricas se relacionaron con las que proceden de la zona rural ($p=0.031$), con el menor nivel de instrucción ($p=0.006$), con las pre término ($p=0.000$), y con las que tienen ≥ 6 controles prenatales ($p=0.004$) pero no con la edad ($p=0.384$), ni con el número de gestaciones ($p=0.177$)
- Las complicaciones perinatales se relacionaron con las adolescentes tardías ($p=0.004$), con las de pre término ($p=0.000$) y con las que tienen ≥ 6 controles prenatales ($p=0.025$) (Tabla N^o 11), pero no con la procedencia ($p=0.383$), ni con el nivel de instrucción ($p=0.895$), ni con el número de gestaciones ($p=0.637$)

g) RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar:

- Fortalecer la actitud sobre la salud sexual y reproductiva de las adolescentes para reducir el embarazo en adolescentes en nuestra región.
- Evaluar los factores de condicionan la tasa de aborto en las adolescentes que se atienden en el Hospital Iquitos César Garayar García.
- Evaluar las indicaciones de cesáreas en las adolescentes que se atienden en el Hospital Iquitos César Garayar García.

CAPITULO V

h) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. 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
2. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med.* 1995;332:1113-1117.
3. González SR. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Archivos de medicina Familiar* 2004; 6 (supl 3): 70-73.
4. Fernández LS, Carro PE, Oses FD, Pérez PJ. Caracterización de la gestante adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2004; 30 (supl 2): 134-137.
5. Lawlor DA, Shaw M. Too much too young? Teenage pregnancy is not a public health problem. *Int J Epidemiol.* 2002;31:552-553
6. Lee MC, Suhng LA, Lu TH, Chou MC. Association of parental characteristics with adverse outcomes of adolescent pregnancy. *Fam Pract.* 1998;15:336-342.
7. Reichman NE, Pagnini DL. Maternal age and birth outcomes: Data from New Jersey. *Fam Plann Perspect.* 1997;29:268-272
8. Klein JD. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. Committee on adolescence. *Pediatrics.* 2005;116(1):281-286.
9. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2004
10. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011
11. Embarazo adolescente en el Perú. 2013. <http://www.unfpa.org.pe/eaperu>
12. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000
13. Encuesta Demografica y de Salud Familiar 2001
14. www.julionakiche.blogspot.com/
15. Olavarria D. **Embarazo adolescente en el Perú.** *mediosdecomunicacion.blogspot.es/1290277380*
16. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Apoyo Iquitos. MINSA. DIRESA. 2005.
17. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. 2º ed. Asunción, Paraguay: EFACIM-EDUNA ; 2.000 : 158-163.
18. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina* 2001; 107: 11-23.

19. 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
20. Department of Health and Human Services. Preventing teenage pregnancy.[monografía en línea]. Georgia, United States; 2,002 [accesado 16 de febrero 2,008]. Disponible en <http://mchb.hrsa.gov/programs/adolescents/abstinence.htm>
21. Contreras J, Guzmán J, Falconier M. La adolescencia y la salud reproductiva. En:Guzmán J, Hakkert R, Contreras J, Falconier M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2,000: p.12-41.
22. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. Lima, Perú: 2002;17(1)
23. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):471-9
24. Molina R., González C., Sandoval J., González E. Family Planning and adolescent pregnancy. En: Best Practice&research Clinical Obstetric and Gyneacology, 2010; 24:209-222.
25. Martínez G.M., Martínez M.M., Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la Adolescencia. Rev. Cubana de enfermería 2002; 18:175-83.
26. Fuentes M.P., Cruzat H., Quiala M.B. El embarazo en edades tempranas. Algunas consideraciones al respecto. En: Rev. Cubana de enf., 1999; 15:22-7.
27. Donoso E., Becker J., Villarroel L. Embarazo en la adolescente chilena menor de 15 años. Análisis de la última década del siglo XX. R. Ch. Obs. Gin. 2001; 66 (5):391-396
28. Fernández LS, Carro Puig E, Oses 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
29. 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

30. Tavera Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecol Obstet Perú*. 2004; 50(2):111-122.
31. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol obstet México*. 2002;70(6):270-274.
32. 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).
33. Saenz V. Embarazo y adolescencia resultados perinatales. *Rev Cubana Obstet Ginecol (Cuba)* 2005; 84(31):2-10
34. 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>
35. 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>.
36. 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
37. Panduro J., Jiménez P., Pérez J., Panduro E., Peraza D., Quezada N. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(11):694-704
38. 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
39. De la Gálvez A. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. *Cuadernos del Hospital de Clínicas*. 2009. 54(2):100-107
40. 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.
41. Brunet B., Diago D., Cedre A., Rodríguez D., Martínez B. Complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes. www.portalesmedicos.com/.../Complicaciones-mas-frecuentes

42. 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
43. 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
44. Mayer L., Barrías A., Barboza S., Fochesatto N, Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. revista de posgrado de la vía cátedra de medicina 2006,160:1-4.
45. Mondragon F., Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Hospital Sergio E. Bernales Mayo-Octubre 2004. Tesis para optar Lic. en Obstetricia. UNMSM. 2005.
46. Choque F. Factores de Riesgos Obstétricos en el Embarazo de Adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo Biblioteca de la Universidad mayor de San Marcos 2004.Lima Perú.
47. Bojanini J.; Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2004, 55 (2): 114-121.
48. Hernández J. Alonso D., Rodriguez M., Homma J., Díaz I., Suárez R. Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales ginecoobstétricos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003, 29 (3)
49. Martínez G., Modesta M., Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enfermer* 2002;18(3):175-83
50. Valdés S., Essien J., Bardales J., Saavedra D., Bardales E. Embarazo en la Adolescencia - Incidencia, Riesgos y Complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002;28(2):84-8
51. Lara K., Anta J. Características obstétricas de las adolescentes embarazadas en la sala de labor y parto del bloque materno infantil del Hospital Escuela. *Rev Med Post UNAH* 2001, 6(1):36-40
52. Vásquez A. et al. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001, 27(2):158-164.
53. Yu Tang J. Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995-1997. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao. *Anales de la Facultad de Medicina* 2000, 61 (1): 46 - 50

54. Saes V. Embarazo y Adolescencia. Resultados Perinatales.2000

- 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 ()
- Otros:

ANEXO N° 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores.	Diseño de investigación.	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
<p>Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes medias y tardías atendidas Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013</p>	<p>Problema general ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes medias y tardías atendidas Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013?</p>	<p>Objetivo general Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes medias y tardías atendidas Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013.</p> <p>Objetivos específicos Identificar las características sociodemográficas de la gestante adolescente media y tardía como: Edad, procedencia, nivel de instrucción.</p> <p>Identificar las características obstétricas de la gestante adolescente media y tardía como: número de gestaciones, abortos, edad</p>	<p>Las gestantes adolescentes medias tienen mayor riesgo obstétrico y perinatal que las gestantes adolescentes tardías en el Hospital Iquitos César Garayar García.</p> <p>Existe mayor riesgo materno durante el embarazo de una adolescentes media como anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, infección de tracto urinario, hipertensión inducida por el embarazo, que las gestantes</p>	<p>Variable Dependiente Complicaciones obstétricas Complicaciones perinatales</p> <p>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</p>	<p>Descriptivo transversal retrospectivo</p>	<p>Métodos: Descriptivo</p> <p>Técnicas: Fuente de información secundaria</p> <p>Procesamiento Estadística descriptiva y analítica</p>	<p>Población de 980 gestantes adolescente</p> <p>Muestra: 276 gestantes adolescentes.</p> <p>Muestreo probabilístico</p>

Titulo	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores.	Diseño de investigación.	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
		<p>gestacional, control prenatal, tipo de parto..</p> <p>Determinar las complicaciones obstétricas (trabajo de parto prolongado, desproporción cefalopélvica, pre eclampsia, eclampsia, hemorragia, atonía uterina, etc.) de la gestante adolescente media y tardía.</p> <p>Determinar las complicaciones perinatales (RNBP, prematuridad, RCIU, sufrimiento fetal, etc.) de la gestante adolescente media y tardía.</p> <p>Relacionar la frecuencia de complicaciones obstétricas con las características sociodemográficas y obstétricas de la gestante adolescente media y tardía.</p>	<p>adolescentes tardías en el Hospital Iquitos César Garayar García</p>	<p>Variables Interviniente Embarazo adolescente</p>			

Título	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas	VARIABLES e indicadores.	Diseño de investigación.	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
		Relacionar la frecuencia de complicaciones perinatales con las características sociodemográficas y obstétricas de la gestante adolescente media y tardía					