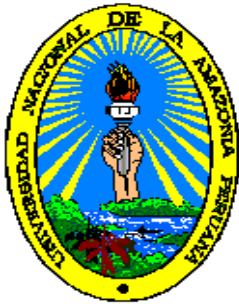


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**CARACTERISTICAS MATERNAS, OBSTETRICAS Y
COMPLICACIONES MATERNO – PERINATALES DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL III IQUITOS- EsSALUD**

2014

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

LUIS ALBERTO VARGAS CORAL

ASESOR

RICARDO CHAVEZ CHACALTANA

CO-ASESORA

YESSENIA RAMOS RIVAS

Punchana – Iquitos

Perú

2015

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	5
3. Objetivos	6
Capitulo II	
4. Marco Teórico	8
5. Hipótesis	20
6. Variables	21
7. Operacionalización de variables	23
Capitulo III	
8. Metodología	28
8.1 Tipo y Diseño de investigación	28
8.2 Población y Muestra	28
8.3 Técnicas e Instrumentos	29
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	30
8.5 Análisis e Interpretación	30
8.6 Protección de los Derechos humanos	30
Capitulo IV	
9. Resultados	32
10. Discusión	41
11. Conclusiones	44
12. Recomendaciones	45
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	47
14. Anexos	50

DEDICATORIA:

A Dios, por darme la existencia y ser mi fortaleza, a mis padres, de manera muy especial a mi Madre María Angélica, por ser mi guía, quien me ha brindado su amor e inculcado valores que los llevo presentes en mi vida, a mi Tío Víctor Manuel por su gran apoyo, mis hermanos Edgardo, Víctor, Roberto y Karen por su paciencia y estima, a Mary por su apoyo incondicional, a Diez Canseco por su ejemplo de luchador social y amistad, a mis camaradas de manera muy especial a Alenguer Alva y a amigos que me apoyaron en el desarrollo de mi profesión y en el batallar del día a día.

RECONOCIMIENTO:

- A la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – UNAP, Facultad de Medicina Humana, por el compromiso y el espíritu de formar profesionales comprometidos con los problemas de nuestra región.
- Un merecido agradecimiento a todos los docentes y aquellos médicos que me brindaron conocimientos científicos y humanísticos para mi desarrollo profesional.
- A los miembros del Jurado Calificador: Dr. Edwin Zevallos Bazán, Dr. José Wilfredo Sánchez Arenas, Dr. Sergio Ruiz Tello, por sus valiosas sugerencias.
- A mis asesores: Dr. Ricardo Chavez Chacaltana y Dra. Yessenia Ramos Riva, por su apoyo y orientación en el desarrollo de la presente Tesis.

Índice de Tablas

Tabla N ⁰ 1	Distribución según Edad de las Gestantes Adolescentes	32
Tabla N ⁰ 2	Distribución según Estado Civil de las Gestantes Adolescentes	32
Tabla N ⁰ 3	Distribución según Procedencia de las Gestantes Adolescentes	33
Tabla N ⁰ 4	Distribución según Nivel de instrucción de las Gestantes Adolescentes	33
Tabla N ⁰ 5	Características obstétricas de las Gestantes Adolescentes	34
Tabla N ⁰ 6	Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes	35
Tabla N ⁰ 7	Edad y Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes	36
Tabla N ⁰ 8	Estado Civil y Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes	36
Tabla N ⁰ 9	Procedencia y Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes	37
Tabla N ⁰ 10	Nivel de Instrucción y Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes	37
Tabla N ⁰ 11	Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes	38
Tabla N ⁰ 12	Edad y Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes	39
Tabla N ⁰ 13	Estado Civil y Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes	39
Tabla N ⁰ 14	Procedencia y Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes	40
Tabla N ⁰ 15	Nivel de Instrucción y Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes	40

Resumen

Características maternas, obstétricas y complicaciones materno – perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III-Iquitos- EsSALUD, 2014.

Bach. Luis Alberto Vargas Coral.

Introducción

Las gestantes adolescentes son un problema de salud pública, ya que tienen una mayor incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales en relación a las mujeres en edad fértil.

Objetivo

Identificar las características maternas, obstétricas y complicaciones materno – perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, en el 2014.

Metodología

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño no experimental, descriptivo transversal, retrospectivo, la población estuvo constituida por 243 gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital III Iquitos de EsSALUD Enero a Diciembre del 2014, obteniendo una muestra de 149 gestantes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados

De las 149 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, el 89.3% tienen entre 18 a 19 años de edad, el 55.7% son conviviente y el 29,5% solteras, el 54.4% proceden de la zona urbana y el 23.5% de la zona urbano marginal, el 57.0% tienen nivel de instrucción secundaria.

El 26.2% refieren tener antecedente de aborto, el 91.3% son primíparas, el 48.3% tienen 6 a más controles prenatales, el 20.8% tuvieron menos de 37 semanas de gestación, el 61.1% tuvieron parto eutócico y el 38.9% tuvieron parto por cesárea.

El 56.4% (84) de las gestantes adolescentes tuvieron complicación obstétrica, las principales fueron: anemia (58.3%), infección urinaria (54.8%), desgarro perineal (38.1%), desproporción cefalopélvica (25.0%), amenaza de parto prematuro (21.4%) e hipertensión inducida por el embarazo (16.7%).

Las complicaciones obstétricas se asoció a la procedencia rural de la gestante adolescente ($p=0.026$), no a la edad ($p=0.122$), estado civil ($p=0.219$), ni al nivel de instrucción ($p=0.641$).

El 40.9% (61) de las gestantes adolescentes tuvieron alguna complicación perinatal, las principales fueron: prematuridad (50.8%), recién nacido de bajo peso (41.0%), sufrimiento fetal agudo (29.5%), retardo de crecimiento intrauterino (16.4%), y sepsis neonatal (13.1%)

Las complicaciones perinatales se asoció con la procedencia ($p=0.032$) y el nivel de instrucción ($p=0.027$), no así con la edad ($p=0.284$), ni el estado civil ($p=0.889$).

Conclusiones

Las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD tienen una alta frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales.

Palabras claves: embarazo adolescente, complicaciones, EsSALUD.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

Las adolescentes de hoy en día tienen mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60 % de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales; alrededor del 35 % de las madres adolescentes son solteras y que el 50 % de las madres solteras son adolescentes; entre el 60 y el 70 % de estos embarazos no son deseados ¹.

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas ².

Existen diferentes factores de riesgos que se presentan en la adolescente y que favorecen el embarazo precoz, o se asocian a él, entre ellos se encuentran los individuales: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, falta de aptitud preventiva, menarquía precoz, conducta antisocial y bajo nivel educativo; y los familiares: familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente y vínculo más estrecho, pero ambivalente, con la madre ³.

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general ⁴.

El embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a que la inmadurez biológica aumenta la morbilidad y mortalidad materna, siendo doble el riesgo en menores de 16 años. En las gestantes adolescentes predominan, dentro de los antecedentes obstétricos, el bajo peso, mayor desnutrición por defecto, amenaza de parto pretérmino y enfermedad hipertensiva gravídica; además partos distócicos, cesáreas, cuyas primeras causas fueron la desproporción céfalo pélvica, el sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida. Las complicaciones neonatales más frecuentes encontradas fueron bajo peso al nacer, distrés respiratorio e hipoxia; en las madres hubo la mayor morbilidad puerperal y las tasas de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz aumentaron en este grupo ⁵.

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, pues el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre o está gestando por primera vez ^{6,7}.

Según el fondo de poblaciones de naciones unidas (UNFPA) ⁸ en el 2013 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%)^{9,10}.

EsSALUD a través de su norma, no atendía a gestantes adolescentes debido a las restricciones que se vendrían aplicando a las prestaciones de maternidad para las derechohabientes menores de edad, por una interpretación restrictiva a los últimos párrafos de los artículos 3° de la Ley N° 26790 y 30° de su Reglamento, la Defensoría del Pueblo recomendó a EsSalud que garantice el acceso a las prestaciones de maternidad de las derechohabientes hijas menores de edad e hijas mayores de edad incapacitadas en forma total y permanente para el trabajo del asegurado regular atendiendo al cuidado de la salud de la madre y del recién nacido^{11,12}; con estas resoluciones se dispuso beneficiar e incorporar a este segmento de la población femenina, de entre 12 y 17 años de edad, en estado de gestación de diferentes partes del país, como derechohabientes, a la atención médica e incluso dar a luz en los hospitales de esa entidad.

En estos dos últimos años los profesionales de gineco-obstetricia del Hospital III Iquitos de ESALUD, están atendiendo gestantes adolescentes, y han notado un incremento en las cesáreas, morbilidad materna y perinatal, por lo que el presente estudio tiene el objetivo de describir las características de esta población, incidiendo en el tipo de parto, sus complicaciones de la gestante adolescente y morbilidad del recién nacido, con el propósito de establecer su perfil clínico para establecer estrategias de atención y ofertar una mejor atención desde sus controles prenatales hasta la atención de su parto.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características maternas, obstétricas y complicaciones materno – perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, en el 2014?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Identificar las características maternas, obstétricas y complicaciones materno – perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, en el 2014.

3.2. Objetivos Específicos:

- Conocer las características maternas (edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, en el 2014.
- Identificar las características obstétricas (antecedente de aborto, número de gestaciones, control prenatal, edad gestacional, tipo de parto) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, en el 2014.
- Conocer el tipo de complicaciones obstétricas (aborto, amenaza de parto pre término, hipertensión inducida en el embarazo, pre eclampsia, eclampsia, trabajo de parto prolongado, atonía uterina, etc.) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, en el 2014.
- Conocer el tipo de complicaciones perinatales (prematuridad, recién nacido de bajo peso, retardo de crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, etc.) en los recién nacidos de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, en el 2014.

CAPITULO II

4. MARCO TEÓRICO

a. Adolescencia

La adolescencia se define como “el periodo que transcurre entre los 10 y 19 años. Durante esta etapa el individuo adquiere la capacidad reproductiva, se transforman los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolidan la independencia socioeconómica y la identidad sexual ^{13,14} .

La adolescencia se divide en tres fases: temprana, de los 10 a 13 años, considerada como el periodo peripuberal, fase en la que ocurren grandes cambios corporales y funcionales; adolescencia media, entre los 14 a 16 años, en la cual se completa el crecimiento y desarrollo somático; finalmente, la fase tardía, de los 17 a 19 años, que se caracteriza por ser el periodo de aceptación de estos cambios ¹⁵ .

b. Definición de Embarazo en adolescente

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil- y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años ¹⁶ .

c. Posibles causas del embarazo en adolescentes

Los factores de riesgo asociados al embarazo de las adolescentes, se ordenan en varias dimensiones: individual, familiar y social ¹⁷⁻²³ .

En la dimensión individual: inicio temprano de la actividad sexual, menarquia en edades cada vez más precoces, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, y carencia de compromiso religioso ^{17,18} .

En la dimensión familiar: violencia, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas, y baja escolaridad de los padres ¹⁹.

En el ámbito social: la erotización de los medios de comunicación, hacinamiento, estrés, vivir en área rural, mitos y tabúes acerca de la sexualidad ²⁰.

d. Embarazo adolescente en el Perú

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. Ello impide salir del ciclo de pobreza y afecta los derechos para lograr un mejor futuro ²⁴.

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) ²⁵.

En el 2013, el 13% de las mujeres entre los 15 y 19 años han estado embarazadas, entre los hombres de la misma edad menos del 1% son padres; entre las más pobres el 26% han estado embarazadas; entre las menos pobres el 3%; las adolescentes son más vulnerables a quedar embarazadas si es que tienen poca educación, si viven en el área rural, urbano-marginal o en la selva; 1 de cada 5 adolescentes de 15 a 19 años en el área rural han estado embarazadas. El 38% de las adolescentes en el área rural que hablan lenguas nativas, han estado embarazadas. 7 de cada 100 muertes por causas maternas son de madres de 17 años o menos. De las mujeres entre 15 y 19 años que han estado embarazadas, sólo 32% querían el embarazo en ese momento. 6 de

cada 10 mujeres adolescentes no unidas y sexualmente activas usan métodos anticonceptivos modernos ²⁴.

e. Complicaciones del Embarazo en adolescentes

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente, ²⁶⁻²⁸ 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

La mayor parte de los artículos ^{1, 14,29-31} consideraron como complicaciones clínicas más comunes: anemia, parto pretérmino, parto instrumental y desgarros del canal vaginal, infecciones durante el embarazo, así como muerte materna.

Anemia: Generalmente de tipo microcítica hipocrómica por la deficiencia de hierro en la nutrición, asociado al inicio tardío de controles prenatales, por lo que disminuye la posibilidad de tratarla. Se conoce que la anemia puede ser una causa importante de otras complicaciones en el embarazo adolescente, como el parto pretérmino ³².

Parto pretérmino: Banerjee ³² realizó un estudio en el cual se comparó la incidencia del parto pretérmino en 139 mujeres divididas en dos grupos: uno entre 15 a 19 años y otro de 20 a 25 años; se encontró que el parto pretérmino es más frecuente en las adolescentes ($p < 0.001$). Las causas principales fueron: anemia, malnutrición, hipertensión y mal cuidado prenatal. En 2004 ³³ según la Organización Mundial de la Salud reportó que la complicación más común del embarazo en adolescentes fue el parto pretérmino, al cual dividió en dos tipos: el primero, relacionado con enfermedades como preeclampsia, *abruptio placentae*, placenta previa y retraso del crecimiento intrauterino; el segundo, relacionado con trabajo de parto pretérmino, resultando en parto pretérmino.

Parto instrumentado y desgarros: estas complicaciones se presentan con frecuencia en los partos de adolescentes y están estrechamente asociados a la inmadurez física y hormonal. La causa de la alta tasa de partos instrumentados es la falta de desarrollo de las estructuras óseas y blandas de la pelvis. Se considera que la madurez del piso pélvico se consigue dos años después de alcanzar la estatura adulta ³³.

Infecciones durante el embarazo: Los adolescentes suelen cambiar con rapidez de pareja sexual, además, en muchos casos, las relaciones sexuales se practican sin métodos de protección de barrera, ya que generalmente los adolescentes tienen poca información sobre el uso adecuado de medidas anticonceptivas ³⁴. Por esta razón están expuestos a un mayor riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual. La infección urinaria es una de las principales complicaciones en el embarazo en adolescentes, acompañada de las vulvovaginitis. ^{1,35}.

Mortalidad materna: El grupo etario que mayor mortalidad materna presenta es el de las madres menores de 15 años, las cuales tienen cuatro veces más riesgo de morir, comparado con las madres mayores de 20 años de edad. Según la OMS, en el 2008 la mortalidad materna ha aumentado debido al aborto y sus complicaciones: hemorragias y sepsis ³³.

f. Complicaciones en recién nacidos en Embarazos Adolescentes.

En diferentes estudios, se menciona que las complicaciones neonatales son mayores en hijos de madres adolescentes; se señala que tienen el doble de posibilidad de presentar alguna patología ³⁶.

En la mayoría de los estudios, se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de peso bajo al nacer, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente; el peso bajo está dado tanto por la condición de prematuro como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) ³⁶.

Adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, retardo de crecimiento intrauterino, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, recién nacido pequeño para la edad de gestación, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, muerte neonatal y muerte perinatal ³⁷, ³⁸.

g. Antecedentes de investigación en el Perú

VILLON y col. (1999) ³⁹ realizaron un estudio para conocer la incidencia y características clínico epidemiológicos de las gestantes adolescentes atendidas de parto, en el C.S. Acobamba-Huancavelica; encontraron una incidencia del 16%, todos correspondientes a la adolescencia tardía (15 a 19 años). La mayoría provenía de zonas rurales (65%), con estudios primarios (55%) y unión inestable con sus parejas (100%). El 15% ya había estado embarazada previamente. El 40% nunca recibió control prenatal y las que sí lo hicieron empezaron tardíamente, especialmente en el tercer trimestre (50%). Se presentó 40% de complicaciones durante el embarazo y parto, ninguna en el puerperio; éstas fueron trabajo de parto prolongado (50%), desgarros perineales (25%), ruptura prematura de membranas y parto pre término

(12,5%). En los recién nacidos se tuvo 10% de peso bajo al nacer y 5% de prematuridad; 35% de asfixia al minuto y ningún asfixiado a los 5 minutos.

TAY y col. (1999) ⁴⁰ determinaron las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes (10 - 19 años), revisando 947 historias clínicas de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo III - Sullana, se les comparó con un número idéntico de gestantes entre 20 y 34 años (grupo control). La incidencia de embarazo en adolescentes fue 12,9% la edad materna promedio de gestantes adolescentes fue 17,7 años. El 62,8% se encontraba entre 18 y 19 años. El 54% era conviviente y 7,2% soltera. El 75%, eran primigestas. Fue más frecuente la vía de parto abdominal en adolescentes (14,9%) con respecto al grupo control (6,5%). Se encontró relación entre gestación en adolescentes y desgarro perineal, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección urinaria y anemia.

MEJIA (1999) ⁴¹ en su estudio realizado en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, Junín (3.290 msnm) entre enero y junio de 1996, encontró un total de 423 gestantes, 21 menores de 16 años (5%), 90 entre 16 y 19 años (21,3%), y 212 entre 19 y 30 años (73,3%). Entre las gestantes menores de 16 años, la mayoría no viven con su pareja (80,9%), no trabajan (90,4%), no tuvieron control prenatal (85,7%), y tuvieron aborto el 23,8% y parto por cesárea el 28,6%, principalmente por incompatibilidad céfalo-pélvica (9,5%). Se presentó preeclampsia severa y eclampsia en el 4,8%, puerperio anormal en el 9,5%, parto pretérmino en el 28,6%, recién nacido de bajo peso en el 25%, y asfixia moderada en el 14,2%. Muchas gestantes entre 16 y 19 años no viven con su pareja (56,6%), no trabajan (57,7%), y no tuvieron control prenatal el 86,6%, presentándose aborto en el 7,7% (aborto incompleto séptico 42,9%) y cesárea en el 37,7% (causa principal primigestas podálico, 14,4%). Se presentó preeclampsia severa (11,2%) y eclampsia (10%), puerperio anormal (11,1%), parto pretérmino (20,2%), recién nacido de bajo peso (22,2%) y/o asfixia moderada (21,1%), patología neonatal (10%). En gestantes entre 19 y 30 años viven separados el 29,7%, no trabaja el 16,4%, sin control prenatal el 81,2%, y sufrió aborto el 12,5%, cesárea el 6,7%,

preeclampsia severa el 1% y eclampsia el 0,6%. Se presentó puerperio anormal en el 6,4%, parto pretérmino en el 5,5%, recién nacido de bajo peso en el 31%, asfixia moderada en el 8%, y patología neonatal en el 4,5%.

YU TANG (2000) ⁴² 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.

ESPINOZA (2002) ⁴³ con el objetivo de evaluar los aspectos obstétricos y demográficos, así como las características de los partos adolescentes, atendidos en el Departamento de Gineco – obstetricia del Hospital Regional Docente Huacho, entre los años 1886 – 2001, se realizó el presente estudio analítico de cohorte histórico. Se registraron 13,768 partos, de los cuales 3,117 (23%) fueron en adolescentes (mujeres de 10 a 19 años de edad) y 10,596 (77%) en no adolescentes. El analfabetismo en las gestantes adolescentes representa el 1.2% en comparación con 2.3% de la gestante no adolescente. La soltería en parturientas adolescentes fue 24.8% y 7.9% en parturientas de 20 a 49 años. La terminación de los partos en cesárea fue 14.8% para las gestantes adolescentes y 15.8 para las gestantes no adolescentes. La anemia crónica durante la gestación de adolescentes está presente en un 40.4% en comparación con un 36.6% de las no adolescentes. En conclusión, al analizar y observar las estadísticas, es posible afirmar que no existe mayor riesgo, ni complicaciones de importancia en el embarazo y parto de la gestante adolescente, en comparación con las gestantes no adolescentes de 20 a 49 años. Sin embargo en comparación con las gestantes no adolescentes de 20 a 34 años de edad, la gestante adolescente tiene un

riesgo relativo significativo en la presentación de eclampsia (5.1), desproporción céfalo pélvica (1.2), anemia crónica (1.1) y recién nacido de bajo peso al nacer (1.2).

CHOQUE (2004) ⁴⁴ 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).

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 étnicos.

POMA (2007) ⁴⁶ 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 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 en 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 ($p > 0,5$).

MORALES y col. (2008) ⁴⁷ realizaron un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 58 gestantes adolescentes de 10 a 19 años procedentes de

hogares con necesidades básicas insatisfechas de los distritos del sur de la región Ayacucho. El mayor porcentaje de embarazos ocurrió entre los 16 y 17 años, con una media de 16.4 años, mayoritariamente con instrucción secundaria incompleta (63.8%), el 77.7% eran primíparas, y el 81% refirió embarazo no deseado. Como antecedente destaca que el inicio de las relaciones sexuales predominantemente se dio entre los 13 y 15 años (56.9%), la menarquia se presentó entre los 13 y 15 años, el 65.5% estudiaba antes de quedar embarazada, el 50% refirió que su tiempo libre lo empleaban en labores del campo siendo la más frecuente el pastear. El 37.9% refirió haber recibido educación sexual y ésta se dio en el colegio, lo que indica que más del 60% no han tenido acceso a información relacionadas con las sexualidad y la anticoncepción. El 58.6% refirió conocer métodos anticonceptivos, siendo el método de barrera (preservativos) y las píldoras los más conocidos. El 89.7% declaró no haber empleado ningún método anticonceptivo, entre las razones destacan vergüenza a solicitar insumos en los establecimientos de salud, creencia que produce daños en el cuerpo, no contar con insumos al momento de las relaciones sexuales y temor a que se enteren los padres o la gente.

MENGOLE y col. (2010) ⁴⁸ realizaron un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal-comparativo a 13 gestantes primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes pertenecientes al Hospital José Agurto Tello de Chosica - Lima, Perú con el fin de determinar si una serie de factores socioculturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo. Se aplicó un cuestionario validado y auto administrado con el que se investigó las variables que apuntan al objetivo, Se comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, con estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años. En cuanto al conocimiento sobre

el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo.

PEÑA y col. (2011) ⁴⁹ determinaron la asociación entre el embarazo en la adolescencia y sus repercusiones adversas en la madre y su recién nacido en el Hospital Regional de Huacho, Perú. Se evaluó a 313 gestantes de 10 a 19 años y el de no adolescentes por 944 gestantes de 20 a 34 años. Las adolescentes tuvieron una edad media de $17,5 \pm 1,5$ años y las demás gestantes, $25,5 \pm 4$ años. La mayoría de las gestantes fue conviviente (65,5% y 67,1%, respectivamente) y con estudios secundarios concluidos (82,4% y 70,7%, respectivamente). Las patologías del embarazo más frecuentes fueron la infección del tracto urinario ($p=0,443$; $RR=1,07[0,90-1,27]$) y la anemia ($p=0,281$; $RR=0,89[0,72-1,10]$). Las entidades neonatales más frecuentes fueron el peso bajo al nacer ($p=0,011$; $RR=1,85 [1,15-2,98]$) y el puntaje Ápgar bajo al primer minuto ($p=0,009$; $RR=1,81 [1,16-2,83]$). El embarazo en la adolescencia en la cohorte estudiada fue un factor de riesgo para el peso bajo al nacer, puntaje Ápgar bajo al primer minuto, prematuridad, síndrome aspirativo y resultado perinatal adverso. No se encontró asociación con entidades patológicas obstétricas.

NAKANDAKARI y col. (2013) ⁵⁰ recolectaron datos sobre el grado de instrucción educativa de 90 embarazadas adolescentes (100%) del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el periodo Enero -Febrero; 2012; peruanas de nacimiento y con un proceso completo de atención en dicha institución de salud; así como también, se recolectaron sus edades, estado civil y conos de Lima de procedencia. Se obtuvo como resultado, que 41 adolescentes (45,20%) tuvieron una Secundaria Incompleta; 12 adolescentes (14 %) terminaron su Secundaria; de las cuales, 7 (7,90%) ejercieron estudios Técnicos y 5 (6,10%) estudios Superiores. Así también, se encontró que 63 (69,54%) de las embarazadas adolescentes de la muestra escogida se encontraban entre los 17 y 19 años de edad; 25 (27,73%) de las embarazadas adolescentes entre 14 y 16 años y 2 (2,72%) entre 10 y 13 años de edad. Se

encontró que 59 (66,10%) de las embarazadas adolescentes presentaban un estado de convivencia con sus respectivas parejas; siendo las casadas únicamente 11 (11,78%) y 17 solteras (18,80%) de las embarazadas adolescentes totales. Con respecto a los conos de Lima de procedencia, el mayor porcentaje provino de los conos de Lima Este con 34 (37,78%) embarazadas adolescentes y Lima Centro con 16 (17,78%) embarazadas adolescentes.

5. HIPOTESIS

- El presente estudio es de diseño descriptivo por lo que no requiere la formulación de hipótesis.

6. VARIABLES

Variable Dependiente:

- Embarazo adolescente.

Variables Independientes:

- Características maternas:
 - Edad.
 - Estado civil.
 - Procedencia.
 - Nivel de Instrucción.
- Características obstétricas:
 - Antecedente de Aborto.
 - Número de Gestación.
 - Control pre natal.
 - Edad gestacional.
 - Tipo de parto.
- Complicaciones obstétricas:
 - Amenaza de aborto.
 - Aborto.
 - Amenaza de parto pretérmino.
 - ITU.
 - Hiperemesis gravídica.
 - Anemia.
 - DPP.
 - Preeclampsia.
 - Eclampsia.
 - RPM.
 - Otros:

- Complicaciones perinatales:
 - Prematuridad.
 - Sufrimiento fetal agudo.
 - RNBP.
 - RNMBP.
 - RCIU.
 - Hipoglicemia.
 - Sepsis neonatal.
 - Obito fetal.
 - Natimuerto.
 - Otros:

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
Características sociodemográficas: Es el conjunto de características sociales y demográficos, 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.	Edad: tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento a la fecha del parto.	Continua
	Dirección de la paciente registrada en la historia clínica y en el SIS.	Urbano: la gestante reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: la gestante reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción registrado en la Historia Clínica.	Nivel de instrucción: último año cursado por la adolescente, como es un estudio retrospectivo se usará el dato registrado en la historia clínica. Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo. Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta.	Nominal
Características obstétricas: Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes antecedentes de aborto, número de gestaciones, edad gestacional, control prenatal,	Fórmula obstétrica.	G: Grávida. P: Partos de embarazos a término. A: Abortos. P: Prematuros. V: Vivos actuales.	Nominal
	FUR.	Edad Gestacional: fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud. Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas.	Nominal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
Características obstétricas: Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes antecedentes de aborto, número de gestaciones, edad gestacional, control prenatal.		A término: Embarazo entre las 37 semanas 42 semanas. Post término: Embarazo mayor a 42 semanas. Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal.	
	Número de controles registrado en la Historia clínica.	Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control.	Nominal
	Registro del tipo de parto en la historia clínica.	Tipo de Parto: forma como nace el recién nacido, vaginal o abdominal (Cesárea).	Nominal
Complicaciones obstétricas: 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, etc	Registro de la complicación obstétrica en la historia clínica	Amenaza de aborto: Es un padecimiento del embarazo que ocurre antes de la vigésima semana de gestación y que sugiere la probabilidad de que se presente un <u>aborto espontáneo</u> . Aborto: Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 20 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. ITU: presenta molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias. Anemia: hemoglobina por debajo de 10 g/ml. durante la gestación. Pre eclampsia: Gestante > 20 semanas con PAD \geq 90 mmHg y/o PAS \geq 140 una proteinuria igual o > de 300 mg en orina de 24 horas.	Nominal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
<p>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, etc.</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 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</p>	
<p>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.</p>	<p>Registro de la complicación perinatal en la historia clínica.</p>	<p>Prematuridad: es definido como recién nacido de menos de 37 semanas completas de gestación.</p> <p>Asfixia: Definida por la presencia de los siguientes factores: taquipnea con quejido respiratorio, retracciones respiratorias, cianosis, hipoxia y hallazgos típicos en la radiografía.</p> <p>Óbito fetal: Es el feto que fallece habiendo cumplido 20 semanas o más de edad gestacional o con un peso superior a 500 gramos.</p> <p>Sufrimiento fetal agudo: es una alteración del intercambio metabólico entre la madre y el feto que trae como consecuencia la hipoxemia, acidosis e hipercapnia al igual que otros estudios homeostáticos fetales. se determina mediante las alteraciones características en los patrones de monitoreo fetal electrónico.</p>	<p>Nominal</p>

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
<p>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.</p>	<p>Registro de la complicación perinatal en la historia clínica</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> <p>Muerte fetal: Son las defunciones fetales tardías (muerte de feto de 28 semanas de gestación con 1000 gr. ó más).</p>	<p>Nominal</p>

CAPITULO III

8. METODOLOGIA.

8.1 Tipo y Diseño de Investigación.

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño no experimental, descriptivo transversal, retrospectivo.

- Descriptivo: Porque describe las características de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- Retrospectivo: Porque el evento que es la gestante adolescente ha ocurrido antes del estudio.

8.2 Población y muestra.

a) Población.

La población estuvo constituida por 243 gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital III Iquitos de EsSALUD Enero a Diciembre del 2014.

b) Muestra.

La muestra estuvo constituida por 149 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 50%.

$q = 1 - p$

$e =$ error estándar, que su valor es de 0.05

$N =$ población, que es 243

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

$$TM = 384.16 / (1 + (384.16/243)) = 149$$

Los criterios de inclusión fueron:

- Gestantes adolescentes que tuvo su parto en el Hospital III Iquitos – EsSALUD.
- Historia clínica de la madre completa.
- Historia clínica del recién nacido.

Los criterios de exclusión al estudio fueron:

- Gestantes no adolescentes que tuvo su parto en el Hospital III Iquitos – EsSALUD.
- La no existencia total o parcial de la Historia clínica de la madre
- La no existencia total o parcial de la Historia del recién nacido
- 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 obtiene información sobre las características sociodemográficas (edad, procedencia y nivel e instrucción); características obstétricas (número de gestaciones, antecedente de aborto, edad gestacional, control prenatal, tipo de parto); complicaciones obstétricas durante

el embarazo y parto (amenaza de aborto, anemia, preeclampsia, eclampsia, infección urinaria, hiperémesis, desproporción cefalopélvica, desgarro perineal, desgarro cervical, etc.); y complicaciones perinatales (prematuridad, recién nacido de bajo peso, retardo crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, etc.).

8.4 Procedimiento de recolección de datos.

Aprobado el proyecto de tesis por el Comité de Ética e Investigación del Hospital III Iquitos de EsSALUD; se revisó el libro de hospitalización del servicio de obstétrica y se obtuvieron los números de historias clínicas de las gestantes adolescentes que tuvieron su parto entre enero a diciembre del 2014; se revisaron las historias para saber si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión al estudio; luego de ello se seleccionaron a través de los números aleatorios random se obtendrán las 149 historias para su revisión.

Los datos recolectados serán verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenaran 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 univariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia.

8.6 Protección de los derechos humanos

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

CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a) Características maternas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD,

El 54.4% de las gestantes adolescentes tienen 19 años y el 34.9% tienen 18 años de edad (Tabla N^o 1).

Tabla N^o 1
Distribución según Edad de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Edad	N^o	%
16 años	4	2.7%
17 años	12	8.1%
18 años	52	34.9%
19 años	81	54.4%
Total	149	100.0%

El 55.7% de las gestantes adolescentes son convivientes, el 29,5% son solteras y el 14.8% son casadas (Tabla N^o 2)

Tabla N^o 2
Distribución según Estado Civil de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Estado civil	N^o	%
Soltera	44	29.5%
Casada	22	14.8%
Conviviente	83	55.7%
Total	149	100.0%

El 54.4% de las gestantes adolescentes proceden de la zona urbana, el 23.5% de la zona urbano marginal y el 22.1% de la zona rural (Tabla N° 3)

Tabla N° 3
Distribución según Procedencia de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Procedencia	N°	%
Urbana	81	54.4%
Urbanomarginal	35	23.5%
Rural	33	22.1%
Total	149	100.0%

El 57.0% de las gestantes adolescentes presentan nivel de instrucción secundaria, el 18.1% nivel técnico y el 15.4% nivel universitario (Tabla N° 4)

Tabla N° 4
Distribución según Nivel de instrucción de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Nivel de estudio	N°	%
Sin estudios	0	0.0%
primaria	14	9.4%
Secundaria	85	57.0%
Técnica	27	18.1%
Universitario	23	15.4%
Total	149	100.0%

b) Características obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD

El 26.2% de las gestantes adolescentes refieren tener antecedente de aborto (Tabla N^o 5).

El 91.3% de las gestantes adolescentes son primíparas, el 73.8% son primigestas, el 8.1% segundigestas y el 0.7% multigestas (Tabla N^o 5).

El 48.3% de las gestantes adolescentes tienen 6 a más controles prenatales, el 51.7% tienen entre 0 a 5 controles prenatales (Tabla N^o 5).

El 20.8% de las gestantes adolescentes tuvieron menos de 37 semanas de gestación (Tabla N^o 5).

El 61.1% de las gestantes adolescentes tuvieron parto eutócico y el 38.9% tuvieron parto por cesárea (Tabla N^o 5)

Tabla N^o 5
Características obstétricas de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Características Obstétricas	N^o	%	Características Obstétricas	N^o	%
Antecedente de aborto	39	26.2%	≥ 6 controles	72	48.3%
NO	110	73.8%	0 a 5 controles	77	51.7%
Primiparas	136	91.3%	Pretérmino	31	20.8%
Segundigesta	12	8.1%	A termino	118	79.2%
Multigesta	1	0.7%	Eutócico	91	61.1%
			Cesárea	58	38.9%

c) Tipo de complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD.

El 56.4% (84) de las gestantes adolescentes tuvieron alguna complicación obstétrica, y el 43.6% (65) no tuvieron complicación obstétrica (Tabla N^o 6).

Las principales complicaciones obstétricas que tuvieron las gestantes adolescentes fueron: anemia (58.3%), infección urinaria (54.8%), desgarro perineal (38.1%), desproporción cefalopélvica (25.0%), amenaza de parto prematuro (21.4%) e hipertensión inducida por el embarazo (16.7%) (Tabla N^o6)

Tabla N^o 6
Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Complicaciones obstétricas	N^o	%
Complicación Obstétrica	84	56.4%
Anemia	49	58.3%
ITU	46	54.8%
Desgarros perineales	32	38.1%
DCP	21	25.0%
Amenaza de parto pretérmino	18	21.4%
HIE	14	16.7%
RPM	12	14.3%
Hiperémesis gravídica	10	11.9%
Distocias de presentación	10	11.9%
Amenaza de aborto	6	7.1%
DPP	6	7.1%
Preeclampsia	5	6.0%
Desgarros cervicales	5	6.0%
Trabajo de parto prolongado	4	4.8%
Eclampsia	2	2.4%
Ninguna	65	43.6%

El 100% de las gestantes adolescentes de 16 años de edad presentaron complicaciones obstétricas, a mayor edad menor frecuencia de complicaciones obstétricas, esta tendencia no fue estadísticamente significativo ($p=0.122$) (Tabla N° 7)

Tabla N° 7
Edad y Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Edad	Complicaciones Obstétricas	%	Total⁰
16 años	4	100.0%	4
17 años	8	66.7%	12
18 años	32	61.5%	52
19 años	40	49.4%	81
Total	84	56.4%	149

$$X^2 = 5.839, p = 0.122$$

El 62.7% de las gestantes adolescentes con estado civil conviviente presentaron complicaciones obstétricas, el 50% en casadas y el 47.7% de las solteras, esta tendencia no fue estadísticamente significativo ($p=0.219$) (Tabla N° 8)

Tabla N° 8
Estado Civil y Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Estado civil	Complicaciones Obstétricas	%	N°
Soltera	21	47.7%	44
Casada	11	50.0%	22
Conviviente	52	62.7%	83
Total	84	56.4%	149

$$X^2 = 3.126, p = 0.219$$

El 75.8% de las gestantes adolescentes que proceden de la zona rural presentaron complicaciones obstétricas, el 57.1% de las que proceden de la zona urbanomarginal y el 48.1% de las que proceden de la zona urbana presentan complicaciones obstétricas, esta tendencia fue estadísticamente significativo ($p=0.026$) (Tabla N° 9)

Tabla N° 9
Procedencia y Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Procedencia	Complicaciones Obstétricas	%	Total
Urbana	39	48.1%	81
Urbanomarginal	20	57.1%	35
Rural	25	75.8%	33
Total	84	56.4%	149

$$X^2 = 7.289, p = 0.026$$

El 71.4% de las gestantes adolescentes que tienen nivel de instrucción primaria, el 56.5% de las de instrucción secundaria, esta tendencia no fue estadísticamente significativo ($p=0.641$) (Tabla N° 10)

Tabla N° 10
Nivel de Instrucción y Complicaciones obstétricas de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Nivel de estudio	Complicaciones Obstétricas	%	N°
Primaria	10	71.4%	14
Secundaria	48	56.5%	85
Técnica	14	51.9%	27
Universitario	12	52.2%	23
Total	84	56.4%	149

$$X^2 = 1.679, p = 0.641$$

d) Tipo de complicaciones en los recién nacidos de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD.

El 40.9% (61) de las gestantes adolescentes tuvieron alguna complicación perinatal y el 59.1% (885) no tuvieron complicación perinatal (Tabla N^o 11).

Las principales complicaciones perinatales que tuvieron las gestantes adolescentes fueron: prematuridad (50.8%), recién nacido de bajo peso (41.0%), sufrimiento fetal agudo (29.5%), retardo de crecimiento intrauterino (16.4%), y sepsis neonatal (13.1%) (Tabla N^o 11).

Tabla N^o 11
Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Complicaciones perinatales	N^o	%
Complicaciones perinatales	61	40.9%
Prematuridad	31	50.8%
RNBP	25	41.0%
Sufrimiento fetal agudo	18	29.5%
RCIU	10	16.4%
Sepsis neonatal	8	13.1%
Cefalohematoma	3	4.9%
Hipoglicemia	3	4.9%
Óbito fetal	2	3.3%
Fractura de clavícula	1	1.6%
Ninguna	88	59.1%

El 75.0% de las gestantes adolescentes de 16 años y el 58.3% de las de 17 años presentaron complicaciones perinatales, a mayor edad menor frecuencia de complicaciones perinatales, esta tendencia no fue estadísticamente significativo ($p=0.284$) (Tabla N° 12)

Tabla N° 12
Edad y Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Edad	Complicaciones Perinatal	%	Total
16 años	3	75.0%	4
17 años	7	58.3%	12
18 años	20	38.5%	52
19 años	31	38.3%	81
Total	61	40.9%	149

$$X^2 = 3.915, p = 0.284$$

El 45.5% de las gestantes adolescentes con estado civil casada presentaron complicaciones perinatales, el 40.9% en solteras y 39.8% de las convivientes, esta tendencia no fue estadísticamente significativo ($p=0.889$) (Tabla N° 13)

Tabla N° 13
Estado Civil y Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Estado civil	Complicaciones Perinatal	%	Total
Soltera	18	40.9%	44
Casada	10	45.5%	22
Conviviente	33	39.8%	83
Total	61	40.9%	149

$$X^2 = 0.621, p = 0.889$$

El 60.6% de las gestantes adolescentes que proceden de la zona rural presentaron complicaciones perinatales, el 37.1% de las que proceden de la zona urbanomarginal y el 34.6% de las que proceden de la zona urbana presentan complicaciones perinatales, esta tendencia fue estadísticamente significativo ($p=0.032$) (Tabla N^o 14)

Tabla N^o 14
Procedencia y Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Procedencia	Complicaciones Perinatal	%	Total
Urbana	28	34.6%	81
Urbanomarginal	13	37.1%	35
Rural	20	60.6%	33
Total	61	40.9%	149

$$X^2 = 6.861, p = 0.032$$

El 64.3% de las gestantes adolescentes con nivel de instrucción primaria presentaron complicaciones perinatales, frente al 41.2% de las que tienen nivel instrucción secundaria, 33.3% técnicas y 34.8% universitaria; esta tendencia fue estadísticamente significativo ($p=0.027$) (Tabla N^o 15)

Tabla N^o 15
Nivel de Instrucción y Complicaciones perinatales de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Nivel de estudio	Complicaciones Perinatal	%	Total
Primaria	9	64.3%	14
Secundaria	35	41.2%	85
Técnica	9	33.3%	27
Universitario	8	34.8%	23
Total	61	40.9%	149

$$X^2 = 9.170, p = 0.027$$

10. DISCUSION

La mayor frecuencia de gestantes adolescentes fueron entre los 18 a 19 años, VILLON³⁹ en su estudio todas las gestantes pertenecen a la adolescencia tardía (15 a 19 años). TAY⁴⁰ encuentra hallazgo similar, en su mayoría se encontraba entre 18 y 19 años. MEJIA⁴¹ reporta gestantes adolescentes en su mayoría de 16 a 19 años. MORALES⁴⁷ reporta entre los 16 y 17 años.

Menos del 15% tienen unión estable. TAY⁴⁰ encuentra hallazgo similar al nuestro, predominantemente eran convivientes y solteras. VILLON³⁹ encuentra que todas las gestantes adolescentes en su estudio tienen unión inestable con sus parejas. MEJIA⁴¹ reporta que en su mayoría de las gestantes adolescentes no viven con su pareja. PEÑA⁴⁹ la mayoría de las gestantes fueron conviviente.

Más del 50% de las gestantes proceden de la zona urbana, mientras que en el estudio de VILLON³⁹ más del 60% de sus gestantes adolescentes provenía de zonas rurales.

Predomino el nivel de instrucción secundaria, VILLON³⁹ encuentra que sus gestantes adolescentes en su mayoría contaron con estudios primarios. MORALES⁴⁷ encuentra mayoritariamente instrucción secundaria. PEÑA⁴⁹ en su mayoría con estudios secundarios concluidos.

El 26.2% refieren tener antecedente de aborto, ósea habían tenido embarazo previo, VILLON³⁹ anota en su estudio que el 15% ya había estado embarazada previamente. MEJIA⁴¹ encuentra que el 23,8% han tenido aborto.

Más del 70% de las gestantes adolescentes son primigestas, TAY.⁴⁰ encuentra más del 70% que eran primigestas. MORALES⁴⁷ reporta en su estudio que la mayoría eran primíparas.

Las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD no tienen un control prenatal adecuado (51.7%); VILLON³⁹ encuentra que el 40%

nunca recibió control prenatal. MEJIA ⁴¹ en su mayoría no tienen un control prenatal. MEJIA ⁴¹ encuentra que más del 80% no tuvieron control prenatal.

La relación de parto eutócico y cesárea fue 6 a 4; TAY. ⁴⁰ encuentra con más frecuencia la vía de parto abdominal en gestantes adolescentes; MEJIA ⁴¹ encuentra 1 de cada 3 parto es por cesárea POMA⁴⁶ encuentra en su mayoría parto vaginal. La tasa de cesárea es mayor en las gestantes adolescentes es mayor al indicador de cesárea en un hospital.

Más del 50.0% de las gestantes adolescentes tuvieron complicación obstétrica, VILLON ³⁹ en su estudio encuentra el 40% de complicaciones obstétrica. Esto implica que las gestantes adolescentes tienen un mayor riesgo de complicación obstétrica. Las principales fueron: anemia, infección urinaria, desgarro perineal, desproporción cefalopélvica, amenaza de parto prematuro e hipertensión inducida por el embarazo; VILLON ³⁹ encuentra principalmente trabajo de parto prolongado, desgarros perineales, ruptura prematura de membranas y parto pre término. TAY ⁴⁰ encontró relación entre gestación en adolescentes y desgarro perineal, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, infección urinaria y anemia. MEJIA ⁴¹ encuentra a la preeclampsia severa y eclampsia como las principales complicaciones. ESPINOZA ⁴³ encuentra que las gestantes adolescentes tiene un riesgo relativo significativo en la presentación de eclampsia, desproporción céfalo pélvica, anemia crónica. CHOQUE ⁴⁴ reporta la anemia, la infección del tracto urinario, y el Síndrome hipertensivo del embarazo. POMA⁴⁶ reporta infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas, la hipertensión inducida por el embarazo. PEÑA ⁴⁹ encuentra como morbilidad principales a la infección del tracto urinario y la anemia; como se aprecia que hay riesgo de complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes, disminuyendo su calidad de vida con riesgo de mortalidad materno perinatal.

Se encuentra que 4 de 10 recién nacidos de gestante adolescente tuvieron complicación perinatal, las principales fueron: prematuridad, RNBP, SFA, RCIU, y sepsis neonatal; estudios encuentran similares complicaciones pero diferente frecuencia; VILLON ³⁹ encuentra peso bajo al nacer, prematuridad y SFA. TAY ⁴⁰

encontró relación entre gestación en adolescentes y sufrimiento fetal agudo. MEJIA⁴¹ encuentra principalmente prematuridad, recién nacido de bajo peso y asfixia. ESPINOZA⁴³ encuentra principalmente recién nacido de bajo peso al nacer. POMA⁴⁶ reporta SFA, trauma en el recién nacido. PEÑA⁴⁹ encuentra que las entidades neonatales más frecuentes fueron el peso bajo al nacer, prematuridad y el sufrimiento fetal.

Las gestantes procedentes de la zona rural tienen además menor nivel de instrucción, menor nivel socioeconómico y menor accesibilidad a la atención y control prenatal llevándolas a una mayor probabilidad de complicaciones obstétricas y perinatales, por la distribución de las frecuencias de edades encontradas en el estudio no se descarta que las adolescentes tempranas tengan más riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales que las adolescentes tardías.

11. CONCLUSIONES

- De las 149 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, el 89.3% tienen entre 18 a 19 años de edad, el 55.7% son convivientes y el 29,5% solteras, el 54.4% proceden de la zona urbana y el 23.5% de la zona urbano marginal, el 57.0% tienen nivel de instrucción secundaria.
- El 26.2% refieren tener antecedente de aborto, el 91.3% son primíparas, el 48.3% tienen 6 a más controles prenatales, el 20.8% tuvieron menos de 37 semanas de gestación, el 61.1% tuvieron parto eutócico y el 38.9% tuvieron parto por cesárea.
- El 56.4% (84) de las gestantes adolescentes tuvieron complicación obstétrica, las principales fueron: anemia (58.3%), infección urinaria (54.8%), desgarro perineal (38.1%), desproporción cefalopélvica (25.0%), amenaza de parto prematuro (21.4%) e hipertensión inducida por el embarazo (16.7%).
- Las complicaciones obstétricas se asoció a la procedencia rural de la gestante adolescente ($p=0.026$), no a la edad ($p=0.122$), estado civil ($p=0.219$), ni al nivel de instrucción ($p=0.641$).
- El 40.9% (61) de las gestantes adolescentes tuvieron alguna complicación perinatal, las principales fueron: prematuridad (50.8%), recién nacido de bajo peso (41.0%), sufrimiento fetal agudo (29.5%), retardo de crecimiento intrauterino (16.4%), y sepsis neonatal (13.1%).
- Las complicaciones perinatales se asoció con la procedencia ($p=0.032$) y el nivel de instrucción ($p=0.027$), no así con la edad ($p=0.284$), ni el estado civil ($p=0.889$).

12. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos nos permiten recomendar:

- Difundir en los centros de trabajo el derecho que tienen las adolescentes embarazadas a la atención prenatal y natal en EsSALUD.
- Fortalecer la actitud sexual y reproductiva de los adolescentes asegurados a través de actividades educativas promocionales en forma visual.
- Mejorar la cobertura del control prenatal en las gestantes adolescentes instalando la atención domiciliaria a las que no acuden al control prenatal.
- Realizar estudio comparativo con las gestantes en edad fértil para determinar los riesgos de complicaciones obstétricas y perinatales.

CAPITULO V

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Valdés S., Eissien J., Bardales J., Saavedra D., Bardales E., Embarazo en la adolescencia: Incidencia, riesgos y y complicaciones. Rev cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-8
2. Vázquez A., Guerra C., Herrera V., de la Cruz F., Almirall A. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001. 27(2):158-164
3. Acevedo M.; Gómez D.; Arbelo D.; Rodríguez I., Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal “Tamara Bunke” MEDISAN 2010;14(7):976-981
4. Cervantes Bergazo R. Aspectos biológicos del embarazo precoz. Lima: UNICEF/Consortio mujer.1993:191-8.
5. Vázquez Márquez Á., Guerra Verdecia C., Herrera Vicente V., de la Cruz Chávez F., Almirall Chávez Á. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001, 27(2): 158-164.
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2001
8. Embarazo adolescente en el Perú.2013. <http://www.unfpa.org.pe/eaperu>
9. www.julionakiche.blogspot.com/
10. Olavarria D. *Embarazo adolescente* en el Perú. mediosdecomunicacion. blogspot.es/1290277380
11. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 533-pe-EsSALUD-2011
12. Resolución de Gerencia Central de Aseguramiento N° 030-GCAS-EsSALUD-2013
13. Mayer ML, Barrias AL, Barboza-Galeano SB, Fochesatto NA. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. 2006;160:1-4.
14. Nolazco ML, Rodríguez LY. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. 2006;156:13-18.
15. Rodríguez-Rigual M. Necesidad de creación de unidades de adolescencia. An Pediatr. 2003;58(supl 2):104-6.

16. 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
17. Moore, K.; Miller, B.; Sugland, B.; Morrison, D.; Geli, D. & Blumenthal, C. Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. A review of research and interventions. Publicaciones electrónicas de PAHO, 2000, 32:12-15.
18. Klein J. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. Pediatrics, 2005, 116:281-286.
19. Alarcón. J.; Chávez. J.; Mercado, R.; Portella, J.; Medina. A. & Díaz, J. Complicaciones perinatales y factores de riesgo asociado. Revista del Instituto Materno Perinatal, 1998, 6: 24-36.
20. Poo, A.; Baeza, B.; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D. & Zuñiga, D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Revista Sogia, 2005, 12: 17- 24.
21. Gutiérrez, G.T.; De la Cruz, A.P. & Carrasco, V. Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Revista de Enfermería Instituto Mexicano de Seguro Social, 2002, 10: 21–25.
22. Issler, J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina, 2001, 107: 11-23.
23. Rodríguez V. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013. Tesis para obtener el título de Obstetra. Universidad de Guayaquil, Facultad de ciencias médicas, Escuela de Obstetricia. 2013
24. Embarazo en Adolescente. Perú. 2013. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Embarazo-Adolescente-Peru.pdf>.
25. 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 .
26. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG 2004; 30(2).

27. 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
28. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol obstet México*. 2002;70(6):270-274.
29. Fochesatto NA. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. *Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina*. 2006;160:1-4.
30. Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Rev Col Obstet Ginecol*. 2004;55(2):114-21.
31. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo Adolescente. *Rev. Ped. Elec*. 2008;5(1):42-52.
32. Banerjee B, Pandey GK, Dutt D, Sengupta B, Mondal M, Deb S. Teenage pregnancy: A socially inflicted health hazard. *Indian J Community Med*. 2009 Jul;34(3):227-31.
33. World Health Organization. Adolescent Pregnancy-Issues in Adolescent Health and Development. 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf
34. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67(6):481-87.
35. Vázquez-Márquez A, Guerra-Verdecia C, Herrera-Vicente V, Chávez-de la Cruz F, Almiral-Chávez AM. Embarazo y adolescencia: factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001;27(2):158-64.
36. Sandoval J.; Mondragón F.; Ortíz M. Complicaciones maternoperinatales del embarazo en primegestas adolescentes. Estudio caso control. *Rev. Per Ginecol Obste*. 2007;53(1):28-34
37. 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).
38. 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. *MEDISAN* 2006; 10(3).

39. Villón, J.; Loyola, E.; Rosas, E.; Vera, G.; Tejada, R. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica. 1998. *Ginecol. & obstet*;1999, 45(2):116-9.
40. Tay Kcont, Flor de María; Puell Ramirez, Lucie; Neyra, Luis; Seminario, Alain. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. *Ginecol. & obstet*;45(3):179-82, jul. 1999
41. Mejia A. Características del Embarazo, Parto y Recién Nacido de la Gestante Adolescente en la Altura. *Anales de la Facultad de Medicina*. 1999, 60(2).
42. 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
43. Espinoza E. Aspectos obstétricos y demográficos del parto en adolescente, atendidos en el Hospital Regional Huacho, años 1996 - 2001. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Huacho; 2002.
44. 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.
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. 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
47. Morales J.; Gutiérrez C.; Mitma C.; Siancas T., Palomino H. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008. *Rev. peru. epidemiol.* 2008, 12(3):1-6
48. Mengole-Amaya, T.A. & Iannacone, J. Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú, 2009. *The Biologist (Lima)* 2010, 8(2):164-178

49. Peña-Oscuvilca A., Peña-Ayudante W. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2011; 57: 43-48
50. Nakandakari M.; De la Rosa D.; Jaramillo J. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 6(3) 2013: 33-36

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

4. Complicaciones perinatales

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

Anexo N^o 2
Distribución de las Cesáreas según Edad de las Gestantes Adolescentes
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2014

Edad	Cesáreas	%	Total
16 años	3	75.0%	4
17 años	8	66.7%	12
18 años	21	40.4%	52
19 años	26	32.1%	81
Total	58	38.9%	149