

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES
MATERNO - PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2019

TESIS

Presentada por:

Bach. Yenny Tania Quispe Vilcanqui

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES
MATERNO - PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2019**

TESIS

Presentada por:

Bach. YENNY TANIA QUISPE VILCANQUI

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado


Méd. Jorge Eliseo López Claros
PRESIDENTE


Méd. Hilda Leticia Vizcarra
Rojas
MIEMBRO


Mgr. Alberto Saul Flor Chávez
MIEMBRO


Dr. Julio Aguilar Vilca
ASESOR

DEDICATORIA

Dedicado a todas las personas que tienen el deseo de superación, el don de servir y vocación para ayudar al prójimo.

A mi Universidad que me dio la bienvenida al mundo como tal por la oportunidad que me ha brindado para poder realizarme profesionalmente.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que me han brindado su apoyo incondicional durante estos años de estudio.

A mi hermana, por estar siempre a mi lado con sus consejos y haciendo que me mantenga constante en mis objetivos.

A mi asesor de tesis, por el apoyo y orientación brindada durante el proceso de elaboración del trabajo de investigación.

CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
CONTENIDO	v
RESUMEN.....	xi
SUMARY	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.4. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.6 HIPÓTESIS.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. ANTECEDENTES	12
2.1.1. INTERNACIONALES:	12

2.1.2. NACIONALES:	16
2.1.3. LOCALES:.....	32
2.2. BASES TEÓRICAS	35
2.2.1. ADOLESCENCIA	35
2.2.2. FACTORES DE RIESGO	36
2.2.3. CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA ASOLESCENTE GESTANTE	41
2.2.4. COMPLICACIONES MATERNAS	45
2.2.5. COMPLICACIONES PERINATALES	63
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	75
3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	75
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	75
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	76
3.3.1 Criterios de inclusión	76
3.3.2 Criterios de exclusión	76
3.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	77
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO	81
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	82
3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	83

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	84
4.1 RESULTADOS.....	84
4.2. DISCUSIÓN	115
CONCLUSIONES	136
RECOMENDACIONES.....	138
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
ANEXOS.....	155

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 FACTORES DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019	84
Tabla 2 CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019.....	92
Tabla 3 COMPLICACIONES MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE Y DEL GRUPO CONTROL ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019.....	99
Tabla 4 COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES Y DEL GRUPO CONTROL ATENDIDOS EN EL HHUT, AÑO 2019.....	102
Tabla 5 ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y LAS COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS DEL HHUT, AÑO 2019.....	104

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN EDAD ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019	87
Gráfico 2	FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019	88
Gráfico 3	FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN OCUPACIÓN, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019	89
Gráfico 4	FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN ESTADO CIVIL, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019	90
Gráfico 5	FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN RESIDENCIA, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019	91
Gráfico 6	CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019.....	94
Gráfico 7	CARACTERÍSTICAS MATERNA DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN N° GESTACIONES ATENDIDAS	

EN EL HHUT, AÑO 2019.....	95
Gráfico 8 CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN CONTROL PRENATAL, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019.....	96
Gráfico 9 CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN EDAD GESTACIONAL, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019.....	97
Gráfico 10 CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN TIPO DE PARTO, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019	98

RESUMEN

La presente investigación titulada “Factores de riesgo asociados a complicaciones materno - perinatales en gestante adolescente en el HHUT, año 2019. Tuvo como objetivo determinar los Factores de riesgo asociados a complicaciones materno - perinatales. Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Se aplicó la ficha de recolección de datos. Resultados: El 82,82% son adolescentes tardías, el 92,59% tienen estudios superiores no universitario, el 60,40% son amas de casa y el 64,96% son convivientes y el 90,03 % residen área urbana, el 88,32% sin antecedentes de aborto, el 88,60% son nuligestas, el 62,11% tiene más de 6 CPN, el 92,31% la edad gestacional es de 37 a 41 semanas y el 50,14% fue por cesárea. Las Complicaciones maternas: el 51,85% es por ITU, el 50,14% por Cesárea, 12,54% por DCP, 11,97% por Aborto, el 9,97% por APP, el 9,12% por Anemia, el 1,71% por Amenaza de aborto, el 1,71% por DPP, el 1,14% por Hiperémesis gravídica, el 1,14% por Pre eclampsia leve, el 0,85% por RPM y el 0,28% por Eclampsia. Las complicaciones perinatales del RN: el 10,83% por SFA, el 7,12% Pre término, el 4,84% peso menor de 2500 gr, el 3,70% el Apgar al minuto fue menor de 7. Y el 0,85% el Apgar a los cinco minutos fue menor a 7. Existe asociación la edad y la Eclampsia ($p < 0,029$), grado de instrucción y la Amenaza de aborto OR: 0,078 IC (0,013 – 0,467), $p < 0,000$; no se asocia con la Hiperémesis gravídica OR 0,126 IC (0,012 – 1,290) $p < 0,039$. Ocupación y RPM con un $p < 0,032$. La residencia y la RPM: OR 0,052 IC (0,005 - 0,593), $p < 0,001$. La edad de la adolescente y SDR con $p < 0,029$. El estado civil y RCIU con $p < 0,045$.

Palabras clave: Factores de riesgo, complicaciones materno - perinatales, gestante adolescente.

SUMARY

The present investigation entitled "Risk factors associated with maternal-perinatal complications in adolescent pregnant women at the HHUT, 2019. The objective was to determine the risk factors associated with maternal-perinatal complications. Observational, analytical, retrospective case-control study. The data collection sheet was applied. Results: 82,82% are late adolescents, 92,59% have higher non-university studies, 60,40% are housewives and 64,96% are cohabiting and 90,03% reside in urban areas, the 88,32% with no history of abortion, 88,60% are nulligesta, 62,11% with more than 6 NPCs, 92,31% the gestational age is from 37 to 41 weeks and 50,14% was due to Caesarean section. Maternal complications: 51,85% due to UTI, 50,14% due to Cesarean section, 12,54% due to DCP, 11,97% due to Abortion, 9,97% due to APP, 9,12% due to Anemia, 1,71% for threatened abortion, 1,71% for PPD, 1,14% for hyperemesis gravidarum, 1,14% for mild pre-eclampsia, 0,85% for RPM and 0,28% for Eclampsia. Perinatal complications of the NB: 10,83% due to AFS, 7,12% Preterm, 4,84% weight less than 2500 gr, 3,70% Apgar per minute was less than 7. And 0, 85% the Apgar at five minutes was less than 7. There isn't an association between age and Eclampsia ($p < 0,029$), level of education and Threat of abortion OR: 0,078 CI (0,013 – 0,467), $p < 0,000$; with hyperemesis gravidarum OR 0,126 IC (0,012 – 1,290) $p < 0,039$. Occupancy and RPM with a $p < 0,032$. Residence and RPM: OR 0,052 IC (0,005 – 0,593), $p < 0,001$. The adolescent's age and SDR with $p < 0,029$. Marital status and IUGR with $p < 0,045$.

Key words: Risk factors, maternal - perinatal complications, pregnant adolescent.

INTRODUCCIÓN

En el mundo se estima que existe más de un billón de adolescentes que inician tempranamente la actividad sexual con lo que la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años es cada vez mayor (1)

Durante el año 2017, en Perú, el 13,4% de adolescentes de 15 a 19 años fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez, lo que representó un incremento del 0,7% con respecto al año anterior cuando el índice fue del 12,7%, reveló la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) 2017 y del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2).

En base al informe del Endes 2017 y los registros del Ministerio de Salud (Minsa) y del Reniec, Mendoza dijo que cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas diariamente en el Perú, mientras que 10 con 15 años exactos de edad se embarazan al día (2).

El embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a las posibles complicaciones durante la gestación como son la preeclampsia y anemia (3). También, la infección urinaria es otro aspecto que se presenta a menudo (4). Por otro lado, la desnutrición materna durante la

adolescencia influye en el bajo peso del neonato (5). La pre-eclampsia se presenta con mayor frecuencia a partir del tercer trimestre del embarazo.

En el presente trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo asociados a complicaciones materno – perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero – diciembre 2019”, tiene como objetivo determinar la asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones materno perinatales en gestantes adolescente.

Las complicaciones materno - perinatales, 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 o que agravan la condición de salud del feto o neonato.

El trabajo se encuentra organizado en 5 capítulos: capítulo I Planteamiento del Problema, capítulo II Marco teórico, capítulo III Marco metodológico, capítulo IV Metodología de la investigación, para culminar con conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográfica.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La OMS se reunió en 1974 y definió a la adolescencia como un periodo durante el cual el individuo progresa desde el punto de la aparición de los caracteres sexuales hasta la madurez sexual, y donde los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan de niño a adulto, considerando a este periodo de transición desde los 10 a 19 años y clasificándolo por etapas de acuerdo al impacto de riesgo como adolescencia temprana desde los 10 a los 14 años y la adolescencia mediana o tardía que se extiende desde los 15 a 19 años (6).

Las estadísticas sanitarias mundiales 2014, indica que la tasa media de natalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas; refiere además que el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza (7).

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 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 (8).

En el Perú (2016 -2017), el embarazo adolescente se registró un incremento a nivel nacional del 12,7% a 14,4% (15 y 17 años) (MIDIS - 2018) (9).

Las madres adolescentes tienen un riesgo sustancialmente mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso al nacer, malnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo. Además, la mortalidad infantil es 3 veces más alta en sus hijos. 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. Los estudios que han intentado esclarecer las causas primarias del problema del problema han producido resultados controversiales. Algunos sugieren que el pronóstico adverso persiste aun después de controlar los factores socioeconómicos; otros reportes no encuentran efectos

negativos determinados por la edad, y finalmente, hay informes de una mejoría del resultado perinatal al controlar la condición socioeconómica (8).

La mayor morbilidad y mortalidad perinatal observada en hijos de adolescentes parece tener un riesgo 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).

Según MINSA en Tacna, durante el año 2018, indica que nacieron 12 niños cuyas madres son menores de 14 años y 380 bebés nacidos de adolescentes de 15 a 19 años (10)

Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo (11) (12).

La mortalidad perinatal se asocia a un pobre control prenatal, además de problemas de calidad del mismo, que se hace extensivo al momento del parto y de la atención del recién nacido (13).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las complicaciones maternas - perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo enero - diciembre 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Es un tema ampliamente conocido en el ámbito de la medicina que la gestación manifiesta mayores complicaciones cuando ocurre en los extremos de la vida reproductiva de la mujer, presentando mayor riesgo de complicaciones en los recién nacidos.

El conocer la incidencia permitirá un mejor abordaje, en cuanto a la prevención dando a conocer tanto a las adolescentes como a los padres de familia la importancia de la educación sexual y reproductiva dejando de lado los tabúes y creencias; y a su vez, tener conocimiento sobre las complicaciones perinatales más frecuentes en el recién nacido para así poder ofrecer atención médica de calidad enfocada en sus necesidades obteniendo resultados favorables y por ende mejorar el servicio hacia la comunidad.

El resultado permitirá encontrar en adolescentes y recién nacidos la prevalencia de las complicaciones maternas y perinatales; para así,

detectar oportunamente estas patologías y dar el tratamiento adecuado que contribuya a disminuir la morbi-mortalidad asociada a los factores de riesgo.

1.4. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Es importante porque mediante este estudio de investigación no sólo se conocerá el comportamiento de las adolescentes embarazadas con complicaciones maternas perinatales, si no que se identificará el factor asociado a estas complicaciones; para posteriormente dar como sugerencias para su intervención, logrando disminuir el porcentaje de incidencias de gestantes adolescentes con complicaciones.

No existen investigaciones relacionadas en el ámbito regional, pero es importante conocer los Factores de riesgo que producen complicaciones en la madre adolescente, y que mediante estrategias de intervención se logren disminuir los casos de gestantes adolescentes con complicaciones.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones materno perinatales en gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero - diciembre 2019

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgos: biológicos y culturales de la gestante adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero a diciembre 2019.
- Describir las características maternas u obstétricas de la gestante adolescente: antecedente de aborto, número de gestaciones previas, control prenatal, edad gestacional, tipo de parto de la gestante adolescente atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero a diciembre 2019.

- Identificar las gestantes adolescentes que han presentado complicaciones maternas: Amenaza de aborto, aborto, Amenaza de parto prematuro, hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, hipertensión gestacional, pre eclampsia, eclampsia, placenta previa, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, DCP, Cesárea, endometritis puerperal, embarazo prolongado, y del grupo control atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero a diciembre 2019.
- Identificar las gestantes que han presentado complicaciones perinatales: RN pretérmino, RN postérmino, peso del recién nacido, Apgar al minuto, Apgar a los 5 mn, Ictericia neonatal, Hipoglicemia, infección neonatal, morbilidad neonatal, muerte intrauterina, muerte neonatal y del grupo control atendidas en el hospital Hipólito Unanue durante el periodo enero a diciembre 2019
- Determinar si los Factores de riesgo se asocia a las complicaciones maternas en la gestante adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero a diciembre 2019.

- Determinar si los Factores de riesgo se asocia a las complicaciones perinatales en la gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero-diciembre 2019.

1.6 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

- Ha: Los factores de riesgo se asocian a complicaciones materno perinatales en gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero - diciembre 2019.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hipótesis específica 1

- Ha: Los Factores de riesgo se asocian a las complicaciones maternas en la gestante adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero - diciembre 2019.
- Ho: Los Factores de riesgo no se asocia a las complicaciones maternas en la gestante adolescente atendida en el Hospital

Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero -
diciembre 2019

Hipótesis específica 2

- Ha: Los Factores de riesgo se asocia a las complicaciones perinatales en la gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero – diciembre 2019
- Ho: Los Factores de riesgo no se asocia a las complicaciones perinatales en la gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero – diciembre 2019

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. INTERNACIONALES:

Munguía T, Chávez M, Ávila N. et al, (14) realizan un estudio de investigación sobre Complicaciones perinatales de neonatos hijos de madres adolescentes y añosas en un hospital de Guadalajara en México año 2015. Durante el periodo del estudio, hubo 440 recién nacidos de madres añosas y 205 de madres adolescentes, que representaron una prevalencia de 11.4% y 5.4% de todos los nacimientos, respectivamente. Las madres añosas tuvieron mayor número de cesáreas ($p < 0.01$), por otro lado, hubo diferencias significativas en el número de neonatos pretérmino ni postérmino entre los grupos, ($p = 0.7$) no respecto al peso del neonato ($p = 0.14$). Los hijos de madres adolescentes requirieron de ser admitidos a UCIN con mayor frecuencia ($p < 0.01$), pero hubo tendencia a mayor mortalidad en los neonatos de madres añosas ($p = 0.06$). Concluyendo que en ambos grupos de hijos pertenecientes a madres adolescentes y añosas presentaron un perfil epidemiológico con una incidencia

de morbilidad similar en ambos, con las mismas causas de ingreso a terapia intensiva. Los hijos de madres adolescentes tuvieron una mayor prevalencia de admisión a UCIN.

Velastegui J, Hernández M, Real J. et al. (15) en Ecuador en el 2016, realizó un estudio para determinar las complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas en el servicio de emergencia del hospital “Juan Carlos Guasti”, de la ciudad de Atacames, entre enero y junio del 2016; Se determinó que de las 69 embarazadas adolescentes que presentaron complicaciones perinatales, el 28 % fue por abortos y el 23 % se hospitalizaron por: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infección de vías urinarias, oligoamnios y ruptura prematura de membrana, entre otras. La histerectomía y hemorragia postparto que correspondió al 1 %. En los recién nacidos, el 12 % presentó complicaciones, siendo el 6 % distrés respiratorio.

Conclusiones: El aborto fue la principal complicación presentada en las embarazadas, seguido por otras como la ruptura prematura de membrana, amenaza de aborto, infección de vías urinarias, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal, antecedentes patológicos personales, entre otras.

Vega G, De Icaza T, Becerril A. et al. (16) en México en el 2016 realizo un estudio para determinar los resultados perinatales de hijos de madres adolescentes, comparados con hijos de madres no adolescentes en un Hospital de Segundo Nivel en México; fue de casos y controles en el Hospital del Niño y la Mujer de la Secretaría de Salud de Querétaro, México, del 1 de Septiembre de 2015 al 30 de Enero de 2016, se estudió una muestra de 60 casos de embarazadas adolescentes y 90 controles, entre los 20 y 35 años de edad que tuvieron evento obstétrico; encontraron el promedio de edad de 17.38 y de 25.33 años respectivamente. Las variables con una $p < 0.05$, fueron: peso y Apgar al minuto de vida extrauterina; mientras que, en semanas de gestación, talla, Apgar a los 5 minutos y días de hospitalización no hubo diferencia. Las variables cualitativas más frecuentes en las mujeres adolescentes fueron: complicaciones durante el parto (15%), complicaciones del recién nacido (18,3%), y vía de interrupción del embarazo por cesárea (70%); mientras que, en las mujeres embarazadas de 20 a 35 años, fueron más frecuentes las complicaciones durante el embarazo (51,1%); concluyeron que el embarazo en mujeres adolescentes tiene mayor morbilidad que las mujeres de 20 a 35 años.

Carrera S, Yllescas E, Cordero G. et al. (17) en el 2015 publico un estudio para evaluar la evolución perinatal de embarazos pretérmino en madres adolescentes y analizar diferencias con los embarazos de madre no adolescente; fue retrospectivo, entre enero de 2007 y enero de 2012; para el análisis se formaron dos grupos: 1) hijo de madre adolescente y 2) hijo de madre no adolescente; estudiaron 50 pacientes, 25 por grupo; encontraron que no hubo diferencias en la evolución perinatal, con excepción del desarrollo de enterocolitis necrosante ($p < 0.02$). La mortalidad fue parecida; concluyeron que el prematuro hijo de madre adolescente no presenta mayor morbimortalidad que el de madre no adolescente.

Barrera J, Higareda M, Barajas T. et al. (18) en su investigación: “Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes”. México. 2014. Publicaron un estudio para comparar el perfil clínico perinatal entre recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes; fue de diseño transversal comparativo, se forman dos grupos en función de la edad materna: adolescentes y no adolescentes, encontraron que se analizaron 2,155 expedientes de recién nacidos, hijos de madres adolescentes ($n = 819$ [38%]) y no

adolescentes (n = 1,336 [62%]). Hubo diferencias entre grupos en cuanto al peso al nacer: $2,859 \pm 459$ versus $3,265 \pm 486$ g ($p = 0.000$); el género masculino: 518 (63%) versus 725 (54%) ($p = 0.000$); el retraso en el crecimiento intrauterino en niños de término: 62 (7.5%) versus 66 (4.9%) ($p = 0.012$), y la prematurez: 171 (21%) versus 213 (16%) ($p = 0.003$). Hubo factores que favorecieron la alteración del perfil clínico de los recién nacidos, como ser madre adolescente: odds ratio (OR): 1.58 (1.99-2.99); el género masculino: OR: 1.80 (1.50-2.17); la enfermedad al nacer: OR: 3.73 (2.50-5.30), y la asociación de peso bajo al nacer de los hijos de adolescentes: OR: 2.4 (1.72-3.42); concluyeron que existe una alta frecuencia de madres adolescentes en cuyos hijos se observó mayor riesgo de sufrir prematurez, retraso de crecimiento intrauterino y enfermedad neonatal. No hubo diferencias respecto a la talla y el APGAR.

2.1.2. NACIONALES:

Valdez Y. (19) realiza un estudio de investigación sobre “Repercusiones maternas y perinatales del embarazo en Adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018”. Población: constituida 120 gestantes atendidas en los meses de Enero a Junio 2018. Los resultados encontrados

fueron: Las repercusiones maternas del embarazo en adolescentes encontradas fueron; anemia leve 24,2% (29); anemia moderada 10% (12); cistitis 30,8% (37) y preeclampsia 1,7% (2). Observándose también que un porcentaje considerable 34,2% presentan anemia que a la vez es factor de riesgo para otras patologías maternas perinatales. La repercusión perinatal del embarazo en adolescentes encontrada fue el bajo peso al nacer en un 11,7% (14). La frecuencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki fue mayor en las adolescentes de edad tardía (las de 17 a 19 años) en un 68,4% (82). La conclusión: Las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki encontradas, fueron en la gestante anemia 34,3% (41) e infección del tracto urinario bajo, específicamente cistitis. Y la repercusión perinatal presente fue el bajo peso al nacer.

Fernández I. (20) realiza un estudio de investigación sobre Gestante adolescente: complicaciones obstétricas y perinatales en el hospital de apoyo Santa Rosa de Piura periodo enero – junio 2018. Población constituida por 169 gestantes atendidas durante la primera mitad 2018. Resultados: Se observa que

48.3% de las pacientes pertenece al grupo etario 17-19 años, 31.4% al grupo de 14-16 años y 20.3% al grupo menores de 14 años. Predomina la convivencia con 61.9%, 25.4% casadas y 12.7 solteras. El 48.3% son de procedencia urbana, 38.1% marginal y 13.6% rural. Cuentan con secundaria 57.6%, 26.3% superior, 11% primaria y solo 5.1% son iletradas. Entre las complicaciones obstétricas se observa que 31.4% tiene ITU, 21.2% hiperémesis gravídica. Bajo peso al nacer se observa en 43.5%, seguido de prematuridad con 22.4% y en menor cuantía óbito fetal con 4.7%. Conclusiones: Se concluye que predomina el grupo etario 17-19 años, convivencia, procedencia urbana y estudios de secundaria. Las principales complicaciones obstétricas son: infección tracto urinario e hiperémesis gravídica. Las principales complicaciones perinatal son: bajo peso al nacer y prematuridad.

Urviola R. (21) “Adolescencia como factor de riesgo en complicaciones maternas y perinatales” Arequipa. 2018. Población: consituido por gestantes adolescentes: 158 y gestantes adultas 490. La frecuencia de embarazo en adolescentes fue 24%. La edad materna media fue 17.37 años en adolescentes y 26.10 años en adultas. El 69% de

adolescentes presentaron complicaciones en el embarazo ($p < 0.05$, $OR > 1$), con riesgo 3 veces mayor de presentarlo que una gestante adulta, entre ellas anemia, parto pretérmino, preeclampsia, ITU y RPM. El 56% de adolescentes presentaron complicaciones del parto ($p < 0.05$, $OR > 1$), existiendo 3 veces más riesgo de presentarlo que las adultas, entre ellas desgarro perineal y partos por cesárea. No se encontró en las adolescentes incremento en el riesgo para complicaciones puerperales ($p > 0.05$, $OR < 1$). El 52% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales ($p < 0.05$, $OR > 1$), con un riesgo 6 veces mayor que las adultas, entre ellas RNBP, Prematuridad y RNPEG.

Chambi F. (22) realiza un estudio de investigación sobre Factores asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en un Hospital de Juliaca en el periodo de junio a diciembre 2018. Resultados: se encontró 95 madres adolescentes, 74 presentaron complicaciones obstétricas (77.9%), de los 95 recién nacidos, 64 presentaron complicaciones perinatales (67.4%); en las gestantes adolescentes, 2 (2.1%) se encontraban en la adolescencia temprana, 37 (38.7%) estaban en la adolescencia media y 56 (59.0%) correspondieron a la

adolescencia tardía; la principal complicación obstétrica fue anemia con 10 casos (13.5%); la principal complicación perinatal fue síndrome de distrés respiratorio con 21 casos (32.8%); se encontró asociación entre complicaciones obstétricas o perinatales con controles prenatales < 6 (OR:4.85, IC:1.04-22.48, p:0.02) y (OR:6.25, IC:1.71-22.87, p:0.001) respectivamente; además se encontró asociación entre la complicación obstétrica con bajo peso al nacer (OR:7.4, IC:1.93-58.87, p:0.022), pretérmino (OR:8.46, IC:1.06-67.01, p:0.01), pequeño para la edad gestacional (OR:8.0, IC:1.01-63.66, p:0.017). Conclusiones: la mayor proporción de gestantes fueron adolescentes en edad tardía (17 – 19), la principal complicación obstétrica fue la anemia, y la perinatal el síndrome de distrés respiratorio; el factor asociado a complicaciones obstétricas y perinatales fue el control prenatal en número menor a 6; y las complicaciones perinatales asociadas a complicación obstétrica fueron bajo peso al nacer, recién nacido pretérmino y pequeño para la edad gestacional.

Chávez L. (23) Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-

2018. Población: 285 gestantes adolescentes atendidas en el periodo 2017-2018. Resultados: La complicación obstétrica de más frecuente aparición fue ruptura prematura de membranas (33,60%) seguida de trastorno hipertensivo del embarazo (24,20%). Los factores de riesgo asociados fueron: obesidad (OR=4,61, IC 95%=1,52-14,01), sobrepeso (OR=4,46, IC 95%=1,86-10,66), baja ganancia de peso (OR=4,58, IC 95%=2,17-9,63) y alta ganancia de peso (OR=3,96, IC 95%=1,79-8,76). Conclusión: La obesidad, el sobrepeso, la baja y alta ganancia de peso son los principales factores de riesgo asociados a la presencia de complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes.

Egusquiza L. (24) realiza un estudio de investigación sobre Complicaciones obstétricas en adolescentes primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Cercado de Lima 2017. Población: con una población de 2725 adolescentes primigestas. Resultados: Se analizaron los datos sociodemográficos, así como las complicaciones en las adolescentes primigestas. 57,6% tuvo entre 17 y 19 años (adolescencia tardía), de las cuales, 50,3% tuvieron secundaria incompleta, 67,2% fueron amas de casa, 59,3% convivientes,

77,6% provinieron de la zona Urbana, 50,3% tuvo parto eutócico y respecto a los Controles prenatales, 44,1% presentaron mayor e igual a 6 controles prenatales. Las complicaciones más frecuentes fueron las enfermedades hipertensivas con un 18,2%; seguido de la ruptura prematura de membranas y corioamnionitis en 16,2%, Infección del tracto urinario 12,4%, anemia post parta 8,7%, Amenaza de parto pretérmino 5,5%, endometritis 4,8%. Conclusión: las adolescentes primigestas presentan con mayor frecuencia las complicaciones obstétricas, siendo la más frecuente la hipertensión inducida por el embarazo.

Izaguirre A, Aguilar V, Ramírez A et al. (25) realiza un estudio sobre Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente en Honduras, durante el año 2015. Estudio de casos y controles. Población: 1,354 adolescentes embarazadas
Resultados: Las adolescentes procedentes del área rural tienen dos veces más riesgo de presentar una complicación durante el embarazo que las del área urbana ($\chi^2=9.2$, $p<0.01$, $OR=2.1$). Durante el parto la ruptura prematura de membranas se presentó con igual frecuencia en ambos grupos con alta significancia estadística ($p=0.03$). Durante el parto y posparto los

desgarros perineales fueron la complicación más frecuente, presentándose en el 5% de los casos y 3% de los controles. En el puerperio las adolescentes tienen 2 veces más riesgo de presentar una complicación ($\chi^2=5.3$, $p=0.02$, $OR=3.1$).

Conclusión: El embarazo adolescente se considera como factor de riesgo para presentar una complicación obstétrica durante el preparto, parto, puerperio y período neonatal.

Montalván H. (26) en Lima realizó un estudio en el 2016, para identificar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Servicio de Neonatología del Hospital Sergio Bernales en el periodo enero–diciembre 2016. Población: 2950 madres adolescente, el estudio fue observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal; encontró que la proporción de madres gestantes adolescentes sobre la población total fue de 15.21%; 91.8% neonatos a término, 8.1% pretérmino y 0.1% post término. 85.9 % de los neonatos tuvieron un peso adecuado, 6.0% peso bajo, 2% peso muy bajo y macrosómico 6.2%. 91.4% de estos nacidos lograron ser apropiado para la edad de nacido, 2.4% nacimientos fueron pequeños para la edad y 6.2% nacimientos fueron grandes para la edad. La edad media de las madres adolescentes fue 17.69

años, el 62.76% de estas presentaron control prenatal adecuado, y el 43.65% finalizó el embarazo por cesárea; concluyo que la en gestantes adolescentes la edad promedio fue de 17.69 años, con un predominio de embarazos del 15.21%, partos por cesáreas del 43.65% y controles prenatales adecuados.

Arévalo F, Torres Y. (27) Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto–Diciembre 2016. Población constituida por 416 parturientas adolescentes. Los resultados fueron: Las adolescentes presentaron como factores de riesgo materno el: ser convivientes 75%, de procedencia urbana 60.5%, el presentar ITS 3.5%, el presentar Enfermedad Hipertensiva con 13%, el presentar anemia con 43.5% e ITU 50%. Como factores de riesgo obstétrico presentan atención prenatal inadecuada 38% y edad gestacional menor de 37 semanas 15.5%. La población de adolescentes presenta como complicaciones maternas perinatales: prematuridad 14.5%; bajo peso al nacer 18%; sepsis severa 0.5%; pre-eclampsia 12% y la Eclampsia 0.5%. En conclusión: existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los factores de riesgos maternos y

obstétricos con las complicaciones maternas perinatales.

Palabras claves: Puérpera, adolescente, factores de riesgo maternos y obstétricos.

Tocto M. (28) en Tarapoto en el 2015, realizó un estudio para conocer las complicaciones perinatales y vías de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías; fue observacional, prospectivo, transversal, descriptiva, de 177 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Minsa II-2 Tarapoto en el periodo julio -noviembre 2015, evaluó la vía de parto y las complicaciones perinatales; encontró que el 40,1% de partos fueron recién nacidos de madres adolescentes. Hubo un total de 177 partos en adolescentes, 10,7% de ellas pertenecientes a la adolescencia temprana. El bajo peso al nacer fue la complicación perinatal más frecuente con 15,3%, seguido de prematuridad con 14,1% y SDR con 11,3%, 9,6% cursaron con sepsis neonatal, 7,3% con hipoglicemia, y depresión al nacer se presentó en 6,2%. El parto vía cesárea ocurrió en el 52,5% de recién nacidos, la principal indicación de cesárea fue estrechez pélvica; concluyo que las principales complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto fueron, bajo peso al nacer, prematuridad, SDR. La principal vía de parto fue cesárea.

Flores M. (29) , realiza un estudio de investigación sobre Preeclampsia en adolescentes y su relación con las complicaciones perinatales, Hospital San Juan de Lurigancho, 2017. Población: 785 gestantes adolescentes. Resultados: El 5,1 % de gestantes adolescentes presentaron preeclampsia. El 70% convivía con su pareja, el 77.5% abandono o postergo su educación secundaria, el 80% reside en una zona rural, el 80% eran primigestas, el 100% nulíparas y sin antecedentes personales de preeclampsia, el 42.5% recibió una cantidad de controles prenatales adecuado y el 75% culmino su parto en cesárea. La complicación materna más frecuente fue parto pre término en 25%, hemorragia puerperal en 22.5%, infección puerperal en 12.5% y el 30 % no presentó ninguna complicación. La complicación perinatal más frecuente fue prematuridad en 25%, bajo peso al nacer en 17.5%, depresión neonatal en 15%, síndrome de distrés respiratorio en 7.5 %, 2.5% trastornos metabólicos y RCIU, además el 30% no presentó ninguna complicación. Las gestantes que no recibieron controles prenatales, el 76.5% presento una complicación materna y el 58.8 % una complicación perinatal. Las que recibieron menos a 6 controles el 38.5% presento una complicación materna y el 69.2% presento una complicación perinatal. Las que recibieron

más de 5 controles prenatales, el 40% presentó una complicación materna y el 50% presentó una complicación perinatal. Se concluye que existe relación significativa entre la pre eclampsia en adolescentes y las complicaciones perinatales en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2017, es decir si la gestante adolescente con pre eclampsia presenta mayor número de complicaciones maternas presentara mayor número de complicaciones perinatales. La frecuencia de pre eclampsia en adolescentes fue 5.1% en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2017. Se puede considerar la primigravidez, la nuliparidad y número de controles prenatales como factor de riesgo a desarrollar pre eclampsia. La complicación materna que más se reportó fue parto prematuro y la complicación perinatal fue prematuridad. Existe una asociación entre el número de controles prenatales y disminución de complicaciones maternas. No se demostró una asociación significativa estadísticamente entre el número de controles prenatales y complicaciones perinatales.

Chaiña C, Orcco F. (30), realizaron un estudio para determinar las complicaciones materno perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano

en Puno en Junio–Agosto 2017. Población: constituida por 72 madres adolescentes. Estudio de tipo transversal; la muestra fue de 60 adolescentes embarazadas; encontraron que los tipos de embarazo en mujeres adolescentes en el 83% tuvieron gestaciones a término y el 17% de pre término; desgarros perineales en el 27% de los casos, la vía del parto vaginal 67% de casos, la ruptura prematura de membranas en el 25% de los caso, la anemia en el 67% de adolescentes, las infecciones urinarias en el 80% de casos si tienen influencia con el tipo de embarazo en madres adolescentes; síndrome de dificultades respiratoria en el 15% de casos, el sufrimiento fetal en el 16% de casos, el bajo peso al nacer en el 16%, el Apgar bajo en el 15% de casos si tienen influencia con el embarazo en madres adolescentes; concluyeron que existe asociación de las complicaciones maternas como los desgarros perineales, ruptura prematura de membranas, cesáreas, anemia e infecciones y perinatales como el síndrome de dificultad respiratoria, sufrimiento fetal, bajo peso al nacer y APGAR bajo en recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

Quispe H. (31), realizó un estudio para identificar los factores de riesgo del embarazo de adolescentes y su influencia en la mortalidad perinatal de partos atendidos en el hospital Carlos Monge Medrano en Puno en el año 2015; fue de tipo explicativo, retrospectivo; la muestra fue de 133; encontró que del total de la población de recién nacidos con causas de mortalidad peri natal de madres adolescentes el 73% de las madres adolescentes son de procedencia peri urbana y urbana, el 73% de las madres adolescentes fueron de grado de instrucción secundario, el 84% de madres gestantes se realizaron de 4 a más controles; concluyo que el 2% de sus neonatos fallecieron dentro de las 28 semanas de gestación y los primeros 7 días de vida extrauterina. Los indicadores de edad, procedencia, paridad, control prenatal, gestación influyen significativamente, en cambio la dimensión del grado de instrucción no influye en la mortalidad perinatal.

Francisco D. (32), realizó un estudio sobre “Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo, octubre-diciembre 2014”. Lima, 2015”. Población: constituida por 643 madres adolescentes. Su objetivo fue determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres

adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Octubre–Diciembre del 2014; fue retrospectivo, observacional de corte transversal; encontró que la prevalencia de madres adolescentes fue de 17.5%. La edad promedio fue 17.7 años. 71% de ellas presentaron control prenatal adecuado, y el 56% termino la gestación por cesárea. Se encontró 93% a término, y 6% pretérmino, el 88 % presentaron peso normal, 5% bajo peso y 2% muy bajo peso, el 80% fueron adecuados para la edad gestacional y 9% pequeños para la edad gestacional. Adolescentes con CPN adecuados tuvieron 75% menos riesgo de terminar el embarazo por cesárea ($p = 0.015$, OR: 0.25 (0.085-0.0768)), las adolescentes con CPN inadecuados tienen 5 veces más el riesgo de tener un neonato pretérmino ($p = 0.038$, OR: 5.7 (1.104 – 29.9)); concluyo que las repercusiones desfavorables fueron poco frecuentes. Sin embargo, se observó que adolescentes con CPN inadecuados tienen mayor riesgo de terminar la gestación por cesárea, y presentar un neonato no a término.

Málaga A, (33) realiza un estudio sobre las Características y complicaciones perinatales de neonatos de gestantes

adolescentes con preeclampsia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2014. Población: 68 gestantes adolescentes con preeclampsia. Resultados: En el INMP (2014) hubo una incidencia de gestantes adolescentes de 17,16%, de las cuales el 2,14% presentaron preeclampsia. El 31,8% tuvo 18 años de edad, el 100% de la población de estudio fue primigesta. El 54,55% presentaron menos de 6 controles prenatales. El 4,5% de neonatos fueron pre-término, 95,5% fueron de término y 0% post-término. El 12,1% de neonatos de adolescentes con preeclampsia presentó peso menor de 2500 g. El 12,12 % de neonatos de madres con preeclampsia presentó RCIU. El 62,5% fueron asimétricos y 37,5% fueron simétricos. De los neonatos con RCIU, el 37,5% de las madres presentaron preeclampsia leve y el 62,5% presentaron preeclampsia severa. El 93,93% los neonatos presentaron puntaje mayor de 7 para el test de APGAR al primer minuto y 6,07% puntaje menor de 7. El 7,5% de neonatos presentaron complicaciones que requirieron hospitalización, las cuales fueron prematuridad, sepsis y muy bajo peso al nacer. Conclusiones: La incidencia de gestantes adolescentes fue de 17,16%. El 2,14% de gestantes adolescentes presentó preeclampsia. Las medidas antropométricas de los neonatos de gestantes con preeclampsia

estuvieron dentro de los valores normales en mayor porcentaje. Elevada frecuencia de neonatos presentó indicadores de nutrición neonatal adecuada. El 12,12% de neonatos presentó RCIU, de los cuales el 65,5% fue de tipo asimétrico. El 7,5% de neonatos presentaron complicaciones que requirieron hospitalización, de las causas fueron la prematuridad, muy bajo peso al nacer y sepsis neonatal.

2.1.3. LOCALES:

Mamani G. (34) Realiza un estudio sobre Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima-2017. Población: constituida por 176 gestantes adolescentes. Resultados: Los factores asociados maternos, fetales y ovulares más importantes que se presentaron en gestantes adolescentes fueron: pre eclampsia (22,3%), expulsivo prolongado (8,5%), sufrimiento fetal agudo (4,6%), macrosomía fetal (2,3%), ruptura prematura de membranas (77,7%) y oligohidramnios severo (2,3%); y las que se relacionan con la cesárea ($P>0,05$) son: la pelvis estrecha, la desproporción céfalo-pélvica, el embarazo múltiple, macrosomía fetal, distocias de presentación, restricción de crecimiento intrauterino y finalmente oligohidramnios severo.

Conclusiones: Los factores asociados maternos, fetales y ovulares más importantes que se presentaron en gestantes adolescentes fueron: la pelvis estrecha ($p=0,000$), la desproporción céfalo-pélvica ($p=0,000$), embarazo múltiple ($p=0,001$), macrosomía fetal ($p=0,000$), distocias de presentación ($p=0,001$), restricción de crecimiento intrauterino ($p=0,001$) y finalmente oligohidramnios severo ($p=0,004$)

Calizaya K. (35) realiza un estudio de investigación sobre las Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes con control y sin control prenatal atendidas en el Hospital María Auxiliadora, San Juan de Miraflores, Lima, 2016. Población: constituida por constituida por 1340 gestantes adolescentes. Resultados: Las principales complicaciones obstétricas fueron: ruptura prematura de membrana (23,9%), pre eclampsia (16,7%), anemia (14,8%) infección urinaria (11,2%), aborto (7,6%), desgarros (7,0%); y las que se relacionan con el CPN ($P>0,05$) son: aborto, pre eclampsia, cesárea, infección urinaria, ruptura prematura de membranas y desgarro. Las principales complicaciones perinatales: recién nacido de bajo peso (7,3%), Apgar al minuto $<7'$ (6,1%), sufrimiento fetal agudo (5,5%), prematuridad (5,5%) y no se relacionan con el CPN

($P > 0,05$). Conclusiones: Las complicaciones obstétricas y perinatales que se presentan en menor frecuencia con CPN son: cesárea, RPM, pre eclampsia y Apgar al minuto $<7'$; y en mayor frecuencia sin CPN son: anemia, RPM, cesárea, RNBP, prematuridad y Apgar al minuto $<7'$.

García M. (36) "Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital santa rosa". Puerto Maldonado, 2015. Población constituida por 560 gestantes adolescentes. Investigación de tipo no experimental, descriptivo, relacional, retrospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 245 gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante su embarazo, parto y puerperio atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015. Resultados: Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes encontradas en este estudio fueron: anemia (19,18 %) siendo la complicación obstétrica más frecuente, infección del tracto urinario (14,29 %), desproporción céfalo pélvica (11,43 %), ruptura prematura de membrana (11,02 %), desgarró perineal y/o cervical (10,61 %), pre eclampsia (7,76 %), parto pretérmino (7,76 %) y parto prolongado (7,76 %); Las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características

sociodemográficas. ($P > 0,05$); pero sí existe una relación con las características obstétricas que fueron: tipo de parto, edad gestacional encontrándose una diferencia significativa ($P=0,000$).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la etapa de la vida de una persona en la cual se alcanza la capacidad reproductiva, es la etapa intermedia entre la niñez y la adultez, y establece esta etapa entre los 10 y 20 años; muchas se la consideran como un periodo de la vida libre de problemas de salud en general, pero, desde el punto de vista de la salud reproductiva, el adolescente tiene muchos aspectos especiales (37).

La adolescencia se define como la etapa de la vida en la cual adquiere la capacidad reproductiva, pasando los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; iniciándose a los 10 años y terminando a los 19 años aproximadamente (38,39,40,41,42).

Aumenta considerablemente el embarazo en la adolescente y es uno de los dilemas médicos de importancia, debido a la

precocidad de las relaciones sexuales y el uso inadecuado de los anticonceptivos (43).

El embarazo en el adolescente se asocia con riesgo a la salud para las adolescentes y de sus recién nacidos, mencionando que favorece a un mayor nivel de morbilidad materna, complicaciones en el embarazo y el parto y la probabilidad de mortalidad durante el embarazo. Y Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) establece como factor de riesgo cuando la madre tiene menos de 20 años (44).

El embarazo en la adolescencia se presenta dentro de los primeros 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 (45).

2.2.2. FACTORES DE RIESGO

Son los factores que predisponen a una patología o la probabilidad de sufrir una enfermedad (46,47).

Es la probabilidad aumentada que tiene la madre su hijo, o ambos

de enfermar o morir influenciada por características o condicionantes, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados (48).

FACTOR BIOLÓGICO

Edad de la gestante

Uno de los principales problemas de salud son los embarazos y partos precoces, las complicaciones relacionadas con esta son la principal causa de mortalidad de la adolescente a nivel mundial; debido a que no están preparadas ni físicas ni psicológicamente para el embarazo; también están expuestas a enfermedades de transmisión sexual, alcohol, drogas, malnutrición, obesidad, consumo de tabaco, etc. (49).

De acuerdo a la edad se clasifica en tres etapas:

1. Adolescencia Temprana, de los 10 hasta los 13 años:

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por

los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media, desde los 14 años hasta los 16 años, se considera la adolescencia propiamente dicha; y la persona ha completado su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres; puede ser la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo; están preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se fascinan con la moda.

3. Adolescencia tardía, de los 17 años a los 19 años: No presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores tienen un contenido más adulto; dan más importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Varios autores plantean que las madres menores de 20 años no están completamente desarrolladas todavía en los aportes nutricionales y calóricos para alcanzar la madurez. Pérez Ojeda en su trabajo realizado en Las Tunas encontró que el 10% de las mujeres entre 15 y 20 años tuvieron niños con bajo peso, alegando que es debido a la necesidad de nutrientes para su propio crecimiento incluyendo el crecimiento del feto. Ciertamente el estado nutricional de la madre al inicio del embarazo puede influir en el peso del recién nacido, y se han reportado estadísticas significativas cuando se relaciona el bajo peso materno al inicio y durante la gestación con el BPN (50).

CULTURAL

Grado de instrucción

Es el último grado aprobado comprendido dentro del esquema oficial de educación formal. El analfabetismo es considerado factor de riesgo para el bajo peso al nacer (51).

La mayor escolaridad influye en el conocimiento de la mujer sobre la necesidad de proporcionarse cuidados prenatales y alimentación adecuados, lo cual explica nuestros resultados de que a mayor escolaridad y mejor ingreso económico hay menor porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, lo cual concuerda con lo encontrado por otros autores (52).

Ocupación

Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en su trabajo, determinados por la posición en el trabajo (53).

Estado civil

Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del

parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Madres solteras tienen mayor riesgo de hijos con BPN (54).

La aparición del embarazo en la adolescencia hace que la soltería se incremente, por lo tanto, es importante que se tenga un trato diferenciado y especial a estas pacientes por parte del equipo de salud, puesto que requieren de información y orientación que probablemente no tienen y que, quizás teniéndola, lleguen a tener una maternidad feliz y un parto satisfactorio con un recién nacido, al menos, de peso normal (50).

Residencia

Es el lugar geográfico donde residen las madres, que pueden ser en el sector rural o sector urbano (50).

2.2.3. CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA ASOLESCENTE GESTANTE

Antecedente de aborto

La interrupción de embarazo representa un problema de salud que compromete la salud reproductiva de las adolescentes tanto desde el punto de vista biológico, psicológico, como social (55).

Antecedentes de aborto: El aborto terapéutico o inducido, incrementa la incidencia del RNBP y la hemorragia vaginal en el primer trimestre del embarazo siguiente (54).

Número de gestaciones previas

Gestación es el proceso fisiológico de implantación, crecimiento y desarrollo del feto en el útero materno; el termino gestas se refiere al número de embarazos incluyendo abortos, molas hidatiformes y embarazos ectópicos.

Se menciona que en la tercera gestación son más frecuentes las complicaciones, tales como, placentas de inserción baja, atonías uterinas, etc. (56).

Control Prenatal

Son las acciones médicas y asistenciales para evaluar la evolución del embarazo; donde los profesionales de salud brindan atención, apoyo e información a las embarazadas; incluyendo la promoción de estilos de vida saludables, buena nutrición, la detección y la prevención de complicaciones, proponer asesoramiento para la planificación familiar y brindar apoyo a las mujeres que sufren de violencia de pareja.

En la normativa del MINSA se propone que la gestante debe de tener como mínimo 6 controles prenatales.

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. Aunque no es posible obtener estudios científicos randomizados, los resultados sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles del embarazo tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que reciben control prenatal. (57,58).

Se recomienda el primer control a las 12 semanas de gestación, y los controles posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación (59).

El embarazo en adolescentes se acompaña de numerosos efectos adversos, tanto a la madre como al niño, entre los que tenemos un inadecuado control prenatal y una alta frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales (60) (61).

Edad gestacional

Edad gestacional: Desde el punto de vista de la fisiología se establece que en la reproducción humana se requiere un promedio de 280 días, o como rangos de normalidad 38 a 42 semanas de gestación que es el periodo del embarazo considerado como normal, para que el proceso de crecimiento y maduración del feto se completen y el producto este apto para la ulterior vida extrauterina, está ampliamente demostrado que el peso fetal se encuentra directamente relacionado a la edad gestacional, de ahí que a menor edad gestacional menor peso y viceversa, siendo este uno de los factores predisponentes más asociados (62,63,64).

Tipo de parto

Es la vía por donde se efectúa el parto, puede ser vaginal o cesárea, se sabe que la incidencia de cesárea en adolescentes está aumentando, esto se evidencia en todos los países del mundo, pero es mayor en los Países de Latinoamérica. En el Perú anteriormente la incidencia de cesáreas se había mantenido por debajo de 10%; pero en los últimos años esta incidencia se ha incrementado notablemente (65,66).

2.2.4. COMPLICACIONES MATERNAS

Amenaza de aborto

Se presenta con amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor hipogástrico o lumbar, al examen ginecológico se encuentra sangrado uterino antes de las 20ss de gestación, cuello uterino sin modificaciones, útero con tamaño de acuerdo a la edad gestacional y prueba de embarazo positiva; este diagnóstico se confirma por ecográfica o auscultación del latido cardíaco fetal mediante Doppler (67).

ABORTO

Aborto significa la detención del desarrollo del niño antes de la semana 22 de gestación o la expulsión de un niño menor de 22 semanas de gestación. El código internacional es 003. Por su naturaleza, los abortos pueden ser divididos en abortos espontáneos y abortos inducidos.

Existe un aumento de adolescentes que recurren al aborto, que tiene como finalidad terminar una gestación no deseada. No ha sido posible determinar cuántas adolescentes en todo el mundo llegan a recurrir a este método, pero se ha verificado que en nuestra sociedad las adolescentes inician precozmente su actividad sexual, lo cual ha

llevado en gran parte el aumento de incidencia de abortos (68)

Los principales motivos por el cual un adolescente decide abortar, es que ellas piensan que tener un hijo retrasaría su vida escolar y su trabajo, además que ellas no se sienten preparadas para poder cumplir un rol materno, no querer ser madre soltera o que la pareja no les del apoyo que necesitan. También se asocia que la decisión de las adolescentes de abortar tiene mucha relación con la opinión y apoyo que brindan o no los padres (69).

Se ha visto que el mayor riesgo de los abortos en adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables sociodemográficas y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Muy a menudo las relaciones de parejas adolescentes son muy débiles ocasionando así actitudes de rechazo y cambios de conductas, ocultamiento de sus decisiones por temor al entorno familiar, haciendo que descuide sus controles prenatales o estas sean muy tarde (70).

Amenaza de parto prematuro

Se presentan contracciones uterinas regulares en número de 4/ 20 antes de las 37 semanas, asociado a cambios cuello uterino, tales como dilatación y borramiento característicos (71,72).

Hiperémesis Gravídica

Es un estado de náusea y vómito constante durante el embarazo, asociada a deshidratación, trastornos electrolíticos y ácido - base, desnutrición y pérdida de peso (>5%). La prevalencia de la hiperémesis gravídica es del 0.3-2.3% en todos los embarazos (73).

Molina et al. Refiere que en la Hiperémesis gravídica, existen factores que facilitan el trastorno, como lentitud del vaciamiento gástrico o relajación del cardias y del hiato diafragmático (74).

La deshidratación produce resequeidad de las mucosas, así como pérdida de elasticidad de la piel, aceleración del pulso e hipotensión. Hay aumento de la densidad de la orina con disminución de la diuresis. La hemoconcentración conlleva al aumento del hematocrito. El trastorno hidroelectrolítico da lugar a acidosis metabólica con hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia. Se presenta alteración del electrocardiograma (alargamiento de los

espacios P-R y Q-T e inversión de la onda T). Debido a la malnutrición y deficiencia de vitamina B puede dar encefalopatía con confusión y coma. Estos vómitos violentos pueden dar hemorragias retinianas y hematemesis o melenas por desgarros gastroesofágicos (75).

La Hiperémesis gravídica es una patología multifactorial que requiere un manejo integral. Es importante que la paciente sea atendida y acompañada, control de peso regular, siendo la mejor prueba de recuperación la ganancia de peso (74).

Cuando es grave y no mejora con el tratamiento, puede ocasionar lesión cerebral, insuficiencia renal y hepática y la muerte de la paciente. La etiología es desconocida, sin embargo, se han señalado causas como el aumento de la gonadotropina coriónica (BHCG) u otras hormonas, sensibilidad inmunológica, sustancias embrionarias o fetales, conflictos emocionales. Actualmente ha disminuido su incidencia, aunque se calcula su presencia en 1 de cada 1000 embarazos (75).

Anemia

Es la disminución de hemoglobina en el torrente sanguíneo, se clasifica en leve, con un valor menor a 13 gr/dl de Hb, moderada < a 11 gr/dl de Hb y severa < a 9 gr/dl, estos son parámetros para la altura, 3800 msnm.

Produce una disminución en la capacidad de los glóbulos rojos para transportar oxígeno o hierro, es frecuente en el embarazo, también se le denomina anemia gravídica causada por un aumento del volumen sanguíneo de la mujer; en embarazos múltiples el volumen sanguíneo es aún mayor, un 50% mayor que en el embarazo único, un 75% mayor en el de gemelos y el 90% en el de trillizos; La anemia que se presenta también en alta incidencia es la microcítica hipocrómica, la cual es de causa multifactorial, destacan los hábitos nutricionales deficientes, deficiente control pre nata, y la propia edad inmadura de la adolescencia; es más frecuente en los países en vías de desarrollo (76).

La anemia también ha sido reportada por otros investigadores quienes explican que los hábitos alimentarios inadecuados contribuyen a este déficit (77).

Otros investigadores manifiestan que las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar anemia que las madres mayores de 20 años, posiblemente debido a la incapacidad de ingerir la dieta necesaria de hierro para soportar su propio desarrollo, y las necesidades del embarazo (78).

DPP

Se considera la Separación prematura de la placenta, también se le denomina abrupción placentaria; desprendimiento placentario; hematoma retro placentario; Ablación de la placenta; se la define como la separación total o parcial de la placenta de su lugar de implantación en el segmento superior del útero después de las 20 semanas de gestación o antes de la tercera fase del parto, asociada a sangrado uterino y contracciones dolorosas (79).

ITU

La infección del tracto urinario es considerada una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo, y se describe como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas (80).

En más del 95% de los casos, un único microorganismo es el

responsable de la ITU. El agente etiológico más frecuente de ITU en ambos sexos es la *Escherichiacoli*, responsable del 75% a 80% de casos; el 20% a 25% restante incluye microorganismos como: *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella sp.*, *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa* (81,82,83).

Durante el embarazo los agentes causantes de ITU son los mismos en frecuencia que los hallados en las mujeres no embarazadas; sin embargo, es posible detectar en menor medida *Enterococcus sp*, *Gardnerella vaginalis* y *Ureaplasma urealyticum* (84,85,86).

Existen cambios anatómicos y funcionales que predisponen a ITU durante el embarazo dentro de los cuales encontramos: la hidronefrosis del embarazo; aumento del volumen urinario en los uréteres; disminución del tono ureteral y vesical (estasis urinaria); obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha; aumento del PH de la orina; hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter; aumento de la filtración glomerular; aumento del flujo vesico-ureteral e incremento de la secreción urinaria de estrógenos (87,88). También se encuentran factores de riesgo para este tipo de infecciones, siendo mayor en casos de nivel socioeconómico bajo, historia.

Dentro de los factores predisponentes para la BA se encuentra el bajo nivel socioeconómico, edad de la mujer, comportamiento sexual e historia de ITU previas; Además hay patologías médicas que cursan con una mayor prevalencia de BA durante el embarazo como la drepanocitosis, Diabetes Mellitus, inmunocompromisos varios y patologías neurológicas como la esclerosis múltiple (89). Toda bacteriuria asintomática durante el embarazo debe ser tratada. Inicialmente el tratamiento se dará en forma empírica según la etiología más frecuente (E. Coli en un 80% a 90%) y buscando siempre el bienestar tanto de la madre como del producto.

La bacteriuria asintomática (BA) es la infección del tracto urinario más común durante el embarazo, encontrándose entre 2% y 7% en todas las mujeres embarazadas (90). Se define como la colonización bacteriana significativa del tracto urinario inferior sin presentar síntomas (89).

En caso de no ser tratada la BA puede contar con una serie de complicaciones. Según diferentes autores la progresión de una BA a pielonefritis oscila entre un 20% a un 50% (91,89,88,92). El riesgo de parto pretérmino es, aproximadamente el doble que en aquellas mujeres embarazadas que nunca han presentado BA. Se piensa que

esto es debido a la provocación directa de la labor de parto por parte de las endotoxinas bacterianas o por una cascada mediada por prostaglandinas (89).

La Pielonefritis, es la complicación médica grave más frecuente durante la gestación (93).

Se presenta con más frecuencia durante el segundo y tercer mes de gestación. La pielonefritis aguda es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno ó ambos riñones, casi siempre secundaria a una BA no diagnosticada ó no tratada correctamente.

El tratamiento temprano y agresivo es importante para prevenir complicaciones de la pielonefritis (88).

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

La hipertensión durante el embarazo, sigue siendo una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial (94).

Gestante hipertensa: Gestante a quien se haya encontrado PA sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg, tomada en por lo menos 2 oportunidades con un intervalo mínimo de 4 horas (y hasta

7 días), sentada y en reposo. En casos de PA diastólica ≥ 110 mmHg no será necesario repetir la toma para confirmar el diagnóstico.

Hipertensión Gestacional: Elevación de la presión arterial en ausencia de proteinuria, en una gestante después de las 20 semanas, o diagnosticada por primera vez en el puerperio; este diagnóstico es momentáneo: si la PA vuelve a la normalidad antes de las 12 semanas post-parto, se cataloga como hipertensión transitoria, y si persiste después de dichas semanas, se cataloga como hipertensión crónica (95).

PRE ECLAMPSIA

Trastorno de la gestación que se presenta después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria.

En ausencia de proteinuria la pre eclampsia puede ser diagnosticada en asociación con otros criterios como: trombocitopenia, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar, disturbios cerebrales o visuales. La pre eclampsia se puede subclasificar en:

- a) Preeclampsia leve o sin criterios de severidad: Gestante hipertensa que presenta una PA sistólica $< 160\text{mmHg}$ y diastólica $< 110\text{mmHg}$, con proteinuria cualitativa de 1+ (ácido sulfosalicílico) o 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa $\geq 300\text{ mg}$ en orina de 24 horas, y que no presenta daño en otro órgano blanco.
- b) Preeclampsia severa o con criterios de severidad: Aquella preeclampsia asociada a uno de los siguientes criterios clínicos: $\dot{\text{y}}$ Presión sistólica igual o mayor a 160 mmHg y diastólica igual o mayor a 110 mmHg y deterioro de la función hepática, con concentraciones de enzimas hepáticas (TGO) dos veces el valor normal, severa persistencia de dolor en el cuadrante superior derecho o en epigastrio que no se controla con medicamentos. $\dot{\text{y}}$ Trombocitopenia $< 100,000/\text{mm}^3$ $\dot{\text{y}}$ Creatinina $> 1.1\text{ mg/dl}$ $\dot{\text{y}}$ Edema pulmonar $\dot{\text{y}}$ Trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales (95).

ECLAMPSIA

La eclampsia se define como la presencia de convulsiones o coma en la embarazada con más de veinte semanas de gestación, en ausencia de una patología cerebral precisa y preexistente, y viene a ser la complicación de un cuadro previamente establecido de pre

eclampsia. (96) (97) (98) (99). A pesar de los avances obtenidos en el conocimiento de la fisiopatología y del manejo, la etiología de la pre eclampsia y de la eclampsia continúan siendo un misterio, y más grave aún, la hipertensión inducida por el embarazo es la mayor causa de muerte materna en la mayoría de los países en vías de desarrollo (100) (101).

Clínicamente, estas convulsiones se caracterizan por ser tónico-clónicas generalizadas, de aparición en la segunda mitad del embarazo, y en pacientes que presentan edema, proteinuria e hipertensión arterial. La ocurrencia de convulsiones antes de esta edad gestacional se puede correlacionar con la presencia de mola hidatiforme. La presencia de amaurosis también es considerada un criterio diagnóstico de eclampsia. El 90% de las pacientes pre eclámptica suele presentar signos o síntomas premonitorios de eclampsia como son la cefalea severa, los trastornos visuales, el dolor en barra en el hipocondrio derecho y la hiperreflexia osteotendinosa (102).

Como complicaciones de la eclampsia, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta se presenta con una incidencia del 2.2%, el síndrome de HELLP con el 3.7% y la

coagulopatía intravascular diseminada con 1,2%. Otras complicaciones frecuentes son el edema pulmonar, la neumonitis, la falla cardíaca y la insuficiencia renal aguda (103) (104).

PLACENTA PREVIA

Es definida como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, traslapando o aproximándose al orificio cervical interno antes de la viabilidad del feto (20 semanas de gestación en países desarrollados y 24-28 en países en vías de desarrollo). Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo.

La placenta previa ocurre por la implantación del blastocisto (el cual deriva de la mórula) en el segmento inferior del útero. Aún se desconoce por qué ocurre esta implantación a este nivel uterino, aunque como ya se ha mencionado hay múltiples factores asociados a esta entidad, como ser: multiparidad, cesárea anterior y cirugías uterinas previas, que se ha demostrado causan daño endometrial como causa principal. En la fisiología natural de la evolución el blastocito busca implantarse en un sitio adecuado que supla sus necesidades para desarrollarse, haciéndolo en el segmento uterino inferior (105).

Se han estudiado tres teorías fisiopatológicas de importancia clínica que deben considerarse en relación con la placenta previa.

a. La primera es que la implantación baja acontece con mayor frecuencia en pacientes embarazadas de mayor edad, paridad, y con antecedentes de cirugía uterina como: cesáreas, miomectomía, histeroscopia que provocan sinequias y más comúnmente en dilataciones cervicales durante un legrado uterino. Entonces la suma de estos factores insinúa que al estar presente una cicatriz endometrial suscita la nidación y el desarrollo anormal del trofoblasto.

b. La implantación original del blastocisto es definitiva, pero el trofoblasto y la placenta posteriormente se van desarrollando con la edad gestacional probablemente por factores vasculares.

c. En el segundo trimestre, la relación anatómica de la placenta con el cérvix cambia por la génesis del segmento inferior que tiene un crecimiento diferencial variable, por la restricción del vello y por atrofia de un margen delgado e isquémico de placenta subyacente en el cuello (trofotropismo) (106). El desarrollo del segmento inferior puede ser de hasta 5 cm entre la semana 28 y 38 de embarazo. Este hallazgo es semejante con la observación posterior de un

desplazamiento superior que ocurre en la placenta de aproximadamente 5 mm por semana desde la semana 26 y ambos explican las modificaciones de la relación placenta-cuello uterino (107).

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80% (108).

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 (109).

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se define como aquella que ocurre antes de iniciar el trabajo de parto; puede ser previa a la semana 37 de gestación en cuyo caso recibe el nombre de ruptura prematura de membranas pretérmino, la cual aumenta la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal (110).

DCP (Desproporción céfalo pélvica)

La desproporción céfalo pélvica ocurre cuando existe una discordancia de tamaño entre la cabeza fetal y la pelvis materna dando como resultado una detención en el paso del feto a través del canal del parto por razones mecánicas. Otras causas que se pueden incluir para que se genere esta desproporción son una actitud, presentación o posición anormal que no permitan un adecuado descenso a través de la pelvis; si todas estas situaciones no son identificadas y tratadas pondrán en riesgo la vida de la madre y el producto. La desproporción céfalo pélvico ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud

- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

CLASIFICACIÓN:

- a) **DCP Absoluto** (Verdadera Obstrucción Mecánica) Factor Materno Permanente -Exostosis Pélvica-Tumor sacro coccígeo anterior
- b) **DCP Relativo** - Presentación de cara (mento posterior)- Posiciones Occipito -Posterior - Cabeza en Deflexión

ETIOLOGÍA:

- Malformaciones congénitas fetales.
- Macrostomia fetal.
- Traumatismos o secuelas ortopédicas maternas.
- Diabetes Mellitus

CESÁREA

Es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares

que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido. Para llegar al útero se realiza una intervención quirúrgica que atraviesa diversas estructuras.

La intervención requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la misma sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. El tipo de anestesia (general o locorregional) se decidirá en el momento de iniciar la intervención).

En ocasiones la extracción fetal se facilita aplicando un vacuo extractor que deja la correspondiente, marca pasajera.

Según los conceptos actuales de la Perinatología este es el procedimiento menos lesivo y el que produce mejores resultados tanto “quod vitam” como “quod funcionem” en la asistencia al parto, para los dos sujetos en el implicados (111).

ENDOMETRITIS PUERPERAL

Es la infección uterina, típicamente causada por bacterias ascendentes desde el aparato genital inferior o el tracto urogenital. Los síntomas son dolor uterino espontáneo, dolor pelviano o abdominal, fiebre, malestar general y, a veces, flujo. El diagnóstico

es clínico, rara vez se realizan cultivos. El tratamiento se realiza con antibióticos de amplio espectro (p. ej., clindamicina más gentamicina) (112).

EMBARAZO PROLONGADO

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) define embarazo prolongado (EP) aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea completa ó 294 días del último periodo menstrual (113).

2.2.5. COMPLICACIONES PERINATALES

RN pretérmino

El recién nacido pretérmino se define por la edad gestacional del recién nacido, anteriormente se denominaba pretérmino al recién nacido que pesaba menos de 2.5 kg. Aunque los recién nacidos pretérmino tienden a ser pequeños, esta definición basada en el peso es inapropiada, porque muchos recién nacidos que pesan 2,5 kg son maduros o pos maduros, pero pequeños para la edad gestacional; su aspecto y sus problemas son diferentes; actualmente se considera a los nacidos antes de las 37 semanas de edad gestacional, se clasifican en extremadamente prematuro < 28 semanas, muy

pretérmino de 28 a 31 6/7 sem, moderadamente pretérmino de 32 a 33 6/7 sem, pretérmino tardío de 34 a < 36 6/7 semanas (114).

RN Postérmino

Es la que dura más de 42 semanas (> 294 días), o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP). Esta definición está avalada por Organizaciones Internaciones como (OMS, FIGO, ACOG) (115)

Bajo peso del recién nacido

El bajo peso del recién nacido se clasifica en: (54) (116)

- Niño de bajo peso de nacimiento: <2,500gr.
- Niño de muy bajo peso de nacimiento: <1,500gr.
- Niño extremo bajo peso de nacimiento: <1,00gr.

Los rangos de peso del recién nacido, son de suma importancia porque demuestran el riesgo de morbimortalidad (117) (118) (119)

Los recién nacidos con bajo peso, en la vida adulta pueden presentar el riesgo de sufrir de enfermedades psiquiátricas y cardiovasculares, debido a la desregulación de los niveles placentarios de 11-HSD (11-hidroxiesteroide deshidrogenasa) (120).

Valoración del Apgar

El score de Apgar es una de las herramientas más usada para evaluar al recién nacido, según la Academia Americana de Pediatría; su utilidad radica en indicar el momento para tomar acción rápida y si requiere o no de reanimación neonatal, a pesar de haber otras herramientas que podrían ser útiles, el apgar en comparación a otras es mucho más fácil identificar sus variables y poder aplicarla (121). El score Apgar se ha clasificado según la International Classification of Disease, define asfixia moderada a un Apgar al minuto menor o igual a 6, una asfixia severa menor o igual a 3 y una Apgar normal mayor o igual de 7 a 10 (122).

El score de Apgar bajó a los cinco minutos y peor aún si ambas puntuaciones son bajas en el primer y quinto minuto está asociado en muchos casos a complicaciones neonatales como asfixia o depresión neonatal (123).

Al valorar el puntaje Apgar al minuto, nos ayudará a conocer cuántos recién nacidos necesitaron algún tipo de reanimación, y el puntaje Apgar a los 5 minutos es un buen predictor de la mortalidad infantil, siendo este un buen marcador de la calidad de un hospital.

Ictericia Neonatal

Ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dL. Puede detectarse blanqueando la piel mediante la presión con el dedo, lo que pone de manifiesto el color subyacente de piel y tejido subcutáneo. La ictericia se observa en primer lugar en la cara y luego progresa de forma caudal hacia el tronco y extremidades. La progresión cefalocaudal puede ser útil para la valoración del grado de ictericia (124).

Hipoglicemia en el recién nacido

La hipoglucemia del recién nacido es un trastorno metabólico que se caracteriza por tener valores sanguíneos de glucosa por debajo de 20mg/dL en prematuros, de 30mg/dL en recién nacidos en las primeras 72 horas y menos de 40mg/dL sea cual sea la edad gestacional o edad postnatal (125)

La incidencia de hipoglicemia varía de acuerdo a la semana de gestación, peso al nacer etc, se ha señalado que la incidencia aproximada es de un 8 a 30%. Como factores de riesgo se destaca al hiperinsulinismo (hijos de madres diabéticas), retardo del crecimiento intrauterino, la prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia neonatal y sepsis neonatal, entre los principales (125)

Infección Neonatal

Se define como la condición médica infecciosa que compromete la vida del neonato debido al riesgo de falla orgánica; tiene una morbilidad y mortalidad considerable en la población pediátrica y, en la neonatal, es importante porque incrementa la tasa de mortalidad; se divide en temprana y tardía; la temprana ocurre antes de las 72 horas de nacimiento, mientras que la tardía ocurre después de este tiempo (126).

En la sepsis temprana el neonato se infecta por el pasaje del canal vaginal o por el antecedente materno de infección durante el tercer trimestre, las manifestaciones clínicas son inespecíficas; se presenta llanto profuso, irritabilidad, fiebre, disnea, distrés respiratorio, distensión abdominal, letárgico, alteración de la alimentación, hepatomegalia, hipotonía y convulsiones; por ello, es importante el

diagnóstico laboratorial mediante el hemocultivo; pero se reporta falsos negativos en 25% de los casos; por otro lado el diagnóstico demora un mínimo de 48 horas, por lo que no es conveniente esperar el resultado del cultivo para iniciar tratamiento antibiótico, PCR > 10 mg/ dl, relación I/T elevado (≥ 0.2) (127).

Morbilidad neonatal

Síndrome de dificultad respiratoria o Membrana Hialina

El SDR es un estado clínico de causa variada, que se caracteriza por una respiración anormal con alteración del intercambio gaseoso, la oxigenación y la eliminación del anhídrido carbónico; constituye una de las afecciones más frecuentes en el RN. En la gran mayoría los casos se producen por afecciones del propio sistema respiratorio, aunque otras veces es secundaria a afecciones cardiacas, nerviosas, metabólicas o musculares (128,129).

El SDR o también denominado distrés respiratorio, es causa de más de la mitad de las condiciones patológicas del RN, por tanto, es una de los principales indicadores de morbimortalidad en niños menores de un año de edad, y es mucho más frecuente en varones que en

hembras. La mayoría de los RN que requieren cuidados intensivos presenta problemas respiratorios (128).

La evolución y el pronóstico de los RN con SDR, son muy variables y depende en gran medida del factor causante. Puede ser benigna, de pocas horas de evolución, como es la taquipnea transitoria del RN, o de mayor duración como en los RN con displasia broncopulmonar e incluso puede ser de por vida, como es el caso de los niños que presentan algunas cardiopatías congénitas (130).

Asfixia neonatal

Asfixia significa etimológicamente falta de respiración o falta de aire. Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular y acidosis (131).

Clínicamente se le conoce como encefalopatía hipoxia-isquémica al Síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica (132).

RCIU

El crecimiento intrauterino depende del aporte de nutrientes energéticos (glúcidos, lípidos), plásticos (aminoácidos, lípidos estructurales), vitaminas, oligoelementos, minerales, agua y oxígeno. El aporte se hace por difusión previamente al desarrollo de la placenta y posteriormente a través de la circulación útero placentaria fetal y depende directamente de la ingesta y reservas maternas. Las necesidades nutricionales fetales dependen del ritmo de acreción tisular o síntesis de novo, y de la tasa de utilización de nutrientes para obtener energía. El estado nutricional del feto puede regular la expresión de genes específicos de los transportadores y de las enzimas involucradas en las vías metabólicas (133,134).

Múltiples factores, unos de origen materno, otros de origen placentario y otros intrínsecos al propio feto pueden condicionar un retraso de crecimiento intrauterino. Se estima que, en nuestro medio en el momento actual, una de cada diez gestaciones puede cursar con retraso de crecimiento. Desde un punto de vista práctico, los recién nacidos con retraso de crecimiento intrauterino pueden agruparse en dos grandes grupos, existiendo grados intermedios entre ellos. El primer grupo estaría formado por aquellos recién nacidos que presentan una alteración global de su crecimiento, tanto

el peso como la longitud están disminuidos, son los llamados armónicos o si-métricos, y el segundo grupo está formado por aquellos en los que la longitud esta conservada siendo únicamente el peso el afectado, son los llamados asimétricos. Esta clasificación tiene importantes implicaciones etiológicas, fisiopatológicas y pronosticas (sobre el crecimiento postnatal). En los primeros los agentes etiológicos han actuado ya desde el período embrionario o en las primeras semanas de desarrollo fetal. Existe una disminución del número de células, son fetos pequeños. En los segundos los agentes etiológicos han actuado fundamentalmente durante la segunda mitad de la gestación, el número de células fetales está más conservado y se ha afectado fundamentalmente el desarrollo del tejido adiposo, son fetos de longitud normal, pero de bajo peso (135,136,137).

SFA

Entre las situaciones de peligro para el feto está el sufrimiento fetal agudo que puede definirse como una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto maternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración del homeostasis fetal y que puede provocar alteraciones tisulares irreparables o la muerte del feto.

Las lesiones más importantes por el tipo de secuelas que producen son las del Sistema Nervioso Central.

La hipoxia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado a la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico Gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, monitoreo electrónico fetal para tomar la decisión más apropiada (138).

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, el cual provoca hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Por consiguiente, provoca el funcionamiento celular anormal, el cual puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal. Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles, hipotensión materna, efecto poseiro, hipercontractilidad

por uso de oxitócicos) o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical). El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso por lo que se ha recomendado utilizar “alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal” termino que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen. El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico que puede presentarse antes y después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa que se traducen general en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación (139).

Muerte intrauterina

Según la OMS, se define muerte fetal tardía como “la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la

gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios (140).

Muerte neonatal

La muerte neonatal, definida como aquella que ocurrió dentro de los primeros 28 días de vida, constituye un 72% de todas las muertes infantiles según las cifras publicadas por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud de Chile (DEIS) (141)

Según información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, infecciones, asfixia y traumatismos en el parto. Estas causas explican cerca del 80% de las muertes en este grupo de edad (142).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de diseño observacional, analítico retrospectivo de casos y controles.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población:

La población estuvo conformada por 351 adolescentes gestantes cuyo parto fue atendido en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo Enero a diciembre, 2019.

3.2.2. Muestra:

El muestreo es no probabilístico, constituido por todas las gestantes adolescentes durante el periodo de enero a diciembre 2019, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.3.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes con parto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo enero – diciembre del 2019.
- Gestantes adolescentes con información completa en el formato de historia clínica perinatal.
- Gestantes adolescentes con complicaciones y sin complicaciones materno –perinatales.

Casos

Se define como caso a todas las adolescentes gestantes con complicaciones maternas-perinatales.

Controles

Como control, se define, a toda gestante adolescente que no ha tenido complicaciones materno – perinatales.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Gestantes adolescentes con parto o cesárea realizados en otro hospital.

- Gestantes adolescentes con información incompleta en el formato de historia clínica perinatal.
- Gestación múltiple

3.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

3.4.1. Variable 1: factores de riesgo

3.4.2. Variable 2: complicaciones maternas y perinatales

3.4.3. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	ESCALA
Factores de riesgo	Son los factores que predisponen a una patología o la probabilidad de sufrir una enfermedad (46,47).	Biológico	Edad	Adolescente temprana(10 a 13)	Nominal
				Adolescente media (14 - 16)	
				Adolescente tardío (17 a 19)	
		Cultural	Grado de Instrucción	Analfabeta	Nominal
				Primaria I.	
				Primaria comp.	
				Secundaria I.	
				Secundaria Completa. Superior	
			Ocupación	Ama de casa	Nominal
				Comerciante	
				Estudiante	
				Otros	
			Estado civil	Soltera	Nominal
				Conviviente	
Casada					
Divorciada					
Residencia	Urbana	Nominal			
	rural				

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	ESCALA
Características maternas de la adolescente gestante	Es el conjunto de características obstétricas de la adolescente gestante.	Características obstétricas	Antec. Aborto	Si	Nominal
				no	
			N° gestaciones	Primigesta	
				Segundigesta	
				Multigesta	
			CPN	Ninguno	Intervalo
				Menos de 6 controles	
				Más de 6 controles	
			Edad gestacional	< 37 sem.	Ordinal
				37 a 41 sem.	
42 sem a más					
Tipo de parto (antecedente)	Vaginal	Nominal			
	Cesárea				

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	ESCALA
Complicaciones maternas y perinatales	Presencia de condiciones clínicas que se presentan en el embarazo, parto en la madre y en el recién nacido.	Complicaciones maternas	Amenaza de aborto	Si	Nominal
				No	
			Aborto	Si	
				No	
			Amenaza de PP	Si	
				No	
			Hiperémesis gravídica	Si	
				No	
			Anemia	Si	
				No	
			DPP	Si	
				No	
			ITU	Si	
				No	
			Hipertensión gestacional	Si	
				No	
Pre eclampsia	Si				
	No				
Eclampsia	Si				
	No				
Placenta previa	Si				
	No				
A. Parto prematuro	Si				
	No				

			Rotura prematura de membranas	Si	Intervalo	
				No		
			DCP	Si		
				No		
			Cesárea (indic. Parto Op.)	Si		
				No		
		Endometritis puerperal	Si			
			No			
		Embarazo prolongado	Si			
			No			
		Complicaciones perinatales	RN Pretérmino	<37 sem		Ordinal
			RN Pos término	42 a más		
			Peso del recién nacido	Menos de 2500g		
				De 2501 a 3999		Ordinal
				Más de 3999g		
			Apgar al minuto	0 a 3		Nominal
				4 a 6		
				7 a 10		
			Apgar a los 5mn	0 a 3		Nominal
				4 a 6		
				7 a 10		
			Ictericia neonatal patológica	Si		
		No				
		Infección neonatal probable	Si			
			No			
		SDR	SDR			
		Asfixia	Asfixia			
RCIU	PEG					
SFA	Si					
	No					
Muerte intrauterina	Si					
	No					
Muerte 1era sem.	Si					
	No					
Muerte desp. 1era sem	Si					
	No					

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO

Se procedió a solicitar la autorización a la dirección ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue, para las facilidades al acceso al sistema informático perinatal (SIP) para la recolección de datos.

Se seleccionó la información de la gestante adolescente en el periodo de enero a diciembre del 2019, respetando los criterios de inclusión y exclusión.

Para las variables: Factores de riesgo y Complicaciones materno – perinatales en gestantes adolescentes, la técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la revisión documental a través de la recolección de información de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) de la madre y del recién nacido del HHUT, durante el periodo Enero a Diciembre, 2019, que cumplieron con los criterios de selección ya mencionados, registrándose así la información requerida en la ficha de recolección de datos para su llenado respectivo.

Para las variables: Factores de riesgo y complicaciones materno – perinatales en gestantes adolescentes se realizará a través de una ficha de recolección de datos (Ver anexo 1).

La Ficha de resumen o de recolección de datos, se utilizó para recopilar información sobre los Factores de riesgo y complicaciones materno– perinatales. La recolección de datos se obtuvo a través de la tarjeta perinatal de la madre y del niño. Instrumento elaborado por la presente autora y constituido por los factores de riesgo, características maternas de la adolescente gestante y las complicaciones maternas – perinatales.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Con la información recabada se creó una base de datos en físico y luego digital.

Seguidamente se elaboró tablas de contingencia con valores absolutos y relativos.

Se utilizó los siguientes programas para la realización de dicho estudio: Programa de Word; como procesador de texto, Programa Excel; para capturar la de base de datos y diseño de tablas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22.

Además, se calculó la razón de probabilidades (Odds ratio) para las variables en estudio, con su respectivo intervalo de confianza del 95% y significancia estadística.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación estuvo configurada bajo los siguientes principios esenciales: Respeto a la dignidad humana, privacidad de la información, permiso para la ejecución con fines investigativos.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

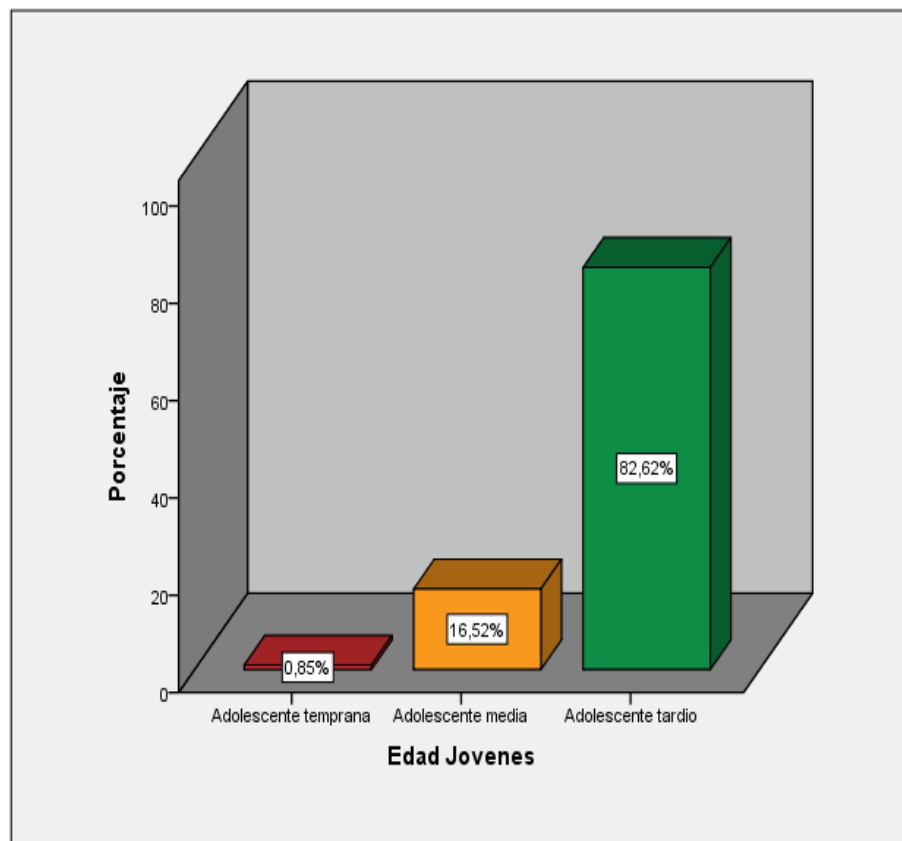
TABLA N° 1
FACTORES DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE
ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019

FACTORES DE RIESGO		n°	%
FACTOR BIOLÓGICO			
Edad	Adolescente temprana (10 a 13)	3	0,85
	Adolescente media (14 a 16)	58	16,52
	Adolescente tardío (17 a 19)	290	82,62
	Total	351	100,00
FACTOR CULTURAL			
Grado de Instrucción	Primaria	11	3,13
	Superior no Universitaria	325	92,59
	Superior Universitario	15	4,27
	Total	351	100,00
Ocupación	Ama de casa	212	60,40
	Comerciante	21	5,98
	Estudiante	94	26,78
	Otros	24	6,84
	Total	351	100,00
Estado civil	Soltera	117	33,33
	Conviviente	228	64,96
	Casada	6	1,71
	Total	351	100,00
Residencia	Urbana	316	90,03
	Rural	35	9,97
	Total	351	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos, obtenidas del Sistema Informático Perinatal de las madres y del recién nacido del HHUT, durante el periodo Enero a Diciembre 2019.

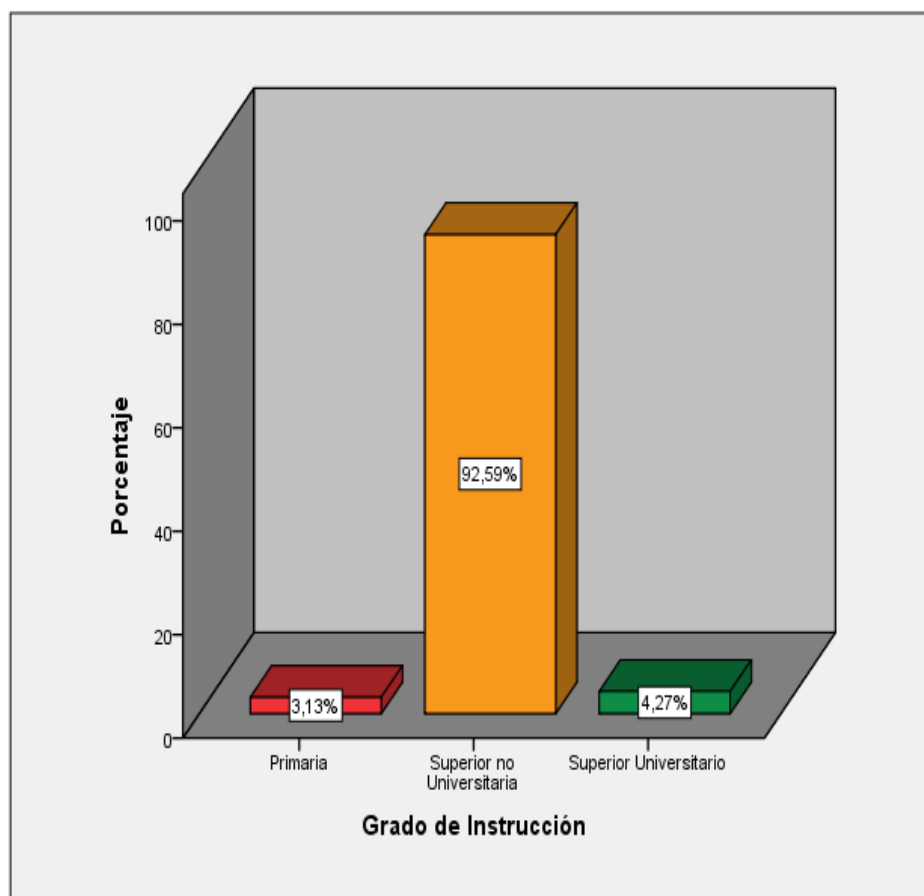
En la Tabla 1, se observa los Factores de riesgo de la gestante adolescente atendida en el HHUT. Y según el Factor biológico: edad; el 82,62% (290) se encuentran en la adolescencia tardía. Y según el Factor cultural: en grado de instrucción; el 92,59% (325) tienen superior no universitario. Y según ocupación el 60,40% (212) son amas de casa. Y según el estado civil el 64,96% (228) son convivientes. Y el 90,03% (316) residen en el área urbana.

GRÁFICO N° 1
FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN
EDAD ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019



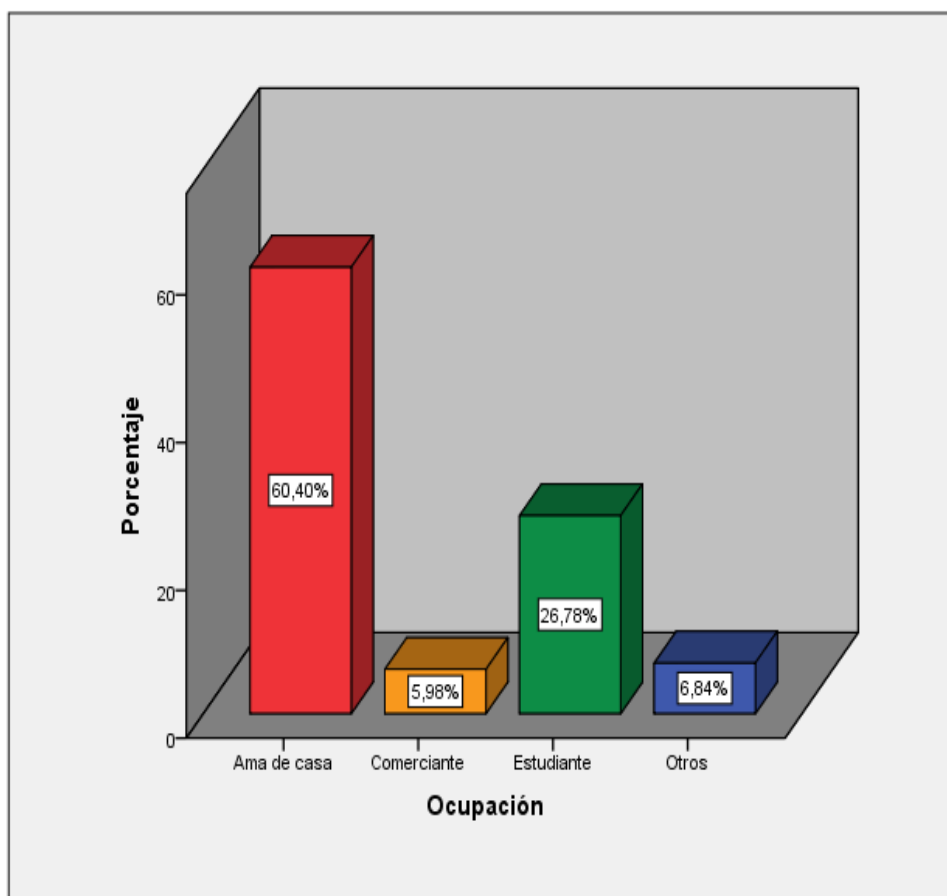
Fuente: Tabla 1.

GRÁFICO N° 2
FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN
GRADO DE INSTRUCCIÓN, ATENDIDAS EN EL HHUT,
AÑO 2019



Fuente: Tabla 1.

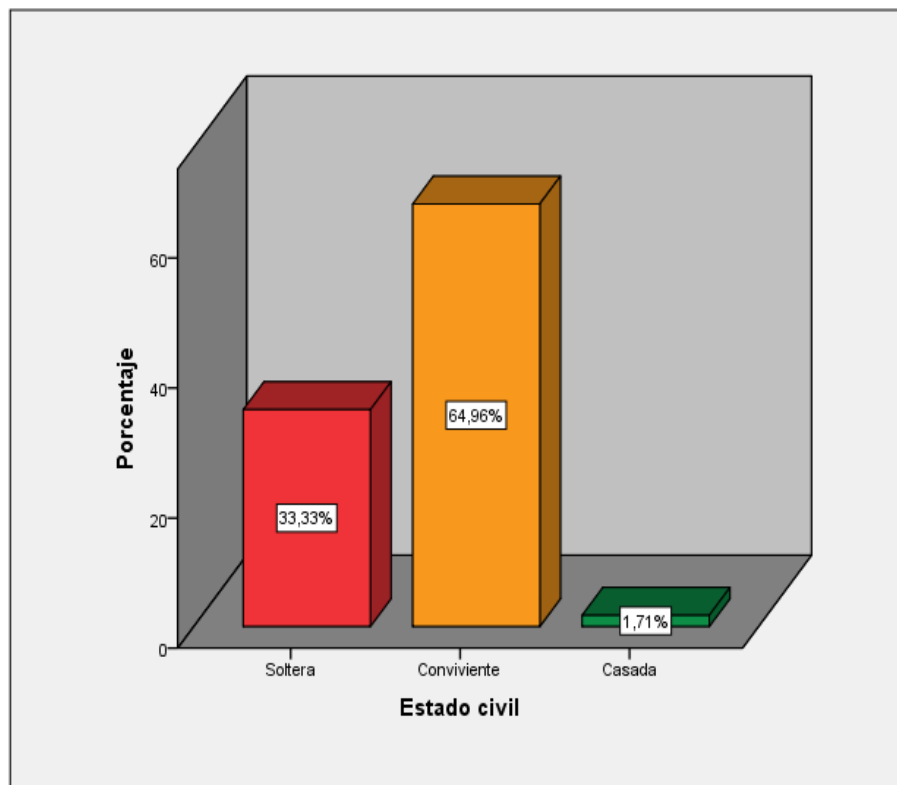
GRÁFICO N° 3
FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN
OCUPACIÓN, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019



Fuente: Tabla 1.

GRÁFICO N° 4

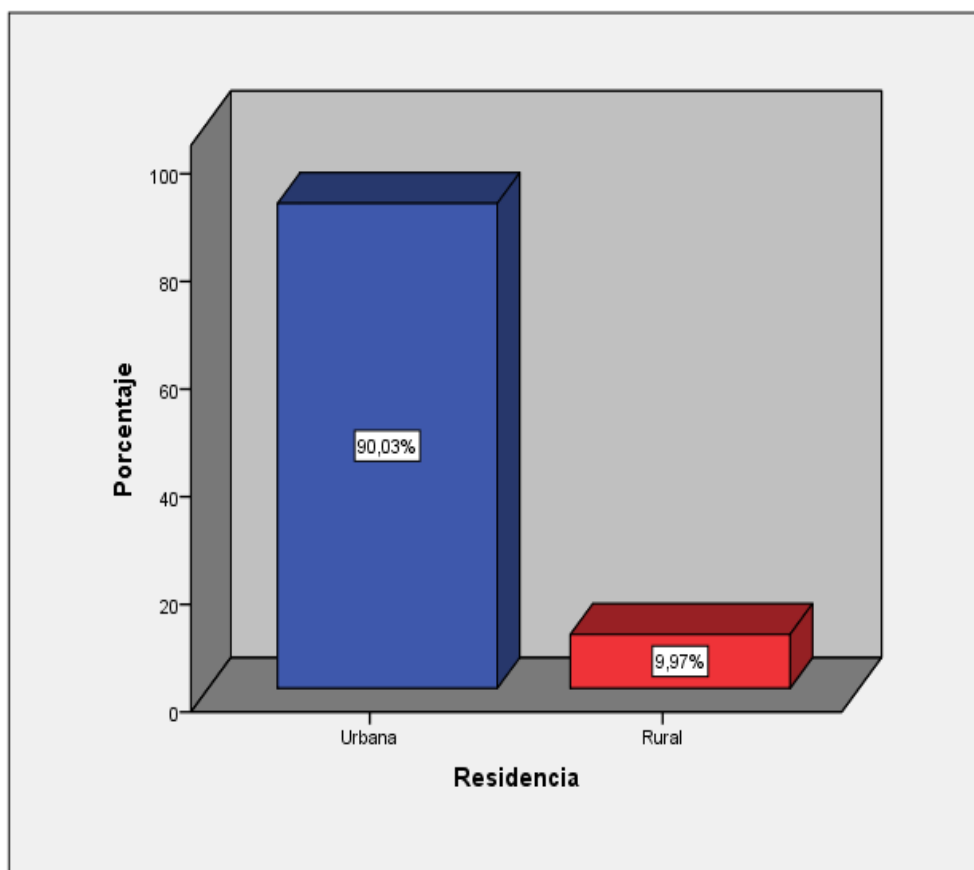
FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN
ESTADO CIVIL, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019



Fuente: Tabla 1.

Gráfico N° 5

**FACTOR DE RIESGO DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN
RESIDENCIA, ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019**



Fuente: Tabla 1.

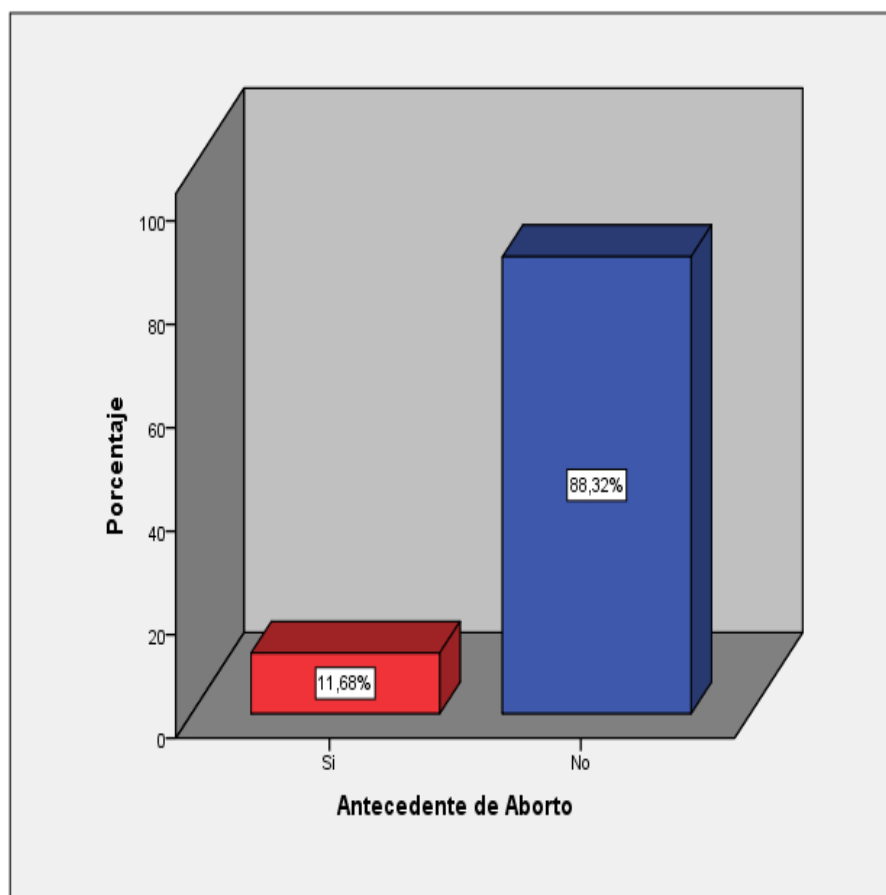
TABLA N° 2
CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE
ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019

CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE		n°	%
Antecedente de Aborto	Si	41	11,68
	No	310	88,32
	Total	351	100,00
N° Gestaciones	Nuligesta	311	88,60
	Primigesta	36	10,26
	Secundigesta	4	1,14
	Total	351	100,00
Control Pre-Natal	Ninguno	75	21,37
	Menos de 6 controles	58	16,52
	Más de 6 controles	218	62,11
	Total	351	100,00
Edad gestacional	< 37 semanas	25	7,12
	De 37 a 41 semanas	324	92,31
	42 semanas a más	2	0,57
	Total	351	100,00
Tipo de parto	Vaginal	175	49,86
	Cesárea	176	50,14
	Total	351	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos, obtenidas del Sistema Informático Perinatal de las madres y del recién nacido del HHUT, durante el periodo Enero a Diciembre 2019.

En la Tabla 2, se observa las características maternas de la gestante adolescente atendidas en el HHUT, donde el 88,32% (310) del adolescente no han tenido antecedentes de aborto. Y según el número de gestaciones el 88,60% (311) son nuligestas. Y según el CPN el 62,11% (218) del adolescente han tenido más de 6 controles. Y según el tipo de parto el 50,14% (176) fue por Cesárea, seguido del 49,86% (175) han sido de parto vaginal.

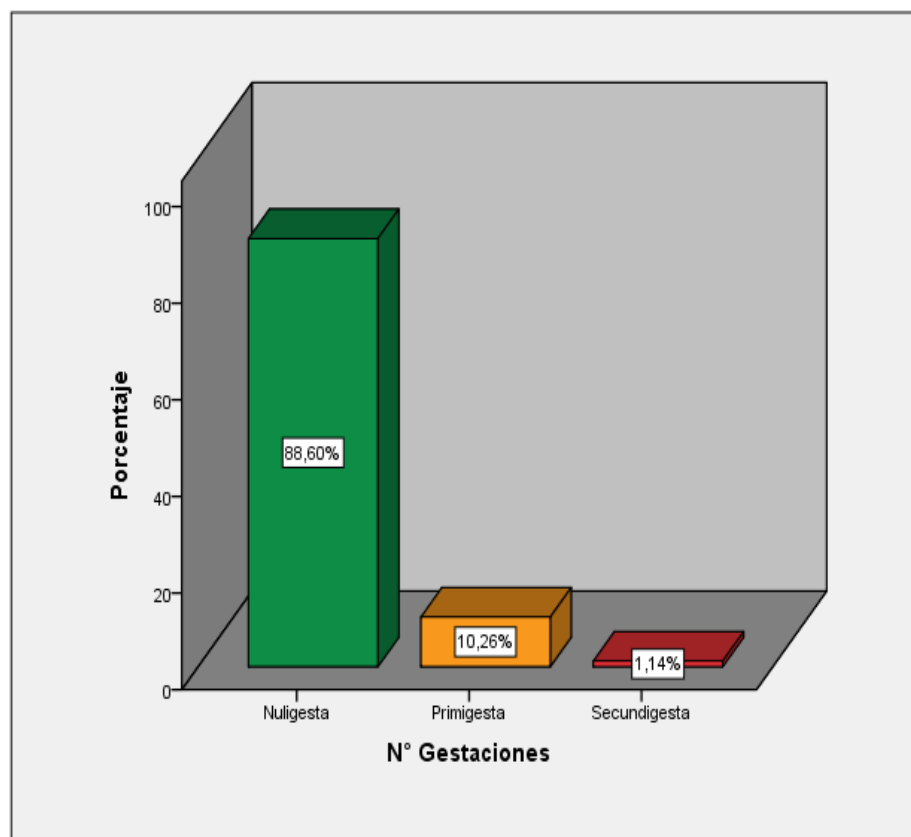
GRÁFICO N° 6
CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE
SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO, ATENDIDAS EN EL HHUT,
AÑO 2019



Fuente: Tabla 2.

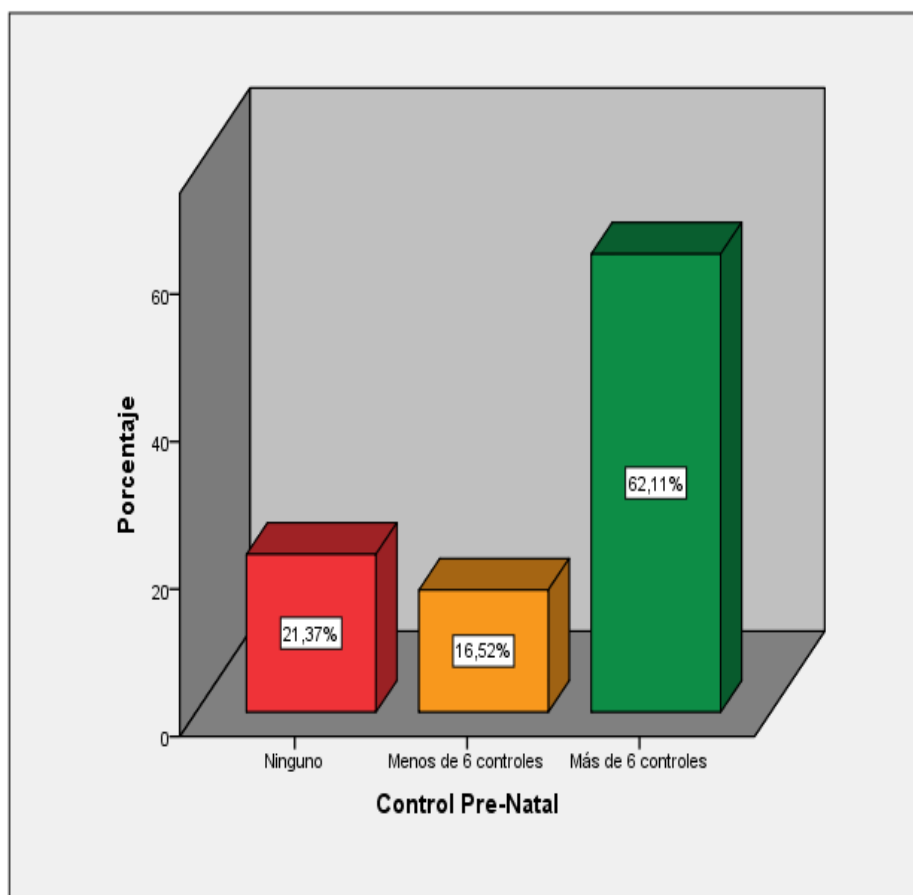
GRÁFICO N° 7

CARACTERÍSTICAS MATERNA DE LA GESTANTE ADOLESCENTE SEGÚN N° GESTACIONES ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO 2019



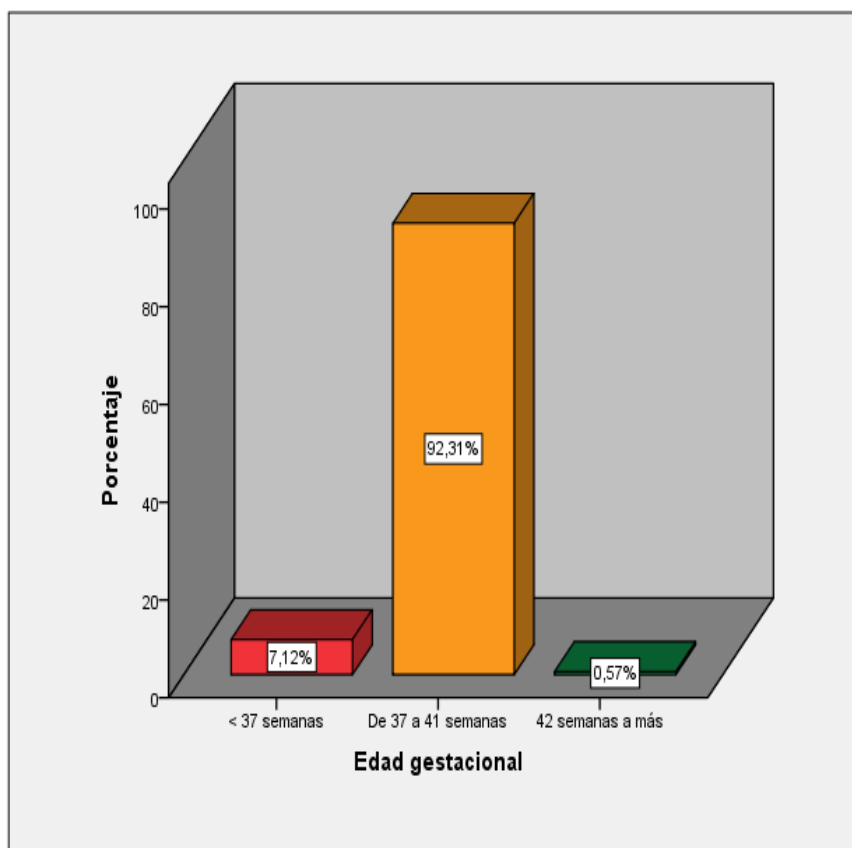
Fuente: Tabla 2.

Gráfico N° 8
CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE
SEGÚN CONTROL PRENATAL, ATENDIDAS EN EL HHUT,
AÑO 2019



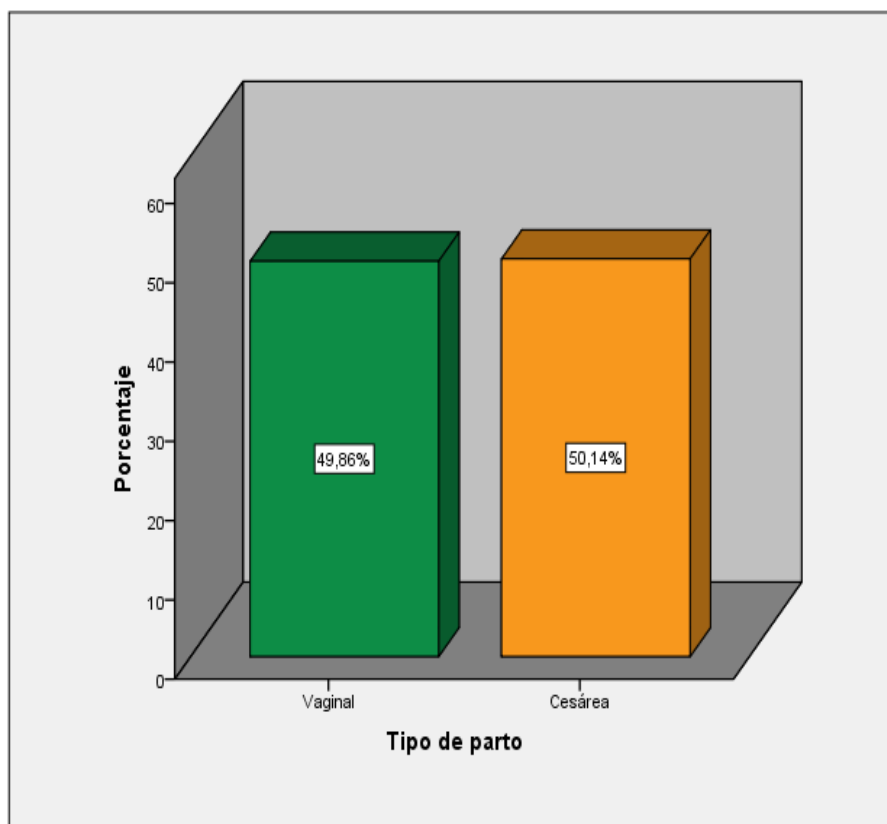
Fuente: Tabla 2.

GRÁFICO N° 9
CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE
SEGÚN EDAD GESTACIONAL, ATENDIDAS EN EL HHUT,
AÑO 2019



Fuente: Tabla 2.

GRÁFICO N° 10
CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE
SEGÚN TIPO DE PARTO, ATENDIDAS EN EL HHUT,
AÑO 2019



Fuente: Tabla 2.

TABLA N° 3
COMPLICACIONES MATERNAS DE LA GESTANTE ADOLESCENTE
(CASOS) Y DEL GRUPO CONTROL ATENDIDAS EN EL HHUT, AÑO
2019

COMPLICACIONES MATERNAS	Casos		Controles		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Amenaza de aborto /No A. Aborto	6	1,71	345	98,29	351	100,00
Aborto/No aborto	42	11,97	309	88,03	351	100,00
APP /No APP	35	9,97	316	90,03	351	100,00
Hiperémesis gravídica Leve / No H.	4	1,14	347	98,86	351	100,00
Anemia / No anemia	32	9,12	319	90,88	351	100,00
DPP/ No DPP	6	1,71	345	98,29	351	100,00
ITU/ No ITU	182	51,85	169	48,15	351	100,00
Hipertensión gestacional/ No H.G.	0	0,00	351	100,00	351	100,00
Pre eclampsia Leve/ No Pre eclam.	4	1.14	347	98,86	351	100,00
Pre eclampsia moderada/ No PM.	0	0,00	351	100,00	351	100,00
Pre eclampsia severa/ No PS.	12	3,42	339	96,58	351	100,00
Pre eclampsia no específica/ No P	0	0,00	351	100,00	351	100,00
Eclampsia / No Eclampsia	1	0.28	350	99,72	351	100,00
Placenta previa/ No PP.	0	0,00	351	100,00	351	100,00
RPM/ No RPM	3	0,85	348	99,15	351	100,00
DCP/ No DCP	44	12,54	307	87,46	351	100,00
Cesárea/ Parto vaginal	176	50,14	175	49,86	351	100,00
Endometritis puerperal/ No E.P	1	0,28	350	99,72	351	100,00
Embarazo prolongado/ No E.P	1	0,28	350	99,72	351	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos, obtenidas del Sistema Informático Perinatal de las madres y del recién nacido del HHUT, durante el periodo enero a diciembre 2019.

En la Tabla 3, se observa las complicaciones de la gestante adolescente y del grupo control. En relación a los casos el 1,71% (6) han presentado

amenaza de aborto, mientras que en el grupo control el 98,29% (345) no ha presentado amenaza de aborto. El 11,97% (42) ha tenido aborto, mientras que en el grupo control el 88,03% (309) no han tenido aborto. Así mismo el 9,97% (35) han presentado APP y el grupo control el 90,03% (316) no han presentado APP. Y el 1,14% (4) han presentado hiperémesis gravídica y el grupo control el 98,85% (347) no han presentado hiperémesis gravídica. El 9,12% (32) han presentado anemia y el grupo control el 90,88 (319) no han presentado anemia. El 1,71% (6) han presentado DPP, mientras que en el grupo control el 98,29% (345) no han presentado DPP. Se observa también que, el 51,85% (182) han presentado ITU y el grupo control el 48,15% (169) no han presentado ITU. Se observa también que no hay casos de gestantes con hipertensión gestacional, pre eclampsia moderada, pre eclampsia no específica, placenta previa. Sin embargo, el 1,14% (4) presentaron Pre eclampsia leve y el grupo control 98,86% (347) no han presentado Pre eclampsia leve. Así mismo el 3,42% (12) han presentado Pre eclampsia severa y el grupo control el 96,58 (347) no han presentado Pre eclampsia severa. Y el 0,28% (1) ha presentado Eclampsia y el grupo control el 99,72% (350) no han presentado Eclampsia. El 0,85% (3) han presentado RPM y el grupo control el 90,03% (348) no han presentado RPM. Y el 12,54% (44) han presentado han presentado DCP y el grupo control 87,46%(307) no han presentado DCP. Sin embargo, el 50,14% (176) ha tenido Cesárea y el grupo control el 49,86% (175) han

tenido parto vaginal. Y sólo el 0,28% (1) han presentado endometritis puerperal y embarazo prolongado en comparación del grupo control que el 99,72 % (350) no han presentado embarazo prolongado.

TABLA N° 4

COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES
 ADOLESCENTES (CASOS) Y DEL GRUPO CONTROL ATENDIDOS
 EN EL HHUT, AÑO 2019

COMPLICACIONES PERINATALES	Caso		Control		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Pretérmino vs AT/PT	25	7,12	326	92,88	351	100,00
Peso del RN <2500 vs >2500	17	4,84	334	95,16	351	100,00
APGAR min. 1(<7) vs (7 a10)	13	3,70	338	96,30	351	100,00
APGAR 5 min (<7) vs (7 a10)	3	0,85	348	99,15	351	100,00
Ictericia neonatal/ No Ict. N.	0	0,00	351	100,00	351	100,00
Infección neonatal/ No Inf.n.	4	1,14	347	98,86	351	100,00
SDR/ No SDR	1	0,28	350	99,72	351	100,00
Asfixia/ No Asfixia	2	0,57	349	99,43	351	100,00
RCIU/ No RCIU	2	0,57	349	99,43	351	100,00
SFA/ No SFA	38	10,83	313	89,17	351	100,00
Muerte intrauterina/ No M.i.	0	0,00	351	100,00	351	100,00
Muertos 1era. Semana/No m1s.	0	0,00	351	100,00	351	100,00
Muertos después 1era. Semana/Nm1s.	1	0,28	350	99,72	351	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos, obtenidas del Sistema Informático Perinatal de las madres y del recién nacido del HHUT, durante el periodo enero a diciembre 2019.

En la Tabla 4, se observa las complicaciones perinatales del recién nacido

y del grupo control del HHUT. Y según la edad gestacional se observa que, en los casos el 7,12% (25) son Pretérminos y en el grupo control el 92,88% (326) han sido a término y pos término. Así mismo en relación al peso del RN el 4,84%(17) han tenido peso menor de 2500 gr y en el grupo control el 95,16(334) el peso fue mayor de 2500 gr. Y en relación al Apgar al minuto el 3,70% (13) presentaron un Apgar < 7 en el grupo control el 96,30%(338) presentaron un Apgar > 7. Y según el Apgar a los cinco minutos el 0,85% (3) presentaron Apgar < a 7 y en el grupo control el 99,15%(348) han presentado un Apgar > 7. Se observa también que no hay casos con Ictericia Neonatal, muerte intrauterina y muerte a la primera semana. Sin embargo, se observa que, el 1,14%(4) tuvieron infección neonatal y el grupo control el 98,86% (347) no tuvieron infección neonatal. El 0,28% (1) presentó dificultad respiratoria y el grupo control el 99,72% (350) no han presentado dificultad respiratoria. Se observa también que, el 0,57% (2) ha presentado Asfixia y RCIU en comparación del grupo control el 99,43% (349) no ha presentado Asfixia, ni RCIU. Se observa también que el 10,83% (38) han presentado SFA y el grupo control 89,17% (313) no ha presentado SFA. Y el 0,28% (1) ha presentado muerte después de 1ra semana y el grupo control el 99,72% (350) no han presentado muerte después de 1ra semana.

TABLA N° 5
ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y LAS
COMPLICACIONES MATERNO Y PERINATALES DE
LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS
DEL HHUT, AÑO 2019

Complicaciones Maternas	Referencia	Factor de riesgo: Edad (Edad tardía vs. Edad temprana y media)			
		OR	IC		P
			Inferior	Superior	
Amenaza de aborto	Si / No	-	-	-	0,257
Aborto	Si / No	0,880	0,386	2,008	0,761
APP	Si / No	1,292	0,480	3,477	0,611
Hiperemesis gravídica Leve	Si / No	-	-	-	0,356
Anemia	Si / No	0,498	0,218	1,137	0,092
DPP	Si / No	-	-	-	0,257
ITU	Si / No	0,828	0,475	1,442	0,504
Hipertensión gestacional	Si / No	-	-	-	-
Pre eclamsia Leve	Si / No	0,627	0,064	6,133	0,686
Pre eclamsia Moderada	Si / No	-	-	-	-
Pre eclamsia Severa	Si / No	0,619	0,163	2,357	0,478
Pre eclamsia No especific.	Si / No	-	-	-	-
Eclampsia	Si / No	-	-	-	0,029
Placenta previa	Si / No	-	-	-	-
RPM	Si / No	0,417	0,037	4,669	0,464
DCP	Si / No	0,939	0,413	2,135	0,881
Cesárea	Si / No	0,825	0,474	1,436	0,497
Endometritis puerperal	Si / No	-	-	-	0,646
Embarazo prolongado	Si / No	-	-	-	0,646

Factor de riesgo: Grado de Instrucción					
(Primaria y No Superior vs. Superior Univ.)					
Complicaciones Maternas	Referencia	OR	IC		P
			Inferior	Superior	
Amenaza de aborto	Si / No	0,078	0,013	0,467	0,000
Aborto	Si / No	0,878	0,191	4,036	0,868
APP	Si / No	0,708	0,153	3,274	0,657
Hiperémesis gravídica Leve	Si / No	0,126	0,012	1,290	0,039
Anemia	Si / No	0,637	0,137	2,958	0,562
DPP	Si / No	-	-	-	0,602
ITU	Si / No	0,940	0,333	2,650	0,907
Hipertensión gestacional	Si / No	-	-	-	-
Pre eclampsia Leve	Si / No	-	-	-	0,671
Pre eclampsia Moderada	Si / No	-	-	-	-
Pre eclampsia Severa	Si / No	0,474	0,057	3,931	0,479
Pre eclampsia No especif.	Si / No	-	-	-	-
Eclampsia	Si / No	-	-	-	0,832
Placenta previa	Si / No	-	-	-	-
RPM	Si / No	-	-	-	0,713
DCP	Si / No	2,055	0,263	16,022	0,483
Cesárea	Si / No	0,659	0,229	1,892	0,435
Endometritis puerperal	Si / No	-	-	-	0,832
Embarazo prolongado	Si / No	-	-	-	0,832

Factor de riesgo: Ocupación					
(Ama de casa vs. Otros)					
Complicaciones Maternas	Referencia	OR	IC		P
			Inferior	Superior	
Amenaza de aborto	Si / No	1,317	0,238	7,291	0,752
Aborto	Si / No	1,075	0,554	2,086	0,832
APP	Si / No	0,516	0,255	1,041	0,061
Hiperémesis gravídica Leve	Si / No	0,652	0,091	4,686	0,669
Anemia	Si / No	1,758	0,788	3,921	0,164
DPP	Si / No	0,651	0,129	3,271	0,599
ITU	Si / No	1,004	0,654	1,540	0,987
Hipertensión gestacional	Si / No	-	-	-	-
Pre eclampsia Leve	Si / No	0,215	0,022	2,087	0,145
Pre eclampsia Moderada	Si / No	-	-	-	-
Pre eclampsia Severa	Si / No	1,324	0,391	4,482	0,651
Pre eclampsia No especif.	Si / No	-	-	-	-
Eclampsia	Si / No	-	-	-	0,216
Placenta previa	Si / No	-	-	-	-
RPM	Si / No	-	-	-	0,032
DGP	Si / No	1,881	0,933	3,794	0,074
Cesárea	Si / No	1,034	0,674	1,586	0,879
Endometritis puerperal	Si / No	-	-	-	0,417
Embarazo prolongado	Si / No	-	-	-	0,417

Factor de riesgo: Estado Civil					
(Soltera vs. Conviviente y casada)					
Complicaciones Maternas	Referencia	OR	IC		P
			Inferior	Superior	
Amenaza de aborto	Si / No	2,026	0,403	10,198	0,382
Aborto	Si / No	1,421	0,734	2,751	0,295
APP	Si / No	1,793	0,885	3,631	0,102
Hiperémesis gravídica Leve	Si / No	6,132	0,631	59,602	0,075
Anemia	Si / No	1,223	0,576	2,596	0,600
DPP	Si / No	0,395	0,046	3,419	0,382
ITU	Si / No	0,787	0,504	1,227	0,290
Hipertensión gestacional	Si / No	-	-	-	-
Pre eclampsia Leve	Si / No	2,017	0,281	14,505	0,477
Pre eclampsia Moderada	Si / No	-	-	-	-
Pre eclampsia Severa	Si / No	1,000	0,295	3,392	1,000
Pre eclampsia No especific.	Si / No	-	-	-	-
Eclampsia	Si / No	-	-	-	0,157
Placenta previa	Si / No	-	-	-	-
RPM	Si / No	1,000	0,090	11,143	1,000
DCP	Si / No	0,632	0,307	1,301	0,210
Cesárea	Si / No	1,017	0,653	1,586	0,940
Endometritis puerperal	Si / No	-	-	-	0,479
Embarazo prolongado	Si / No	-	-	-	0,479

Factor de riesgo: Residencia					
(Rural vs. Urbana)					
Complicaciones Maternas	Referencia	OR	IC		P
			Inferior	Superior	
Amenaza de aborto	Si / No	-	-	-	0,411
Aborto	Si / No	1,502	0,439	5,138	0,514
APP	Si / No	1,924	0,441	8,386	0,376
Hiperémesis gravídica Leve	Si / No	-	-	-	0,503
Anemia	Si / No	0,561	0,201	1,563	0,263
DPP	Si / No	0,547	0,062	4,816	0,581
ITU	Si / No	1,703	0,836	3,468	0,139
Hipertensión gestacional	Si / No	-	-	-	-
Pre eclampsia Leve	Si / No	-	-	-	0,503
Pre eclampsia Moderada	Si / No	-	-	-	-
Pre eclampsia Severa	Si / No	1,226	0,154	9,791	0,847
Pre eclampsia No especif.	Si / No	-	-	-	-
Eclampsia	Si / No	-	-	-	0,739
Placenta previa	Si / No	-	-	-	-
RPM	Si / No	0,052	0,005	0,593	0,001
DCP	Si / No	1,590	0,466	5,430	0,455
Cesárea	Si / No	0,731	0,361	1,480	0,383
Endometritis puerperal	Si / No	-	-	-	0,739
Embarazo prolongado	Si / No	-	-	-	0,739

complicaciones perinatales	referencia	Factor de riesgo: edad (edad tardía vs. edad temprana y media)			
		or	ic		P
			inferior	superior	
Edad gestacional RN	Pretérmino / A término, Postérmino	0,511	0,203	1,282	0,146
Peso del RN	<2500g / >2500g	0,669	0,210	2,126	0,493
APGAR min. 1	Menor a 7 / Mayor a 7	1,163	0,251	5,385	0,847
APGAR min. 5	Menor a 7 / Mayor a 7	-	-	-	0,646
Ictericia neonatal	Si / No	-	-	-	-
Infección neonatal	Si / No	-	-	-	0,356
SDR	Si / No	-	-	-	0,029
Asfixia	Si / No	-	-	-	0,515
RCIU	Si / No	-	-	-	0,515
SFA	Si / No	0,764	0,332	1,760	0,527
Muerte intrauterina	Si / No	-	-	-	-
Muertos 1era. Semana	Si / No	-	-	-	-
Muertos despues 1era. Semana	Si / No	-	-	-	0,646

Complicaciones Perinatales	Referencia	Factor de riesgo: Grado de Instrucción (Primaria y No Superior vs. Superior Univ.)			
		OR	IC		P
			Inferior	Superior	
Edad gestacional RN	Pretérmino / A término, postérmino	1,077	0,136	8,541	0,944
Peso del RN	<2500g / >2500g	0,700	0,087	5,659	0,737
APGAR min. 1	Menor a 7 / Mayor a 7	-	-	-	0,438
APGAR min. 5	Menor a 7 / Mayor a 7	-	-	-	0,832
Ictericia neonatal	Si / No	-	-	-	-
Infección neonatal	Si / No	-	-	-	0,671
SDR	Si / No	-	-	-	0,832
Asfixia	Si / No	-	-	-	0,764
RCIU	Si / No	-	-	-	0,764
SFA	Si / No	0,465	0,125	1,728	0,243
Muerte intrauterina	Si / No	-	-	-	-
Muertos 1era. Semana	Si / No	-	-	-	-
Muertos después 1era. Semana	Si / No	-	-	-	0,832

		Factor de riesgo: Ocupación			
		(Ama de casa vs. Otros)			
Complicaciones Perinatales	Referencia	OR	IC		p
			Inferior	Superior	
Edad gestacional RN	Pretérmino / A término, Postérmino	0,691	0,306	1,563	0,373
Peso del RN	<2500g / >2500g	1,213	0,438	3,359	0,710
APGAR min. 1	Menor a 7 / Mayor a 7	3,749	0,818	17,178	0,069
APGAR min. 5	Menor a 7 / Mayor a 7	-	-	-	0,417
Ictericia neonatal	Si / No	-	-	-	-
Infección neonatal	Si / No	0,215	0,022	2,087	0,145
SDR	Si / No	-	-	-	0,216
Asfixia	Si / No	0,654	0,041	10,543	0,763
RCIU	Si / No	0,654	0,041	10,543	0,763
SFA	Si / No	0,789	0,400	1,555	0,493
Muerte intrauterina	Si / No	-	-	-	-
Muertos 1era. Semana	Si / No	-	-	-	-
Muertos después 1era. Semana	Si / No	-	-	-	0,417

		Factor de riesgo: Estado Civil			
		(Soltera vs. Conviviente y casada)			
Complicaciones Perinatales	Referencia	OR	IC		P
			Inferior	Superior	
Edad gestacional RN	Pretérmino / A término, Postérmino	1,364	0,593	3,138	0,463
Peso del RN	<2500g / >2500g	1,425	0,528	3,846	0,482
APGAR min. 1	Menor a 7 / Mayor a 7	0,589	0,159	2,184	0,424
APGAR min. 5	Menor a 7 / Mayor a 7	-	-	-	0,479
Ictericia neonatal	Si / No	-	-	-	-
Infección neonatal	Si / No	2,017	0,281	1,451	0,477
SDR	Si / No	-	-	-	0,157
Asfixia	Si / No	2,009	0,125	3,240	0,616
RCIU	Si / No	-	-	-	0,045
SFA	Si / No	0,914	0,444	1,884	0,808
Muerte intrauterina	Si / No	-	-	-	-
Muertos 1era. Semana	Si / No	-	-	-	-
Muertos después 1era. Semana	Si / No	-	-	-	0,157

Complicaciones Perinatales	Referencia	Factor de riesgo: Residencia			
		OR	(Rural vs. Urbana)		P
			IC		
Inferior	Superior				
Edad gestacional RN	Pretérmino / A término, Postérmino	1,295	0,292	5,742	0,733
Peso del RN	<2500g / >2500g	1,813	0,233	1,410	0,564
APGAR min. 1	Menor a 7 / Mayor a 7	1,342	0,169	1,064	0,780
APGAR min. 5	Menor a 7 / Mayor a 7	-	-	-	0,739
Ictericia neonatal	Si / No	-	-	-	-
Infección neonatal	Si / No	-	-	-	0,503
SDR	Si / No	-	-	-	0,739
Asfixia	Si / No	-	-	-	0,637
RCIU	Si / No	-	-	-	0,637
SFA	Si / No	1,329	0,387	4,566	0,651
Muerte intrauterina	Si / No	-	-	-	-
Muertos 1era. Semana	Si / No	-	-	-	-
Muertos después 1era. Semana	Si / No	-	-	-	0,739

En la Tabla 5, se observamos los factores de riesgo y las complicaciones maternas perinatales en las gestantes adolescentes atendidas en el HHUT, observando que existe asociación **entre los factores de riesgo y las complicaciones maternas** con la edad y la Eclampsia, con p valor de 0,029. Existe asociación entre el grado de instrucción y la Amenaza de aborto OR: 0,078 IC (0,013 – 0,467), con un p valor de 0,000. Existe asociación entre el grado de instrucción la Hiperémesis gravídica leve Existe asociación entre la Ocupación y la RPM con un p valor de 0,032. Existe asociación entre la residencia y la RPM: OR 0,052 IC (0,005 - 0,593) y un p valor de 0,001.

Así mismo, existe asociación entre los factores de riesgo y las

complicaciones perinatales entre la edad de la adolescente y SDR con un p valor de 0,029. Así mismo existe asociación entre el estado civil y RCIU con un p valor de 0,045.

No existe asociación entre factor de riesgo edad con la amenaza de aborto, Aborto, APP, Hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), placenta previa, RPM, DCP, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre factor de riesgo grado de instrucción con el Aborto, APP, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), placenta previa, RPM, DCP, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre factor de riesgo ocupación con la amenaza de aborto, Aborto, APP, Hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), Eclampsia, placenta previa, DCP, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre factor de riesgo estado civil con la amenaza de aborto, Aborto, APP, Hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no

específica), Eclampsia, placenta previa, DCP, RPM, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre Factor de riesgo residencia con la Amenaza de aborto, Aborto, APP, Hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), Eclampsia, placenta previa, DCP, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre Factor de riesgo y las complicaciones perinatales con la edad del adolescente y la edad gestacional del RN, peso del RN, Apgar al minuto, Apgar a los cinco minutos, Ictericia neonatal, infección neonatal, asfixia, RCIU, SFA, muerte intrauterina, muerte 1era semana, muertos después 1era semana.

No existe asociación entre Factor de riesgo grado de instrucción, ocupación, estado civil con la edad gestacional del RN, peso del RN, Apgar al minuto, Apgar a los cinco minutos, Ictericia neonatal, infección neonatal, asfixia, RCIU, SFA, muerte intrauterina, muerte 1era semana, muertos después 1era semana.

No existe asociación entre Factor de riesgo estado civil con la edad gestacional del RN, peso del RN, Apgar al minuto, Apgar a los cinco minutos, Ictericia neonatal, infección neonatal, asfixia, SFA, muerte

intrauterina, muerte 1era semana, muertos después 1era semana.

4.2. Discusión

En la **Tabla 1**, se observa los Factores de riesgo de la gestante adolescente, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión durante el periodo enero a diciembre 2019; donde el total de gestantes adolescente 351 (100%), según el Factor biológico edad, el 82,62% (290) son adolescente de edad tardío (17 a 19 años).y según el Factor cultural en grado de instrucción: el 92,59% (325) tienen superior no universitario, según la Ocupación el 60,40%(212) son amas de casa, según el estado civil el 64,96% (228) son convivientes y el 90,03% (316) residen en el área urbana.

Se asemejan al estudio de **Fernández, I.** (20), donde el 48,3% de las gestantes adolescentes pertenece al grupo etario 17-19 años, son convivientes el 61,9% y el 48,3% son de procedencia urbana.

Se asemejan al estudio de **Egusquiza, L.** (24), 57,6% tuvo entre 17 y 19 años (adolescencia tardía), 67,2% fueron amas de casa, 59,3% convivientes, 77,6% provinieron de la zona Urbana.

Similar al estudio de **Valdez, Y.** (19)), donde la frecuencia de embarazo en adolescentes de edad tardía (las de 17 a 19 años) fue en un 68,4% (82).

Similar al estudio de **Chambi, F.** (22), donde la mayor proporción de gestantes fueron adolescentes en edad tardía (17 – 19).

Adolescencia tardía, de los 17 años a los 19 años, se caracterizan porque no presenta cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores tienen un contenido más adulto; dan más importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

El embarazo en el adolescente se asocia con riesgo a la salud para las adolescentes y de sus recién nacidos, mencionando que favorece a un mayor nivel de morbilidad materna, complicaciones en el embarazo y el parto y la probabilidad de mortalidad durante el embarazo. Y Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) establece como factor de riesgo cuando la madre tiene menos de 20 años (44).

Varios autores plantean que las madres menores de 20 años no están completamente desarrolladas todavía en los aportes nutricionales y calóricos para alcanzar la madurez (50).

La mayor escolaridad influye en el conocimiento de la mujer sobre la necesidad de proporcionarse cuidados prenatales y alimentación

adecuados, lo cual explica nuestros resultados de que a mayor escolaridad y mejor ingreso económico (52).

Pero a qué se debe, que el grupo de adolescente se encuentran en edades tardías, con nivel superior no universitario, de ocupación amas de casa, convivientes y la mayoría reside en área urbana. Tal vez sea porque este grupo de gestantes adolescente de edad tardío están adquiriendo concepciones con respecto a la vida como el adulto, desarrollando su propio contexto con la realidad; pero debido a su inicio precoz en las relaciones sexuales, tienen un embarazo precoz , que muchas veces no los tenían como plan de vida; sin embargo, se encuentran en riesgo de morbimortalidad por no encontrarse biológicamente, psicológicamente preparadas para ser madres, y muchas de ellas no cuentan con la ayuda de sus padres para continuar con sus estudios, a pesar que ya no es un tabú el embarazo en la adolescente, sin embargo los padres aún tienen prejuicios y conceptos propios por lo que deciden en no ayudarles en continuar con sus estudios, quedando muchas de ellas como amas de casa, y permitiendo además la convivencia entre adolescentes; como una manera libre de pensar con respecto a ello , sin tomar en cuenta un futuro mejor para con sus hijas. Pero quizás se deba por la influencia con respecto a la vida al encontrarse en un área urbana, donde los valores y los preceptos de la misma se encuentran como una opción muy liberal de elegir, ya que se ven influenciadas por fácil acceso y mal uso de los medios

de comunicación e información digital cuyo contenido es poco educativo y distorsionado dando lugar al inicio temprano de las relaciones sexuales sin tener en cuenta las consecuencias posteriores

En la Tabla 2, se observa las características maternas de la gestante adolescente atendidas en el HHUT, donde el 88,32% (310) no presentan antecedentes de aborto. El 88,60% (311) son nuligestas; el 62,11% (218) tienen más de 6 controles prenatales; el 92,31% (324) su edad gestacional fue de 37 a 41 semanas; el 50,14% (176) el parto fue por Cesárea, seguido del 49,86% (175) han sido de parto vaginal.

Similar al estudio de Egusquiza L. (24) respecto a los Controles prenatales, 44,1% presentaron mayor e igual a 6 controles prenatales.

Similar al estudio de Montalván H. (26), donde el 62.76% de la gestantes adolescente presentaron control prenatal adecuado, y el 43.65% finalizó el embarazo por cesárea

Difiere del estudio de Chambi F. (22), donde el control prenatal fue menor a 6.

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención

de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. Aunque no es posible obtener estudios científicos randomizados, los resultados sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles del embarazo tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que reciben control prenatal (57,58).

El embarazo en adolescentes se acompaña de numerosos efectos adversos, tanto a la madre como al niño, entre los que tenemos un inadecuado control prenatal y una alta frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales (60) (61).

El peso fetal se encuentra directamente relacionado a la edad gestacional, de ahí que a menor edad gestacional menor peso y viceversa, siendo este uno de los factores predisponentes más asociados (62,63,64).

La incidencia de cesárea en adolescentes está aumentando, esto se evidencia en todos los países del mundo, pero es mayor en los Países de Latinoamérica. En el Perú anteriormente la incidencia de cesáreas se había mantenido por debajo de 10%; pero en los últimos años esta incidencia se ha incrementado notablemente (65,66).

A qué se debe, que, en este grupo de adolescentes tardías, más de la mitad presentan más de 6 CPN, la mayoría no han tenido gestaciones anteriores

y su término de edad gestacional es de 37 a 41 semanas; sin embargo, un poco más de la mitad el término del parto es por Cesárea, seguido de parto vaginal. Pero a qué se debe que terminen en Cesárea en este grupo de población de edad tardía, quizá se deba a la falta de madurez del desarrollo anatómico en las gestantes adolescentes. Pero también podría ser a las posibles complicaciones que se presentan en momento del parto, sobre todo como las enfermedades asociadas al embarazo o en las posibles complicaciones fetales como SFA, o infecciones que ayudan a tener un parto complicado y optar como indicación médica el parto por cesárea.

En la Tabla 3, se observa las complicaciones de la gestante adolescente y del grupo control. Las complicaciones maternas de la gestante adolescente fueron: ITU con 51,85%(182), Cesárea con 50,14% (176), DCP con 12,54% (44), Aborto con 11,97% (42), APP con 9,97% (35), Anemia con 9,12% (32). Amenaza de aborto y DPP con 1,71% (6) cada uno respectivamente; Hiperémesis gravídica y Pre eclampsia leve con 1,14% (4) cada uno respectivamente, RPM con 0,85% (3); Eclampsia, endometritis puerperal y embarazo prolongado con 0,28% (1) cada uno respectivamente. Y en comparación del grupo control, que no presentaron complicaciones maternas.

Se asemejan al estudio de Valdez Y. (19), donde la gestante con anemia es de 34,3% (41) e infección del tracto urinario bajo.

Se asemeja al estudio de Fernández I. (20), donde las complicaciones obstétricas fueron por ITU en un 31,4%.

Difiere del estudio de Chambi F. (22), donde la principal complicación obstétrica fue anemia con 10 casos (13.5%);

Difiere del estudio de Chávez L. (23), La complicación obstétrica más frecuente fue la ruptura prematura de membranas (33,60%) seguida de trastorno hipertensivo del embarazo (24,20%).

Difiere del estudio de Egusquiza L, (24), donde las complicaciones más frecuentes fueron las enfermedades hipertensivas con un 18,2%; seguido de la ruptura prematura de membranas y corioamnionitis en 16,2%

Muchas veces las infecciones urinarias se presentan con o sin presencia de síntomas, y es considerada como las infecciones más frecuentes durante el embarazo causados por microorganismos patógenos (80).

Sin embargo durante el embarazo se producen cambios anatómicos y funcionales que predisponen a ITU durante el embarazo como la hidronefrosis del embarazo, aumento del volumen urinario en los uréteres; disminución del tono uretral y vesical; obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha; aumento del ph de la orina etc.

(87,88). Pero también existe factores de riesgo como nivel socioeconómico bajo donde prevalece este tipo de infecciones.

La incidencia de abortos es muy frecuente y va en aumento, debido a un embarazo no deseado por las adolescentes, y debido al inicio precoz de sus relaciones sexuales (68). Además de pensar que tener un hijo retrasaría su vida escolar y su trabajo, además de no sentirse preparadas para cumplir un rol materno, o simplemente no quedarse como madre soltera; sin embargo también se ve influenciada por la opinión y el apoyo o no de los padres (69).

Según Orbegoso refiere que, el mayor riesgo de los abortos en las adolescentes no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas, sino más bien por las variables sociodemográficas, las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione (70).

Sin embargo, también se evidencia en este grupo de adolescentes de similares características, el riesgo de parto prematuro es mayor. La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna (109).

En relación a la anemia, otros investigadores refieren que, las madres adolescentes tienen mayor probabilidades de presentar anemia que las

madres mayores de 20 años, debido al déficit de hierro para soportar su propio desarrollo y de las necesidades del embarazo (78).

Según Molina et al, refiere que la Hiperémesis es una patología que requiere una atención integral, y la recuperación de la ganancia de peso es la mejor prueba de ello (74).

Cuando existe la presencia de eclampsia en las gestantes, se debe a una complicación de un cuadro establecido de preeclampsia (96) (97) (98) (99). Y generalmente se aparecen en la segunda mitad del embarazo, presentando edema, proteinuria e hipertensión arterial eclampsia.

Como complicaciones de la eclampsia, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta se presenta con una incidencia del 2.2%, el síndrome de HELLP con el 3.7% y la coagulopatía intravascular diseminada con 1,2%. Otras complicaciones frecuentes son el edema pulmonar, la neumonitis, la falla cardíaca y la insuficiencia renal aguda (103) (104).

Hay múltiples factores asociados a la Placenta Previa, como ser: multiparidad, cesárea anterior y cirugías uterinas previas, que se ha demostrado causan daño endometrial como causa principal (105).

A qué se debe, que las gestantes presentan ITU y más de la mitad el término del parto es por Cesárea, y un poco menos de la mitad presentan

DCP, aborto, APP y anemia. Tal vez se deba porque en la infección urinaria muchas veces es asintomática y porque también son causados por los cambios anatómicos y funcionales propios del embarazo que lo predisponen a ello; sin embargo, el factor socioeconómico bajo prevalece a este tipo de infecciones. Y el término de un parto por Cesárea, se deba quizás a múltiples patologías o problemas que se presentan durante el parto como el sufrimiento fetal agudo en el recién nacido, debido a una incompatibilidad cefalo-pélvica, o de haber tenido antecedentes de aborto y otras complicaciones maternas que se asocian en el momento del parto.

En la Tabla 4, se observan las complicaciones perinatales del recién nacido y del grupo control. Las complicaciones perinatales fueron: SFA con 10,83% (38), Pre término con 7,12% (25). Peso menor de 2500 gr el 4,84% (17). En el Apgar al minuto el 3,70% (13) presentaron Apgar menor a 7. En el Apgar a los 5 minutos el 0,85% (3) presentaron Apgar menor de 7. El 1,14 (4) presentó infección neonatal; el 0,57 (2) presentó RCIU y Asfixia cada uno respectivamente; y el 0,28% (1) presentó SDR y muerte después de 1era semana cada uno respectivamente en comparación del grupo control que no presentaron complicaciones perinatales.

Similar al estudio de Francisco D. (32) , donde el 6% fueron pretérmino, el 5% bajo peso.

Se asemeja al estudio de Montalván H. (26), donde 8,1% pretérmino, el 6,0% peso bajo.

Difiere Arévalo F; Torres Y. (27) , donde la prematuridad es 14.5%; bajo peso al nacer 18%; sepsis severa 0.5%.

Difiere del estudio de Tocto M. (28) , donde el bajo peso al nacer fue la complicación perinatal más frecuente con 15,3%, seguido de prematuridad con 14,1% y SDR con 11,3%, 9,6% cursaron con sepsis neonatal, 7,3% con hipoglicemia, y depresión al nacer se presentó en 6,2%.

Difiere del estudio de Flores M. (29) La complicación perinatal más frecuente fue prematuridad en 25%, bajo peso al nacer en 17.5%, depresión neonatal en 15%, síndrome de distress respiratorio en 7.5 %, 2.5% trastornos metabólicos y RCIU.

Sufrimiento Fetal Agudo

La hipoxia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado a la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico

Gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, monitoreo electrónico fetal para tomar la decisión más apropiada (138).

Pretérmino

Actualmente se considera a los nacidos antes de las 37 semanas de edad gestacional, se clasifican en extremadamente prematuro < 28 semanas, muy pre término de 28 a 31 6/7 sem, moderadamente pre término de 32 a 33 6/7 sem, pre término tardío de 34 a < 36 6/7 semanas (114).

En la actualidad se utilizan además los siguientes conceptos en cuanto al peso del nacimiento: (54) (116).

- Niño de bajo peso de nacimiento: <2,500gr.
- Niño de muy bajo peso de nacimiento: <1,500gr.
- Niño extremo bajo peso de nacimiento: <1,00gr.

Los rangos de peso del recién nacido, son de suma importancia porque demuestran el riesgo de morbimortalidad (117,118,119).

Los recién nacidos con bajo peso, en la vida adulta pueden presentar el riesgo de sufrir de enfermedades psiquiátricas y cardiovasculares, debido

a la desregulación de los niveles placentarios de 11-HSD (11-hidroxiesteroide deshidrogenasa) (120).

Ciertamente el estado nutricional de la madre al inicio del embarazo puede influir en el peso del recién nacido, y se han reportado estadísticas significativas cuando se relaciona el bajo peso materno al inicio y durante la gestación con el BPN (50)

A qué se debe, que menos de la mitad presentaron complicaciones perinatales como el Sufrimiento fetal agudo, RN pretérmino, peso menor de 2500 gr. Esto podría darse como una complicación durante el embarazo, trabajo de parto o en el proceso del parto y el bienestar fetal no es satisfactorio, por la cual el feto no está recibiendo suficiente oxígeno y nutrientes que podrían ocasionar daños cerebrales permanentes e incluso la muerte; quizá la causa podría ser la falta de madurez del desarrollo anatómico, fisiológico y psicológico de las adolescentes, la falta de cuidado en el embarazo o debido a un parto activo prolongado donde no se ha encontrado la dilatación completa.

El RN Pretérmino es considerado como la principal causa de morbimortalidad neonatal, así como de alteraciones neurológicas, sin embargo, se atribuye que cuanto más joven sea la madre la probabilidad

de mortalidad materna como neonatal se incrementa y si esta es de bajo peso el riesgo de mortalidad aumenta. Sin embargo, se atribuye el bajo peso al estado nutricional de la madre al inicio del embarazo y durante la gestación. El SFA, se podría atribuir a las infecciones presentes en el embarazo como son las infecciones urinarias en este grupo de adolescentes de edad tardía que durante su embarazo sobre todo en los primeros meses ha sido perturbador para el desarrollo del feto y de sus anexos: cordón umbilical y placenta, u otras como trastornos en líquido amniótico.

En la Tabla 5, se observa, la asociación entre los Factores de riesgo y las Complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes en el HHUT. **Existiendo asociación entre los Factores de riesgo y las complicaciones maternas:** en edad con la Eclampsia con un p valor de 0,029. Existiendo asociación entre el grado de instrucción y la Amenaza de aborto OR: 0,078 IC (0,013 – 0,467), con un p valor de 0,000. Existe asociación entre el grado de instrucción la Hiperémesis gravídica leve OR 0,126 IC (0,012 – 1,290) $p < 0,039$. Existe asociación entre la Ocupación y la RPM con un p valor de 0,032. Existe asociación entre la residencia y la RPM: OR 0,052 IC (0,005 - 0,593) y un p valor de 0,001.

Así mismo, **existe asociación entre los Factores de riesgo y las**

complicaciones perinatales entre la edad de la adolescente y SDR con un p valor de 0,029. Así mismo existe asociación entre el estado civil y RCIU con un p valor de 0,045.

No existe asociación entre Factor de riesgo edad con las complicaciones maternas con la Amenaza de aborto, Aborto, APP, Hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), placenta previa, RPM, DCP, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre Factor de riesgo grado de instrucción con las complicaciones maternas con el Aborto, APP, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), placenta previa, RPM, DCP, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre Factor de riesgo ocupación con las complicaciones maternas en Amenaza de aborto, Aborto, APP, Hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), Eclampsia, placenta previa, DCP, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre Factor de riesgo estado civil con la Amenaza de aborto, Aborto, APP, Hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), Eclampsia, placenta previa, DCP, RPM, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre Factor de riesgo residencia con la Amenaza de aborto, Aborto, APP, Hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, Hipertensión gestacional, Pre eclampsia (leve, moderada, severa, no específica), Eclampsia, placenta previa, DCP, Cesárea, endometritis puerperal y embarazo prolongado.

No existe asociación entre Factor de riesgo y las complicaciones perinatales con la edad del adolescente y la edad gestacional del RN, peso del RN, Apgar al minuto, Apgar a los cinco minutos, Ictericia neonatal, infección neonatal, asfixia, RCIU, SFA, muerte intrauterina, muerte 1era semana, muertos después 1era semana.

No existe asociación entre Factor de riesgo grado de instrucción, ocupación, con las complicaciones perinatales con la edad gestacional del RN, peso del RN, Apgar al minuto, Apgar a los cinco minutos, Ictericia neonatal, infección neonatal, asfixia, RCIU, SFA, muerte intrauterina,

muerte 1era semana, muertos después 1era semana.

No existe asociación entre Factor de riesgo estado civil con las complicaciones perinatales con la edad gestacional del RN, peso del RN, Apgar al minuto, Apgar a los cinco minutos, Ictericia neonatal, infección neonatal, asfixia, SFA, muerte intrauterina, muerte 1era semana, muertos después 1era semana.

Se asemejan al estudio de Urviola, R. (21), donde el 56% de las adolescentes presentaron complicaciones en el embarazo ($p < 0.05$, $OR > 1$), preclampsia. Y El 52% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales ($p < 0.05$, $OR > 1$), entre ellas RNBPN y en Prematuridad.

Se asemejan al estudio de Chambe, F. (22), donde la complicación perinatal fue el síndrome de distrés respiratorio en el recién nacido.

Se asemejan al estudio de Arévalo, F; Torres, Y. (27), donde las adolescentes presentan como complicaciones maternas la Eclampsia (0,5%).

Se asemejan al estudio de Flores, M. (29), donde concluye que, existe relación significativa entre la pre eclampsia en adolescentes y las complicaciones perinatales

Se asemejan al estudio de Mamani, G. (34), donde los factores fetales asociados a las gestantes adolescente fue la restricción de crecimiento intrauterino ($p=0,001$).

Difieren del estudio de Izaguirre et al, (25), Las adolescentes procedentes del área rural tienen dos veces más riesgo de presentar una complicación durante el embarazo que las del área urbana ($\chi^2=9,2$; $p<0,01$, OR=2,1).

Y Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) establece como factor de riesgo cuando la madre tiene menos de 20 años (44).

Según Langer, refiere que a mayor escolaridad, mejor ingreso económico y por ello, hay menor porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, lo cual concuerda con lo encontrado por otros autores (52).

Las amas de casa presentan un exceso de riesgo tanto para el bajo peso al nacer como para el parto pretérmino. Este hecho ya ha sido puesto de

manifiesto por diferentes autores (143)· (144) (145)·

Molina et al, refiere que en la Hiperémesis gravídica, existen factores que facilitan el trastorno, como lentitud del vaciamiento gástrico o relajación del cardias y del hiato diafragmático (74).

El síndrome de dificultad respiratoria o síndrome de distrés respiratorio es un trastorno respiratorio de los recién nacidos prematuros en el cual los sacos de aire (alvéolos) de sus pulmones no permanecen abiertos por la falta o la producción insuficiente de la sustancia que los recubre (surfactante).

Múltiples factores, unos de origen materno, otros de origen placentario y otros intrínsecos al propio feto pueden condicionar un retraso de crecimiento intrauterino. (135,136,137).

La última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2018) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (**INEI**), indican que las adolescentes que viven en áreas rurales, solo tienen educación primaria y se encuentran en situación de extrema pobreza y son las que presentan mayor riesgo de quedar embarazadas (146).

A qué se debe, que la adolescente de edad temprana se asocia a eclampsia, quizás se deba a que ocurre generalmente en mujeres nulíparas de edad extrema en la vida fértil, que vienen precedidas de hipertensión arterial, proteinuria y edemas generalizados, que progresan fácilmente a fase convulsiva conocida como eclampsia. La gestante adolescente de edad tardía, cuentan con instrucción superior no universitario, presentando asociación con la amenaza de aborto, podría ser debido al desconocimiento de los cuidados que se deben tener durante el embarazo, además de no aceptar el de estar embarazadas, llevando en silencio o al disimulo su embarazo no deseado. Y la hiperémesis gravídica es inevitable, en este grupo de adolescentes debido a que biológicamente y psicológicamente no se encuentran preparadas para una maternidad, y muchas no encuentran ayuda en sus padres, y la pareja no es responsable con la criatura. Y más de la mitad son amas de casa, y ello implica tener una carga de trabajo doméstico que implica un importante esfuerzo físico, a lo largo de todo el día, que pudiera contribuir al mayor riesgo de parto pretérmino en las amas de casa. El presentar Rotura Prematura de membranas, en este grupo de adolescentes de edad tardío, quizás se deba a las posibles infecciones presentes en el embarazo que traen como consecuencia la rotura prematura de membranas, aumentando así la morbimortalidad materna como perinatal. Complicaciones fetales como el síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular y complicaciones maternas

como corioamniotitis. Y las adolescentes que se encuentran en áreas urbanas que presentan RPM, quizás se deba a la falta de cuidado durante el periodo gestacional, no siguiendo las recomendaciones del personal sanitario y exponiéndose a conductas y comportamientos de riesgo que afectan el bienestar materno fetal.

CONCLUSIONES

- Factores de riesgo: biológicos según la edad son adolescentes de edad tardía (82,62%). Factor cultural: la mayoría son adolescentes con estudios superior no universitario (92,59%), son amas de casa (60,40%), son convivientes (64,96%) y residen en el área urbana (90,03%).
- Características maternas de la gestante: no han tenido antecedente de aborto (88,32%), son nuligestas (88,60%), han tenido más de 6 controles (62,11%), término de la edad gestacional de 37 a 41 semanas (92,31%) y tipo de parto fue por Cesárea (50,14%).
- Complicaciones maternas de la gestante adolescente: ITU (51,85%), Cesárea (50,14%), DCP (12,54%), Aborto (11,97%), APP (9,97%), Anemia (9,12%), Amenaza de aborto (1,71%), DPP (1,71%), Hiperémesis gravídica (1,14%), Pre eclampsia leve (1,14%), RPM (0,85%) y eclampsia, endometritis puerperal, embarazo prolongado (0,28%) cada uno respectivamente. El grupo control no presentó complicaciones maternas.
- Complicaciones perinatales del recién nacido fueron: SFA (10,83%), Pre término (7,12%), peso menor de 2500 gr (4,84%), Apgar al

minuto menor de 7 (3,70%) y Apgar a los cinco minutos menor a 7 (0,85%); infección neonatal (1,14%), RCIU y asfixia (0,57%) cada uno, SDR y muerte después de 1era semana (0,28%) cada uno. En comparación del grupo control que no presentó complicaciones perinatales.

- Existe asociación entre los Factores de riesgo y las complicaciones maternas: la edad con la Eclampsia ($p < 0,029$). El grado de instrucción y la Amenaza de aborto OR: 0,078 IC (0,013 – 0,467), $p < 0,000$. No existe asociación entre el grado de instrucción y la Hiperémesis gravídica leve OR 0,126 IC (0,012 – 1,290) $p < 0,039$. Existe asociación entre la Ocupación y la RPM con un p valor de 0,032. Existe asociación entre la residencia y la RPM: OR 0,052 IC (0,005 - 0,593), $p < 0,001$.
- Existe asociación entre los Factores de riesgo y las complicaciones perinatales: la edad de la adolescente y SDR con $p < 0,029$. Así mismo existe asociación entre el estado civil y RCIU con $p < 0,045$.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere al servicio de gineco-obstetricia valorar las características maternas de la gestante adolescente en cuanto a su edad y grado de instrucción, para lograr una buena comunicación e información en las gestantes adolescente.
- Se sugiere durante los controles prenatales, se implemente el triaje diferenciado para la atención a las gestantes adolescentes y realizar su vigilancia y seguimiento respectivo con la finalidad de prevenir complicaciones maternas y perinatales.
- Se sugiere al servicio de gineco-obstetricia brindar estrategias educativas en cuanto a los cuidados de la gestante adolescentes: sobre los signos de alarma, orientación nutricional sobre alimentos ricos en hierro, autocuidado de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jijón A, Sacoto M. Alto riesgo obstétrico. Ecuaoffset. 2006; 83 - 93: p. 29 - 32.
2. INEI. El 13,4 % de adolescentes en Perú quedó embarazada durante el 2017. Andina. 2018 Junio.
3. Manrique R RAOMRMCRGH. Parto Pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008; 68: p. 144-9.
4. Soto E. Atención Integral del Embarazo con Criterio de Riesgo. 1st ed. Colombia: La Cívica Impresores LTDA; 2007.
5. León P MMBRBF. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. 2008;: p. 42-51.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia Suiza: Avenue Appia ; 2017.
7. OMS. El embarazo en la adolescencia. 2020 Jan 31..
8. Furzán J, Yuburí A, Eizaga S, García-Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gaceta Médica. 2010; 118(2): p. 119-126.
9. Social MdlyD. Plan multisectorial de lucha contra la Anemia. [Online]. 2018..
10. Wayka.pe. Adolescentes en riesgo. 2019 Sep 31..
11. Conde-Agudelo A BJLC. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004; 192: p. 342–349.
12. Patton GC CCSSVRHDBKVTFJMC. Global patterns of mortality in young

- people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009; 374(881–892.).
13. L T. Cómo lograr una maternidad segura en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2015; 47(1): p. 12-5.
 14. Mungia-Mercado T, Chávez-Ortiz M, Ávila-López N, Carrillo-Valles G, Ramos-Madera S, Herrera-Reynoso F, et al. Complicaciones perinatales de neonatos hijos de madres adolescentes y añosas en un hospital de Guadalajara en México año 2015. *Rev. Médica MD*. 2018; 9(3): p. 214-219.
 15. Velasteguí J, Hernández M, Real J, Roby A, Alvarado H, Haro A. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2018; 34(1): p. 37-44.
 16. Vega G, De Icaza T, Becerril A, Ávila J. Resultados Perinatales De Hijos De Madres Adolescentes, Comparados Con Hijos De Madres No Adolescentes En Un Hospital De Segundo Nivel En México. *European Scientific Journal*. 2016 Julio; 12(21): p. 25-34.
 17. Carrera S, Yllescas E, Cordero G, Romero S, Chowath L. Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Perinatol Reprod Hum*. 2015; 29(2): p. 49-53.
 18. Barrera J, Higareda M, Barajas T, Villalvazo M, González C. Comparación del perfil clínico perinatal de recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes. *Gaceta Médica de México*. 2014; 150(1).

19. Valdez Y. Repercusiones maternas y perinatales del embarazo en Adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018. Título de especialista en Emergencias y Alto riesgo obstétrico. Huancavelica: Universidad de Huancavelica; 2018.
20. Fernández I. Gestante adolescente: complicaciones obstétricas y perinatales en el hospital de apoyo Santa Rosa de Piura periodo enero – junio 2018. Título Profesional de Médico Cirujano. Piura: Universidad César Vallejo; 2018.
21. Urviola R. Adolescencia como factor de riesgo en complicaciones maternas y perinatales. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2018.
22. Chambi F. Factores asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescente atendidas en el Hopsital Carlos Monge Medrano en Juliaca en el periodo de Junio a diciembre 2018. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2019.
23. Chávez L. Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-2018. Título de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma; 2018.
24. Egusquiza L. Complicaciones obstétricas en adolescentes Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Cercado de Lima 2017. Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017.
25. Izaguirre-González A, Aguilar-Reyes V, Ramírez-Izcoa A, Valladares-Rivera

- G, Rivera-Mejía W, Valladares-Rivera E, et al. Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles. Archivosde medicina. 2016; 12(4): p. 6.
26. Montalván H. Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del Hospital Sergio Bernaldes enero –diciembre 2016. Título profesional de médico cirujano. Lima : Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
 27. Arévalo F, Torres Y. Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016. Título profesional de Obstetra. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín.
 28. Tocto M. Complicaciones perinatales y vías de parto en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital de Contingencia Minsa II-2 Tarapoto durante el periodo julio noviembre 2015. Título de médico cirujano. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2017.
 29. Flores M. Preeclampsia en adolescentes y su relación con las complicaciones perinatales, Hospital San Juan de Lurigancho, 2017. Lima – Perú. Título Profesional de Licenciado en Obstetricia. Universidad Mayor de san Marcos; 2017.
 30. Chayña C, Orcco F. Complicaciones materno-perinatalesdel embarazo enmadres adolescentes atendidas en el HospitalCarlos Monge Medrano junio-agosto 2017. Título profesional de obstetra. Juliaca : Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2017.

31. Quispe H. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y su influencia en la mortalidad perinatal en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, Perú 2015. Revista científica investigación andina. 2017; 17(1): p. 90-97.
32. Francisco D. Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, octubre-diciembre 2014. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos.; 2015.
33. Málaga A. Características y complicaciones perinatales de neonatos de gestantes adolescentes con preeclampsia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2014. Título Profesional de Médico Cirujano. Lima ;; 2015.
34. Mamani G. Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima-2017. Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
35. Calizaya K. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes con control y sin control prenatal atendidas en el Hospital María Auxiliadora, San Juan de Miraflores, Lima, 2016. Título profesional de Licenciada en Obstetricia. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017.
36. Garcia M. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016.

37. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos ed. Távara O L , editor. Lima: Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obstétricay Ginecología (FLASOG); 2010.
38. UNICEF Honduras. La Infancia en Honduras, Análisis de Situación 2010 Tegucigalpa; 2010.
39. Guttmacher Institute. Maternidad Temprana en Honduras: un desafío constante. 2006;(4): p. 1-12.
40. Cisneros A. Embarazo adolescente en el triángulo norte Guatemala, Honduras y El Salvador: IIES-Universidad de San Carlos; 2014.
41. Valdés D, Essien J, Bardales M, Saavedra M, Bardales M. Embarazo en la adolescencia. incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet y Ginecol. 2002;(28): p. 84-88.
42. Huanco A, Ticona R, Ticona V. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;(77): p. 122-128.
43. Escoto E. Características socioeconómicas y demográficas del embarazo adolescente en Honduras, periodo 2005-2006–2011- 2012. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Sociales; 2016.
44. Mariño M, Avalos G, Baró J. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet. Rev. Cubana

- Med Gen Integr. 2011;(27): p. 446-454.
45. Vallejo B. Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista médica de Costa Rica y Centro america. 2013; 70(605): p. 65-69.
 46. Álvarez R. El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica. Primera ed. Madrid: Díaz de Santos, S.A.; 1996.
 47. Lalonde M. Nuevas Perspectiva de la Salud de los Canadienses; 2011.
 48. MINSA. Normativa 011. Normas y Protocolos para La Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo..
 49. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. [Online].; 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es>.
 50. Souto da Silva S. Nacimiento de recién nacidos de bajo peso en institución filantrópica terciaria del Municipio de Piracicaba. Revista electronica trimestral de enfermería. 2011 Julio 23.
 51. Carabaloso M. Bajo peso al nacer y tabaquismo. Cubana Salud Pública. 1999 Junio; 64(9): p. 25.
 52. Langer P. Perinatal mortality in the Instituto Nacional de Perinatología. Bol Med Hosp Infant Mex. 1983 Noviembre; 40(11): p. 618-23.
 53. Wikipedia. Ocupación. [Online].; 2009. Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Religion>.
 54. Althabe F, Carroli G, Lede R. El parto pretérmino: detección del riesgo y tratamientos preventivos. Rev Panam Salud Pública. 1999 Junio; 5(1): p. 373 -85.

55. Doblado N, De la Rosa I, Junco A. Aborto en la adolescencia, un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36(3).
56. Leal C, Matienzo B, Vielman N, Villa L. Factores De Riesgo De Morbilidad Materna Extrema. Título de médico. Guatemala : Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
57. Vintzileos C, Ananth J, Smulian W, Scorza R, Knuppel R. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high risk conditions. AJOG. 2002; 186(5): p. 1011-1016.
58. Maternal and Child Health Bureau (HRSA). Prenatal services. [Online].; s.f.. Available from: www.mchb.hrsa.gov.
59. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [Online].; 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>.
60. OMS. Embarzo en la adolescencia. 2017..
61. Fernandes de Azevedo W DMdFEdALEC. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Einstein. 2015; 13(4): p. 618-26..
62. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. [Online].; 2002.
63. Resnick M. Developmental intervention for low birth weight infants: improved early developmental outcome. Pediatrics. 1987;(80): p. 68-74.

64. Ministerio de Salud (MINSA). Boletín estadístico de Nacimientos Perú: 2015. [Online].; 2016. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf.
65. Yanque R. Reseña Histórica: la operación cesárea en el Perú. *Ginecol Obstet Perú*. 1991; 37(77): p. 11.
66. Sardiñas R. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. *Ginecol Obstet*. 2009;(73): p. 155-159.
67. Pacheco R. *Ginecología-obstetricia y Reproducción*. Segunda ed. Lima; 2007.
68. Doblado N, Il B, Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012 Julio - Setiembre; 36(3).
69. M R. Factores de Riesgo para Aborto Adolescente. *MEDICIAN UPB*. 2008 Enero - Junio; I(27).
70. Orbegoso A. Factores asociados a amenaza de aborto en el hospital de especialidades básicas La Noria. Tesis de Pre grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
71. Pacora-Portella P. Aborto terapéutico: ¿realmente existe? *Acta Médica Peruana*. 2014.
72. Ohoa A. Amenaza de Parto Pretérmino - Rotura Prematura de Membranas - Corioamnioititis. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32(1): p. 105-119.
73. De Haro K, Toledo K, Fonseca Y, Arenas D, Leonher K. Hiperémesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. *Nutrición hospitalaria*. 2015; 31(2): p. 988-991.

74. Molina S VDBJAJVGea. Manejo de las náuseas y vómitos en el embarazo. FECOPEN. 2016 Abr–Jun; 38.2(113): p. 168 -169.
75. Medical M. Nursing and Allied Health Dictionary Missouri: Océano.
76. Cooper L, Leland N, Alexander G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. Soc Biol. 1995; 42(1-2): p. 22-35.
77. Rivas-Perdomo E ÁRMG. valoración nutricional en un grupo de adolescentesmembarazadas en Cartagena, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 56: p. 281 -7.
78. De Vienne C CCDM. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009; 147: p. 151 - 6.
79. Gadw E, Fiorillo A. Obstetricia en Esquema. Sexta ed. Lodormilk , editor. Buenos Aires: El ateneo; 2004.
80. Howes S, Henry M. Urinary Tract Infection, Female. Emedicine. 2005.
81. Stamm E, Hooton M. Management of urinary tract infections in adults. Engl J Med. 2000; 61(3): p. 713-721.
82. Rushton G. Urinary tract infections in children: epidemiology, evaluation and management. Pediatr Clin North Am. 1997;(44): p. 1133-1169.
83. Panaretto K, Craig J, Knight J. Risk factors for recurrent urinary tract infection in preschool children. J Paediatr Child Health. 1999;(35): p. 454-459.
84. Maki G, Tambyah A. Engineering out the risk for infection with urinary catheters. Emerg Infect Dis. 2001; 7(2): p. 342-347.
85. Delzell E, Lefevre L. Urinary tract infections during pregnancy. Am Fam

- Physician. 2000; 61(3): p. 713-721.
86. Kennedy E. Pregnancy, Urinary Tract Infections. Emedicine. 2005.
 87. Álvarez G, Echeverría J, Garau A, Lens V. Infección Urinaria y embarazo. Diagnóstico y Terapéutica. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006 Marzo ;(155).
 88. Denzell J, Lefevre M. Therapeutics: Urinary Tract Infections during Pregnancy. American Family Physician. 2000; 61(3).
 89. Bass P, Jarvis J, Mitchell C. Urinary Tract Infections. Primary Care Clinical Office Practice. Divisions of General Internal Medicine and Pediatrics. 2003;(30): p. 41-61.
 90. Gilstrap L, Ramin S. Complications of Pregnancy: Urinary Tract Infections during Pregnancy. Obstetrics and Gynecology Clinics. 2001 September ; 28(3).
 91. Álvarez G, Echeverría J, Garau A, Lens V. Infección Urinaria y embarazo. Diagnóstico y Terapéutica. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2006 Marzo ;(155).
 92. McLaughlin S, Culley C. Urinary Tract Infections in Women. The Medical Clinics of North America. 2004; 88: p. 417-429.
 93. Magnet A, Beltrán D, Crespo A. Infecciones Urinarias en el Embarazo: Diagnóstico y Tratamiento. Clínicas urológicas de la Complutense. 1997; 5: p. 203-208.
 94. Magee L, Sadelghi S, Dadelszen P. Prevention and treatment of postpartum hypertension. 2013. Cochrane database of systematic.

95. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy..
96. O'Down M, Philipp E. The History of Obstetrics and Gynaecology. Eclampsia. Parthenon Publishing Group. 1994; 1.
97. Chesley L. History and Epidemiology of Preeclampsia-Eclampsia. Clin Obstet Gynecol. 1984; 27(4): p. 801-20.
98. Chesley L. A Short History of Eclampsia. Obstet Gynecol. 1943; 74: p. 599.
99. Mattar F, Sibai B. Eclampsia. VIII. Risk factors for maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 2000; 182(2): p. 307 -12.
100. World Health Organization. Collaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. Geographic variation in the incidence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1988; 158: p. 80-3.
101. López-Lleras M. Main clinical types and subtypes of eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 1992; 166: p. 4 -9.
102. RB. C. Obstetricia de alto riesgo Cali: Editorial Catorce; 2000.
103. Monterrosa A. Eclampsia en el Hospital de Maternidad Rafael Calvo. Rev Colomb Obstet Ginecol. 1989; 40(3):235-44.
104. Chesley L. Recognition of the long-term sequel of eclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2000; 182: p. 249 -50.
105. Massive BJ(. Obstetric hemorrhage. 2011. Wisconsin: Baillieres Best.
106. Bruce. CM. Embriología humana y biología del desarrollo. 4th ed. Chile: Elsevier Mosby; 2015.

107. Pernoll B. Diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. Novena ed. Illinois: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
108. Ochoa A. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas.: Corioamnionitis; 2009.
109. V S. Embarazo y adolescencia resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005; 84(31): p. 2-10.
110. López , Ordoñez. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad; 2006.
111. Frenk J. Cesárea Segura. 2002; 24(1): p. 15-18.
112. Moldenhauer J. Children's Hospital of Philadelphia Last full review June; 2018.
113. Alvarez V, Lugo A, Muñiz M. Comportamiento del embarazo prolongado en el servicio de cuidados perinatales. Rev. Cubana Obstet y Ginecol. 2004; 30(2): p. 1- 4.
114. Martin J, Hamilton B, Osterman M, Discroll A, Mathews T. Births: Final Data for 2015. Natl Vital Stat Rep. 2017; 66(1): p. 1–69.
115. ACOG. Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Management of Postterm Pregnancy. 2004 Septiembre;(104): p. 639-646.
116. F. D. Seguimiento neurológico en el recién nacido de muy bajo peso. 2000..
117. Meneghello. Pediatría. Quinta ed. Buenos Aires: Medica Panamericana S.A. ; 1997.

118. Nelson. Tratado de Pediatría. 15th ed. Madrid: McGRAW-HILL – Interamericana ; 1998.
119. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Tecnologías Perinatales. CLAP-OPS/OMS. 1992 Marzo;(1255).
120. Dy J, Guan H, Sampath-Kumar R, Richardson B, Yang K. Placental 11 beta-hydroxysteroid dehydrogenase type 2 is reduced in pregnancies complicated with idiopathic intrauterine growth Restriction: evidence that this is associated with an attenuated ratio of cortisone to cortisol in the umbilical artery. Placenta. 2008;(29): p. 193-200.
121. Academia Americana de Pediatría. Puntuación de Apgar. Ed en Español. 2015; 136(4).
122. Hubner M. Asfixia perinatal. Servicio neonatología hospital clínico universidad de chile. 2001;(9): p. 64-69.
123. Academia Americana de Pediatría. Puntuación de Apgar. Ed en Español. 2015. 2015; 136(4).
124. Rodríguez J, Figueras J. Ictericia neonatal. 2008..
125. Berhrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson Tratado de Pediatría. 19th ed.: Elsevier; 2013.
126. Kingsley L, Vishnu V. Current challenges and future perspectives in neonatal sepsis. Pediatric Infectious Disease. 2015; 7(2): p. 41-6.
127. Camacho A, Spearman P, Stoll B. Neonatal Infectious Diseases: Evaluation of Neonatal Sepsis. Pediatric Clinics of North America. 2013; 60(2): p. 367-89.

128. Domínguez F. Guías de prácticas clínicas en neonatología La Habana: Ciencias Médicas; 1999.
129. Barranco F, Blasco J, Mérida A, Muñoz A, Jareño A, Cozar J. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos Andalucía: Alhulia; 2000.
130. Dueñas E, Mesa L, Domínguez F, Moreno O. Pediatría La Habana: Pueblo y Educación; 2000.
131. Cansino A. Asfixia perinatal. Rev Méd MD. 2009.
132. Hernández N, Landrove I, Matos A. Evaluación neurológica en recién nacidos con asfixia al nacer. CCM. 2014; 18(3).
133. Harding E, Johnston M. Nutrition and fetal growth. ReprodFertil Dev. 1995;(7): p. 539-47.
134. Reik W, Constancia M, Fowden A. Regulation of supliand demand for maternal nutrients in mammals by imprintedgenes. J Physiol. 2003;(547): p. 35-44.
135. Argente J, Carrascosa A, Gracia R, Rodríguez-Hierro F. Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia. Segunda ed. Barcelona: Doyma; 2000.
136. Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición fetal: retraso de crecimiento intrauterino. Segunda ed. Madrid: Ergón; 2001.
137. Job C. Retraso del crecimiento e hipocrecimientos de comienzoprenatal. Segunda ed. Barcelona: Doyma; 2000.
138. López E. Aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Para optar el Título de Médico

- Cirujano. Arequipa: Universidad nacional de San Agustín; 2014.
139. Gant. F LJW. Obstetricia. 21st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
 140. Vicente D, Perales A, Cohen M, Perales A. Muerte Fetal Tardía; s.f.
 141. Estadísticas e Información en Salud de Chile (DEIS). Mortalidad Infantil y sus componentes, por región y comuna de residencia de la madre. Chile, 2012. [Online].; 2012. Available from: <http://www.deis.cl/defunciones-y-mortalidad-general.y-por-grupos-de-edad/> .
 142. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva N° 333 Reducción de la mortalidad de recién nacidos. [Online].; 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>.
 143. Murphy J.F DMNR. Employment in pregnancy: prevalence, maternal characteristics, perinatal. Lancet.. 1984; 26: p. 1163-6.
 144. Poerksen A PD. Employment and low birth weight in black women. Soc Sci Med. 1991; 33: p. 1281-6.
 145. Rodríguez C REGFJL. Low birth weight in Spain associated with sociodemographic factors. J. Epidemiol Community Health. 1995; 49: p. 38-42.
 146. INEI. Embarazo adolescente en zonas rurales. 2018.

ANEXOS

Anexo N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor: Quispe, Y.

HISTORIA CLÍNICA DE LA GESTANTE ADOLESCENTE:.....

FACTORES DE RIESGO:

Edad: De 10 a 13 () De 14 a 16 () De 17 a 19 ()

Grado de instrucción:

Analfabeta () Primaria Incompleta () Primaria completa () Secundaria Incompleta ()
Secundaria Completa () Superior ()

Ocupación:

Ama de casa () Comerciante () Estudiante () Otros ()

Estado civil:

Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada ()

Residencia:

Urbana () Rural ()

CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LA ADOLESCENTE GESTANTE

Antecedente de aborto: Si () No ()

N° de gestaciones: Si () No ()

CPN: Ninguno () Menos de 6 controles () Más de 6 controles ()

Edad gestacional: < 37 semanas () De 37 a 41 semanas () De 42 sem a más ()

Tipo de parto: Vaginal () Cesárea ()

COMPLICACIONES MATERNAS

Amenaza de aborto: Si () No ()

Aborto: Si () No ()

Amenaza de Parto prematuro: Si () No ()

Hiperémesis gravídica: Si () No ()

Anemia: Si () No ()

DPP: Si () No ()

ITU: Si () No ()

Hipertensión gestacional: Si () No ()

Pre eclampsia: Si () No ()

Eclampsia: Si () No ()

Placenta previa: Si () No ()
Amenaza de parto prematuro: Si () No ()
Rotura prematura de membranas: Si () No ()
DGP: Si () No ()
Césarea: Si () No ()
Endometritis puerperal: Si () No ()
Embarazo prolongado: Si () No ()

COMPLICACIONES PERINATALES:

RN Prétermino: < 37 semanas ()
RN Pos término: 42 a más.
Peso del RN: Menos de 2500 () De 2501 a 3999 () Más de 3999 ()
Apgar al minuto: 0 a 3 () 4 a 6 () 7 a 10 ()
Apgar a los cinco minutos: 0 a 3 () 4 a 6 () 7 a 10 ()
Ictericia neonatal: Si () No ()
Infección neonatal: Si () No ()
Síndrome de dificultad: Si () No ()
Asfixia: Si () No ()
RCIU: Si () No ()
SFA: Si () No ()
Muerte intrauterina: Si () No ()
Muerte a la 1era sem Si () No ()
Muerte después de la 1era sem Si () No ()

Anexo N° 2

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado juez experto: a continuación, le presento el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES MATERNO - PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2019.

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado	X				
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación	X				
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos	X				
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada	X				
5. La escala utilizada es la correcta	X				
6. Los puntajes de calificación están acordes	X				
7. Los ítems planteados representan al tema	X				
8. Los reactivos siguen un orden lógico	X				
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado	X				
10. Se deben considerar otros ítems	X				
11. Los reactivos miden realmente la variable	X				
12. Los ítems están redactados claramente	X				
13. Metodológicamente el instrumento es coherente	X				

14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables	X				
15. En opinión generalizada el instrumento es válido	X				

Observaciones: Ninguna.....

DATOS JUEZ EXPERTO:

Nombres y apellidos: Bernabé Fora Chura
 Cargo: Médico Ginecólogo
 Teléfono: 952649802
 Fecha: 13-04-20

B. Fora
 Bernabé Fora Chura
 CMP: 57493 RNE: 28163 RNE: 36312
 Ginecología y Obstetricia
 Médico Cirujano
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado juez experto: a continuación, le presento el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES MATERNO - PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2019.

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado		X			
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación		X			
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos		X			
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada				X	
5. La escala utilizada es la correcta		X			
6. Los puntajes de calificación están acordes		X			
7. Los ítems planteados representan al tema		X			
8. Los reactivos siguen un orden lógico				X	
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado				X	
10. Se deben considerar otros ítems		X			
11. Los reactivos miden realmente la variable			X		
12. Los ítems están redactados claramente				X	
13. Metodológicamente el instrumento es coherente		X			


14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables			X		
15. En opinión generalizada el instrumento es válido	X				

Observaciones:.....

Plancheta.....
 Se debe reducir peso/El b de peso.....
 Cambiar de relación fotográfica.....
 Eliminar SFA.....

DATOS JUEZ EXPERTO:

Nombres y apellidos: Jhon L. Pacori Achata
 Cargo: Médico Pediatra
 Teléfono: 990254848
 Fecha: 13/04/20



 JHON L. PACORI ACHATA
 Médico Asistente de Pediatría
 Hospital Hipólito Unzué de Apurímac
 CMP. 54425
FRMA DEL JUEZ EXPERTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado juez experto: a continuación, le presento el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES MATERNO - PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2019.

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.

ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado		X			
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación		X			
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos			X		
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada		X			
5. La escala utilizada es la correcta		X			
6. Los puntajes de calificación están acordes		X			
7. Los ítems planteados representan al tema		X			
8. Los reactivos siguen un orden lógico			X		
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado		X			
10. Se deben considerar otros ítems		X			
11. Los reactivos miden realmente la variable		X			
12. Los ítems están redactados claramente		X			
13. Metodológicamente el instrumento es coherente		X			

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado juez experto a continuación le presentamos el formato cuyo objetivo es obtener su opinión en relación al instrumento de investigación del trabajo titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES MATERNO - PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2019

Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN					
4 = DE ACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.					
3 = INDECISO CON LA PROPOSICIÓN.					
2 = EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.					
1= TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA PROPOSICIÓN.					
ASPECTOS A CONSIDERAR	5	4	3	2	1
1. El Tipo de Estudio es adecuado					
2. El Diseño es coherente con los objetivos de la investigación					
3. El instrumento persigue los fines de los objetivos					
4. La división de la variable en sus dimensiones es adecuada					
5. La escala utilizada es la correcta					
6. Los puntajes de calificación están acordes					
7. Los ítems planteados representan al tema					
8. Los reactivos siguen un orden lógico					
9. El número de ítems que cubren cada dimensión, es el adecuado					
10. Se deben considerar otros ítems					
11. Los reactivos miden realmente la variable					
12. Los ítems están redactados claramente					
13. Metodológicamente el instrumento es coherente					
14. Los aspectos de forma y redacción son aceptables					
15. En opinión generalizada el instrumento es valido					

Procedimiento:

Primero: se construye una tabla de doble entrada, como la que se muestra a continuación; y se colocan los puntajes para cada ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios.

	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Promedio
1	5	4	4	4.33
2	5	4	4	4.33
3	5	4	3	4
4	5	2	4	3.67
5	5	4	4	4.33
6	5	4	4	4.33
7	5	4	4	4.33
8	5	2	3	3.33
9	5	2	4	3.67
10	5	4	4	4.33
11	5	3	4	4
12	5	2	4	3.67
13	5	4	4	4.33
14	5	3	4	4
15	5	4	4	4.33

Segundo: con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

Donde: $DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_{15})^2}$

X= Valor máximo en la escala concebido para cada ítem.

Y= Valor promedio por cada ítem

En este estudio la DPP hallada fue de: **3.8**

Tercero: determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.

$$\text{Dónde: } D_{\max} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 + 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

X= valor máximo en escala para cada ítem (es decir 5)

Y= valor mínimo de escala para cada ítem (es decir 1)

La Dmax hallada fue de **15.49**

Cuarto: la Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de $15.49/5 = 3.1$

Quinto: Con este último valor hallado, se construye una nueva valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

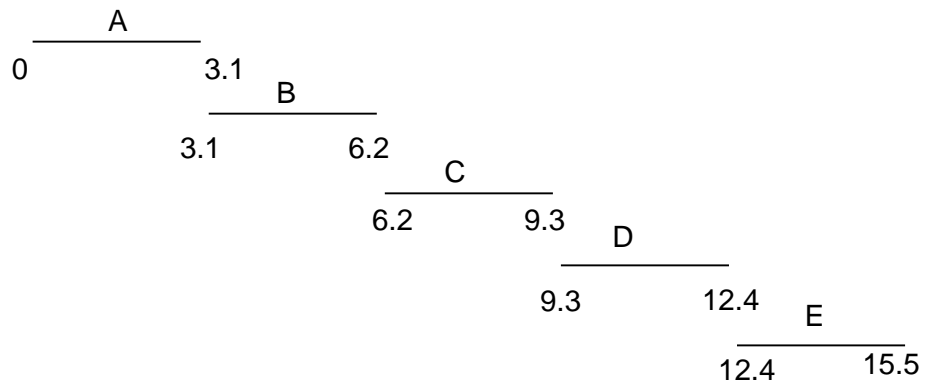
A = Adecuación total

B = Adecuación en gran medida

C = Adecuación promedio

D = Escasa adecuación

E = Inadecuación



Escala	Valoración	Valoración de Expertos
0 - 3.1	A = Adecuación total	
3.1 - 6.2	B = Adecuación en gran medida	DPP = 3.8
6.2 - 9.3	C = Adecuación promedio	
9.3 - 12.4	D = Escasa adecuación	
12.4 - 15.5	E = Inadecuación	

Sexto: El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario la encuesta requiere reestructuración o modificación, luego de las cuales se someterá nuevamente a juicios de expertos. El valor hallado del DPP fue de **3.8** cayendo en la zona B, lo que significa adecuación en gran medida del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

Anexo N° 3
Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las complicaciones maternas - perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo enero - diciembre 2019?	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones materno perinatales en gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero - diciembre 2019 <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores de riesgos: biológicos y culturales de la gestante adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero a diciembre 2019. • Describir las características maternas u obstétricas de la gestante adolescente: antecedente de aborto, número de gestaciones previas, control prenatal, edad gestacional, tipo de parto de la gestante 	<p>Hipótesis general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha: Los factores de riesgo se asocian a complicaciones materno perinatales en gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero - diciembre 2019. <p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha: Los Factores de riesgo se asocian a las complicaciones maternas en la gestante adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero a diciembre 2019. • Ha: Los Factores de riesgo se asocia a las complicaciones perinatales en la gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero - diciembre 2019. 	<p>Variable 1: Factores de riesgo</p> <p>Variable 2: Complicaciones maternas y perinatales.</p>	<p>Tipo y diseño de investigación:</p> <p>Esta investigación es de diseño observacional, analítico retrospectivo de casos y controles.</p> <p>Población: Conformada por 351 adolescentes gestantes atendidas en el servicio de Gineco –Obstetricia del HHUT, durante el periodo Enero a Diciembre 2019.</p> <p>Muestra:</p> <p>El muestreo es no probabilístico, constituido por todas las gestantes durante el periodo de enero a diciembre 2019, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Casos</p> <p>Se define como caso a todas las adolescentes gestantes con complicaciones maternas-perinatales.</p>

	<p>adolescente atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero a diciembre 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las gestantes adolescentes que han presentado complicaciones maternas: Amenaza de aborto, aborto, Amenaza de parto prematuro, hiperémesis gravídica, anemia, DPP, ITU, hipertensión gestacional, pre eclampsia, eclampsia, placenta previa, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, DCP, Cesárea, endometritis puerperal, embarazo prolongado, y del grupo control atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero a diciembre 2019. • Identificar las gestantes que han presentado complicaciones perinatales: RN pretérmino, RN postérmino, peso del recién nacido, Apgar al minuto, Apgar a los 5 mn, Ictericia 			<p>Controles</p> <p>Como control, se define, a toda gestante adolescente que no ha tenido complicaciones materno – perinatales</p> <p>Análisis estadístico: Se calculó la razón de probabilidades (Odds ratio) para las variables en estudio, con su respectivo intervalo de confianza del 95% y significancia estadística.</p>
--	--	--	--	---

	<p>neonatal, Hipoglicemia, infección neonatal, morbilidad neonatal, muerte intrauterina, muerte neonatal y del grupo control atendidas en el hospital Hipólito Unanue durante el periodo enero a diciembre 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si los Factores de riesgo se asocia a las complicaciones maternas en la gestante adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero a diciembre 2019. • Determinar si los Factores de riesgo se asocia a las complicaciones perinatales en la gestante adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero a diciembre 2019. 			
--	--	--	--	--

Anexo N° 4

Credencial



HOSPITAL
HIPÓLITO
UNANUE

"Año de la Universificación de la Salud"

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION

Por Resolución Directoral N°0076-2020-UADI-DE-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA

CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES MATERNO – PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2019"	CODIGO
	001-CIEI-2020

Autor (es):

YENNY TANIA QUISPE VILCANQUI

Fue presentado por la Secretaría Técnica: Lic. Blanca Raquel Zevallos Delgado, al Comité Institucional de ÉTICA en Investigación, Protocolo exonerado de revisión. Miembro: Activo del CIEI, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Titular Suplente del Comité Institucional de Ética en Investigación, Según Resolución Directoral N° 007-2018-DIREC-EJEC-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA. Quién luego de la revisión del trabajo determino que el trabajo:

Puede ser desarrollado: SI NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos: SI NO

Vulnera derechos del paciente SI NO

Aplicará encuestas a:

- Pacientes
- Personal
- Otros REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS Y BASE DE DATOS

Consentimiento informado:

Verbal: SI NO Pertinente: SI NO Escrito: SI NO

Impacto Ambiental: Positivo Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto SI NO cumple con todos los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado y en consecuencia SI NO otorga su aprobación por intermedio de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide el presente documento el día 14 de Febrero del 2020



Pedro Casas
Pedro Casas Rodas Alejos
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue de Tacna



Raquel Zevallos
Raquel Zevallos Delgado
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna