

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS
Y PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE
JULIACA EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018

TESIS

PRESENTADA POR EL:

Bach. FRANZ CHAMBI MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y
PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA
EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. FRANZ CHAMBI MAMANI



**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:


Mg. ARIEL SANTIAGO HUARACHI LOZA

PRIMER MIEMBRO:


Ms. JUAN CARLOS CRUZ DE LA CRUZ

SEGUNDO MIEMBRO:


M.Sc. GILBERTO FELIX PEÑA VICUÑA

DIRECTOR/ASESOR:


M.Sc. FREDY SANTIAGO PASSARA ZEBALLOS

ÁREA: Ciencias medicas clinicas

TEMA: Embarazo en adolescentes

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 23 de Julio 2019

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de la vida.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor y miembros del jurado por su ayuda incondicional.

A mis docentes por sus enseñanzas

A mis compañeros por el compartir de cada día.

A todas las personas especiales que me ayudaron en este camino.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN	9
ABSTRACT	11
I. INTRODUCCIÓN	13
II. REVISIÓN DE LITERATURA	19
2.1 ANTECEDENTES	19
2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL.....	19
2.1.2 A NIVEL NACIONAL	21
2.1.3A NIVEL REGIONAL.....	27
2.2 MARCO TEORICO.....	28
III. MATERIALES Y MÉTODOS	41
3.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	41
3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	41
3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	42
3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	43
3.6 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS	44
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
V. CONCLUSIONES	75
VI. RECOMENDACIONES	76
VII. REFERENCIAS	77
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. GESTANTES ADOLESCENTES, SEGÚN GRUPO DE EDAD, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	46
TABLA 2. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES, SEGÚN GRUPO DE EDAD, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	47
TABLA 3. COMPLICACIONES PERINATALES, SEGÚN GRUPO DE EDAD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	49
TABLA 4. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN GRUPO DE EDAD, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	51
TABLA 5. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN CONVIVENCIA CON SU PAREJA, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	53
TABLA 6. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN PARIDAD, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	54
TABLA 7. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN CONTROL PRENATAL, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	55
TABLA 8. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN TIPO DE PARTO, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	57
TABLA 9. COMPLICACIONES PERINATALES, SEGÚN GRUPO DE EDAD, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	59
TABLA 10. COMPLICACIONES PERINATALES, SEGÚN CONVIVENCIA CON SU PAREJA, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	60
TABLA 11. COMPLICACIONES PERINATALES, EN RELACIÓN A PARIDAD, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	62
TABLA 12. COMPLICACIONES PERINATALES, SEGÚN CONTROL PRENATAL, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	63
TABLA 13. COMPLICACIONES PERINATALES, EN RELACIÓN A TIPO DE PARTO, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	65
TABLA 14. PESO DEL RECIÉN NACIDO, EN RELACIÓN A COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	67
TABLA 15. EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	68
TABLA 16. PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDOS, SEGÚN COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.	70

TABLA 17. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.....	72
TABLA 18. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.....	73
TABLA 19. COMPLICACIONES PERINATALES ASOCIADAS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.....	73

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de Confianza

ITU: Infección del Tracto Urinario

RPM: Ruptura Prematura de Membranas

CPN: Control prenatal

SRD: Síndrome de distres respiratorio

RNBP: Recién nacido con bajo peso

SFA: Sufrimiento fetal agudo

RCIU: Retardo en el crecimiento intrauterino

RN: Recién Nacido

ITU: Infección del tracto urinario

HCMM: Hospital Carlos Monge Medrano.

RESUMEN

Objetivo: determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre junio a diciembre 2018. Métodos: el estudio fue de tipo, transversal y analítico, con diseño no experimental; no se realizó cálculo de tamaño de muestra de muestra, ingresaron al estudio 95 madres adolescentes, para recoger los datos se utilizó una ficha validada en una prueba piloto con 20 gestantes adolescentes; la descripción de las variables se realizó mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas; y la evaluación de los factores asociados, se realizó mediante el cálculo del OR, el intervalo de confianza (IC 95%), valor de $p < 0,05$; se utilizó el programa Epi Info Ver 7. Resultados: se encontró 95 madres adolescentes, 74 presentaron complicaciones obstetricas (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 pre termino y pequeño para la edad gestacional.

Palabras Clave: Complicaciones, obstétricas, perinatales, gestantes, adolescentes.

ABSTRACT

Objective: to determine the factors associated with obstetric and perinatal complications in adolescent pregnant women at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca from June to December 2018. Methods: the study was of a transversal and analytical type, with a non-experimental design; no sample size calculation was made, 95 adolescent mothers entered the study, to collect the data a validated record was used in a pilot test with 20 adolescent pregnant women; the description of the variables was made by distributing absolute and relative frequencies; and the evaluation of the associated factors, was performed by calculating the OR, the confidence interval (95% CI), p value <0.05; the Epi Info program Ver 7. was used. Results: 95 teenage mothers were found, 74 had obstetric complications (77.9%), of the 95 newborns, 64 had perinatal complications (67.4%); in adolescent pregnant women, 2 (2.1%) were in early adolescence, 37 (38.7%) were in the middle adolescence and 56 (59.0%) corresponded to late adolescence; the main obstetric complication was anemia with 10 cases (13.5%); The main perinatal complication was respiratory distress syndrome with 21 cases (32.8%); an association was found between obstetric or perinatal complications with prenatal controls <6 (OR: 4.85, CI: 1.04-22.48, p: 0.02) and (OR: 6.25, CI: 1.71-22.87, p: 0.001) respectively; In addition, an association was found between the obstetric complication with low birth weight (OR: 7.4, CI: 1.93-58.87, p: 0.022), preterm (OR: 8.46, CI: 1.06-67.01, p: 0.01), small for age gestational (OR: 8.0, CI: 1.01-63.66, p: 0.017). Conclusions: the highest proportion of pregnant women were late adolescents(17 – 19), the main obstetric complication was anemia, and the perinatal respiratory distress syndrome; the factor associated with obstetric and perinatal complications was prenatal control in a number less than 6; and the perinatal complications associated with obstetric complication were low birth weight, preterm newborn and small for gestational age.

Keywords: Complications, obstetric, perinatal, pregnant, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 PRESENTACION

La etapa de vida adolescente es la fase en el que el individuo alcanza su madurez afectiva, psicológica, intelectual, social y física. Los rangos de las edades son de 10 a 19 años; y se divide en temprana entre 10 a 13 años, media entre 14 a 16 años y tardía entre 17 y 19 años (1).

La OMS (Organización Mundial de Salud) señala que a nivel mundial cada año se presentan 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años, lo que indica que el 11% de neonatos nacidos en el mundo son de madres adolescentes (2).

En América latina se tiene también cifras alarmantes, se dice que 74 por cada mil nacidos vivos son productos de madres adolescentes; más grave es la situación en los Países Andinos, donde la cifra va de 55 a 90 por mil (3).

Por otro lado, se considera que en los Países en vías de desarrollo anualmente se presentan alrededor de un millón de nacimientos de madres de 15 años; todo esto conlleva a que 2 de cada 200 partos de adolescentes, termine en muerte materna a causa de complicaciones del embarazo o durante el parto (4).

En el Perú el embarazo adolescente se ha incrementado en los últimos cinco años, sin considerar las adolescentes considerando solamente las adolescentes de 15 a 19 años, el 14,6% de ellas está embarazada o estuvo alguna vez; para estos efectos el factor socioeconómico es muy importante; se reporta que, en nuestro País, del total de

embarazadas de 15 a 19 años, 20% pertenecen a la Zona rural y 11% a la zona urbana

(5)

Lo que indica que las adolescentes de los hogares más pobres tienen más riesgo de quedar embarazadas o dar a luz que las de hogares más ricos, esto lo confirma el Boletín informativo de la Populati3n Reference Bureau (PRB) quienes reportan que en el 2014 en el Per3 el 35% de embarazos adolescentes (6) son de hogares pobres y 6% son de hogares ricos (7).

En Puno, de acuerdo a las estadísticas de la Direcci3n Regional de Salud (DIRESA) puno, en el 2018, de las 12 mil gestantes notificadas, 794, es decir, el 6.6%, fueron adolescentes, con una edad entre 12 a 17 a3os; y la presentaci3n por redes fue, la Red de Salud con mayor n3mero de adolescentes embarazadas fue San Rom3n con 148, le siguen Puno con 102, Melgar con 98, Az3ngaro con 72, Chucuito con 68, Huancan3 con 68, Carabaya con 56, Sandia con 54, El Collao con 46, Lampa con 33, Yunguyo con 26 y Hospital Puno con 23 (8).

El embarazo en las adolescentes conlleva a complicaciones, tanto para la madre como para el reci3n nacido. Los efectos adversos pueden ser parto prematuro, preeclampsia, desprendimiento placentario, anemia, mayor n3mero de abortos y ces3reas. Adem3s, de las condiciones propias de la adolescente, tales como, inestabilidad emocional, dependencia econ3mica, inexperiencia, uso de alcohol y otras droga; As3 como las complicaciones del reci3n nacido, se presentan por problemas comienzan en el 3tero: desnutrici3n, restricci3n del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que, junto a la prematuridad, lo cual va a producir incremento de la

morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general. El perfil de la embarazada adolescente no es homogéneo, sus características van a depender del contexto geográfico, del nivel de ingreso, del grado de instrucción, pero también de su edad, estado civil y del acceso que tenga a los servicios de salud (9).

Las complicaciones se presentan debido a que el crecimiento de la adolescente no termina hasta cuatro años después de la menarquia, durante este periodo la gestación supone una sobrecarga nutricional, explicando así por qué el 10% de los recién nacidos de madres entre 15 y 19 años tengan bajo peso al nacer (10,11).

Debemos recordar que el bajo peso al nacer es el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de presentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, y uno de los indicadores más importantes para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud del recién nacido, durante su primer año de vida, actualmente se considera como un indicador de salud importante (12).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo antes mencionado nos planteamos la pregunta ¿cuáles son los factores asociados a complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, en el periodo de junio a diciembre 2018?.

1.3 JUSTIFICACION DEL TRABAJO

Se justifica el estudio por los siguientes motivos:

El embarazo en adolescentes se considera a nivel mundial un problema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social, ya que refleja la inequidad y exclusión social por razones de género, culturales y económicas;

Puno no está exento de lo antes mencionado, y el embarazo en adolescentes es elevado, por lo tanto este evento de salud afecta a un gran porcentaje de la población biológicamente vulnerable como son las adolescentes y que se encuentran en su etapa de desarrollo a la adultez, y su embarazo a temprana edad puede frustrar su desarrollo desde el punto de vista social, profesional y económico, lo cual cambia radicalmente la dinámica, composición, proyecto y planificación familiar afectando a toda la familia y ende a la sociedad.

El embarazo en adolescentes puede conllevar a la mortalidad materna, y la disminución de la mortalidad materna es una prioridad en las Políticas de Salud en el Perú y forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel mundial.

No se tiene información actualizada a nivel del Hospital Carlos Monge Medrano acerca de las complicaciones obstétricas y perinatales del embarazo en adolescentes ni de los factores que influyen en dichas complicaciones.

El diseño metodológico e instrumento utilizados serán un aporte para otras investigaciones en otros hospitales de la región y de la comunidad científica.

El determinar los factores asociados a las complicaciones del embarazo en adolescentes será un gran avance científico en Salud Pública, con repercusión aplicativa en Salud para evitar y prevenir las complicaciones antes mencionadas, principalmente en el Hospital Carlos Monge Medrano.

Con el desarrollo de la presente investigación se espera fomentar medidas de prevención y protocolos de atención y tratamiento, para poder disminuir; los costos que implica el tratamiento, así mismos casos de muerte materna y perinatal a los que conlleva esta patología. Asimismo, sirvan de referencia a próximos estudios ya que es un tema frecuente y en muchos casos evitable pero poco estudiado en nuestra Región.

1.4 OBJETIVOS DEL TRABAJO :

1.4.1 Objetivo general:

- Determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de junio a diciembre 2018.

1.4.2 Objetivos específicos :

1. Describir la distribución de las gestantes adolescentes por etapas de la adolescencia.
2. Establecer las principales complicaciones obstetricas.

3. Precisar las principales complicaciones perinatales.
4. Determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas y perinatales.
5. Establecer las complicaciones perinatales en relación a presencia de complicación obstétrica, en gestantes adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de junio a diciembre 2018.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Velastegui J, y Col, en Ecuador en el 2016, realizo 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; fue no experimental, cuantitativo de corte transversal y correlacional; encontraron que de las 69 embarazadas adolescentes estudiadas, presentaron complicaciones perinatales, el 28 % 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. La histerectomía y hemorragia postparto correspondió al 1 %. En los recién nacidos, el 12 % presentó complicaciones, el 6 % distrés respiratorio; y concluyeron que el aborto fue la principal complicación, seguido por ruptura prematura de membrana, amenaza de aborto, infección de vías urinarias, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal, antecedentes patológicos personales (13).

Vega G, y Col, 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 (14).

Carrera S, y Col en el 2015 publico un estudio para evaluar la evolución perinatal de embarazos pre término 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 (15).

Barrera J, y Col en México en el 2014 publico 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 prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino y enfermedad neonatal. No hubo diferencias respecto a la talla y el APGAR (16).

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Leiva E, y Col, en Sullana en el 2014 publico un estudio para determinar las características de los recién nacidos de madres adolescentes; fue descriptivo, observacional; encontraron un total de 644 recién nacidos. Del total de las madres el 89.5% tuvieron control prenatal, el 97.20% tuvo presentación cefálica al momento del parto. El 61.44% de los recién nacidos de madres adolescentes tardías nació por cesárea. Con respecto al líquido amniótico, fue normal en el 85.55% y en el 14.44% el líquido amniótico fue meconial. Según el sexo fueron en su mayoría de sexo masculino (51.70%). El 6.83% de los recién nacidos fueron de pre términos; el 92,54% fueron a término y en el 0,31% fueron post término, el 86.56% de los recién nacidos de madres adolescentes tardía fueron adecuados para la edad gestacional y el 10.52% de madres adolescentes temprana fueron pequeños para la edad gestacional; el 96.89% tuvieron un APGAR al minuto entre 7-10 y el 99.22% un APGAR entre 7-10 a los 5 minutos; concluyeron que la mayoría de neonatos fueron a término, y nacieron por cesárea. No hubo fallecidos (17).

Montalván H, en Lima realizo 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; 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 (18).

Tocto M, en Tarapoto en el 2015, realizo 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 MINSAs II-2 Tarapoto fueron, bajo peso al nacer, prematuridad, SDR. La principal vía de parto fue cesárea (19).

Navarro P, en el 2015 en Lima, realizo un estudio para 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 Enero –

Diciembre del 2015; fue retrospectivo, observacional de corte transversal; encontró que la prevalencia de madres adolescentes fue de 16.96%. La edad promedio fue 17.71 años. 68.37% de ellas presentaron control prenatal adecuado, y el 52.24% termino la gestación por cesárea. Se encontró 88.8% a término, y 11.2% pre término, el 86.7 % presentaron peso normal, 6.7% bajo peso y 1% muy bajo peso, extremo bajo peso 0.8% y macrosomico 4.7%, el 79.4% fueron adecuados para la edad gestacional, 12.4% pequeños para la edad gestacional y 8.4% grandes para la edad gestacional; concluyo que se encontró que las repercusiones desfavorables en neonatos de madres adolescentes fueron poco frecuentes (20).

Sánchez L, en el 2013 en Iquitos realizo un estudio para determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes medias y tardías atendidas Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013; fue descriptivo transversal retrospectivo, con una población de 980 gestantes adolescentes entre los 14 a 19 años atendidas en el 2013 en el Hospital Iquitos César Garayar García, con una muestra de 276; encontró que de 276 gestantes adolescentes, el 79.0% presentaron complicaciones obstétricas y el 59.4% presentaron complicaciones perinatales. Las adolescentes tardías presentaron con mayor frecuencia complicaciones obstétricas (80.7%) y complicaciones perinatales (66.3%) que las adolescentes medias (76.4% y 49.1%). Las gestantes adolescentes medias presentaron como complicación obstétrica a la anemia (29.1%), infección urinaria (25.5%), desgarro perineal (18.2%), y preeclampsia (9.1%) y las gestantes adolescentes tardías presentaron: infección urinaria (30.1%), anemia (26.5%), desgarro perineal (10.8%), amenaza de aborto (10.8%) y preeclampsia (8.4%). Las gestantes adolescentes medias presentaron RNBP (20.0%), SFA (10.9%), prematuridad (10.9%), sepsis (9.1%) e hipoglicemia (9.1%); mientras que las gestantes adolescentes tardías presentaron RNBP (32.5%), SFA (16.9%), sepsis (14.5%), prematuridad (13.3%)

y RCIU (8.4%). Las complicaciones obstétricas se relacionaron con las que proceden de la zona rural ($p=0.031$), con el menor nivel de instrucción ($p=0.006$), con las pretérmino ($p=0.000$), y con las que tienen > 6 controles prenatales ($p=0.004$) pero no con la edad ($p=0.384$), ni con el número de gestaciones ($p=0.177$). Las complicaciones perinatales se relacionaron con las adolescentes tardías ($p=0.004$), con las de pre término ($p=0.000$) y con las que tienen > 6 controles prenatales ($p=0.025$), pero no con la procedencia ($p=0.383$), ni con el nivel de instrucción ($p=0.895$), ni con el número de gestaciones ($p=0.637$); concluyo que las adolescentes presentan una tasa alta de complicaciones obstétricas y perinatales, no solo la edad es un factor determinante, sino su presencia es multifactorial (21).

Francisco D, en Lima en el 2014, realizo un estudio para 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 pre termino ($p = 0.038$, 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 (22).

Terán G, en Arequipa en el 2014, realizó un estudio para determinar las características materno-perinatales y complicaciones del embarazo en adolescentes del hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2014; fue observacional, retrospectivo y transversal, la muestra fue de 274 gestantes adolescentes; encontró que el 80.3% de las gestantes adolescentes presentaron una adolescencia tardía. Dentro del grupo de adolescencia temprana y media el 98.1% fueron nulíparas en comparación al 88.6% de la adolescencia tardía. Las gestantes adolescentes procedentes del departamento de Arequipa correspondieron a un 98.2% del total; siendo el 87.6% de la provincia de Arequipa. El 45.3% de los casos estudiados tuvieron secundaria, el 83.3% de las gestantes de adolescencia temprana y media tenían secundaria incompleta en comparación al 26.4% de las adolescentes en etapa tardía además entre todas las gestantes el 41.5% tuvo deserción escolar, dentro de las adolescentes de etapa temprana y media el 96.3% tuvo deserción en comparación al 28.2% de las adolescentes en etapa tardía. El 85.7% presentaron un parto a término, en el grupo de adolescentes tempranas y medias el 16.7% presentó parto pretérmino frente al 8.6% de las adolescentes tardías. El 67.8% de las gestantes adolescentes tuvieron más de 6 controles prenatales, en el grupo de adolescentes de la etapa temprana y media en un mayor porcentaje (44.4%) se realizó controles inadecuados. El 45.3% presentaron complicaciones durante el embarazo siendo mayor el porcentaje de complicaciones en las etapas media y temprana (50.0%) que en la etapa tardía (44.1%); la de mayor frecuencia en ambos grupos fue la anemia gestacional 14.6%. La vía de parto que se presentó con mayor frecuencia fue la vaginal con un 56.5%; del total de partos vaginales, al 63.2% se le realizó episiotomía. A nivel del parto por cesárea (43.5%), la indicación más frecuente de esta fue la desproporción feto/céfalo pélvica en un 20.2% seguida por la de pelvis estrecha con un 19.3%. Como complicaciones durante el parto el 32.5% las presentó siendo estas mayores a menor edad, dentro de las

complicaciones presentadas las más frecuentes fueron sangrado postparto y desgarros en ambos grupos. Complicaciones en el puerperio las presentaron más de la mitad de las gestantes (54.7%) casi en la misma proporción en ambos grupos. La anemia postparto fue la complicación que más se presentó con un porcentaje del 49.3%. Dentro de los recién nacidos, el sexo que predominó fue el femenino con un 50.4% del total; en la mayoría (94.5%) se halló una prueba de APGAR normal. Los recién nacidos presentaron en promedio un peso adecuado, talla adecuada y perímetro cefálico adecuado. Concluyo que las características clínicas al momento de la gestación fueron: la mayoría (80.3%) se encontraba en la adolescencia tardía. El 90.5% fueron nulíparas correspondiendo en una mayor proporción a la adolescencia temprana y media (98.1%). Arequipa como provincia fue el lugar de mayor procedencia (87.6%). El grado de instrucción secundaria incompleta fue mayor (83.3%) en el grupo de la adolescencia temprana y media, presentándose mayor deserción escolar (96.3%) en este grupo de gestantes. El parto pretérmino se presentó en una mayor proporción (16.7%) en el grupo de adolescencia temprana y media. además, en este grupo los controles prenatales fueron inadecuados en el 44.4%. La vía de parto más común fue la vaginal (56.5%) siendo la vía más utilizada en el grupo de adolescencia tardía. Las patologías más frecuentes durante la gestación, parto y puerperio fueron: anemia gestacional con un 14.6%, sangrado postparto con un 9.8% y anemia postparto con 49.6%, respectivamente. Dentro de las características de los recién nacidos de madres adolescentes, predominó el sexo femenino 50.4%, el 94.5% presentó un APGAR normal al minuto siendo estos en mayor proporción hijos de adolescentes tardías; según el promedio de su peso, talla y perímetro cefálico para ambos grupos fueron considerados como adecuados (23).

Ángeles S, en Huancayo en el 2013 realizó un estudio para determinar las características del recién nacido de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología

del Hospital El Carmen de Huancayo durante el periodo abril a junio del 2013; fue de tipo retrospectivo, analítico y descriptivo; fueron 113 casos; encontró que el 74.3% fueron madres gestantes en Edad de Adolescencia Tardía, 23.9% madres gestantes en adolescencia media y 1.8% de madres gestantes en adolescencia temprana; el 77.9% fue de tipo vaginal mientras que el 22.1% fue por cesárea; el 1.8% fue al pre terminó, el 94.7% fue a término y el 3.5% fue al post termino, el 100 % de los recién nacidos tuvieron una puntuación APGAR normal al 1 y 5 minuto después del nacimiento; el 0.9% tuvieron un bajo peso y el 99.1% presentaron un peso normal. el 4% de los recién nacidos tuvieron infección respiratoria y 96% con ninguna morbilidad al momento de nacer; concluyo que el 99.1% de los recién nacidos presentaron un peso normal y el 94.7% de los recién nacidos en cuanto a edad gestacional fue a término es decir no presentaron bajo peso al nacer ni prematuridad (24).

La Rosa A, en Lima en el 2012 realizo un estudio para analizar la relación de complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas, fue un estudio analítico de cohorte retrospectivo; encontró un peso adecuado en el 80.6%, la edad gestacional fue a termino en el 90.3%, el parto fue vaginal en el 76.2%, el 19.4% no tuvo control prenatal adecuado (25)

2.1.3. A NIVEL REGIONAL

Chaiña C, y Col, en Juliaca en el 2017 realizaron un estudio para determinar las complicaciones materno perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Junio – Agosto 2017; fue 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 junio - agosto 2017 (26).

Quispe H, en el 2015 en Juliaca realizo 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 de Juliaca 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 (27).

2.2. MARCO TEORICO

2.2.1. DEFINICION DE 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 (28).

2.2.2. CLASIFICACION DE LA ADOLESCENCIA

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.

2.2.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Es el embarazo que 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 (29).

2.3. FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN LA GESTANTE ADOLESCENTE

2.3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA GESTANTE

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. (30).

Convivencia con pareja:

Por si sola no es un factor de riesgo, pero se encuentra relacionada con otros factores como el nivel socio económico, la cultura; los recién nacidos de bajo peso se dan con más frecuencia en madres solteras, que está directamente relacionada con la adolescencia, o de parejas en las que el padre está ausente durante duración del embarazo (31).

2.3.2. CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS DE LA GESTANTE

Numero 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. (32)

Control prenatal:

Son las acciones médicas y asistenciales en visitas programadas con el personal de salud, para evaluar la evolución del embarazo; es una oportunidad para que los profesionales de salud brinden 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.

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 (33).

Tipo de parto:

Es la vía por donde se efectúa el parto, puede ser vaginal o cesarea, 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 (34,35)

2.3.3. COMPLICACIONES OBSTETRICAS

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 20 ss de gestacion, 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 (36).

Amenaza de parto prematuro

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

Parto pre termino

Es el parto que ocurre entre las 22 y 36.6 semanas de gestación; se presenta en el 8 a 10% de los partos y constituye la principal causa de morbimortalidad neonatal (38).

El riesgo de parto pretérmino en las gestantes adolescentes es mayor, el grupo de mayor riesgo son las adolescentes entre los 10 y los 15 años, y no se ha demostrado diferencias del grupo de 16 a 19 años en comparación a las gestantes adultas; dentro de las causas se considera el estrés psicosocial, las infecciones del tracto genitourinario.

La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, siendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna (39).

Infección del tracto urinario

Es la infección de las diferentes estructuras del tracto urinario; es muy común en el embarazo, con Leucocitos en orina $> 10^5$ UFC.

Bacteriuria asintomática:

Es la colonización del tracto urinario sin sintomatología; se dice que la incidencia varía entre 4% y 7%; y es igual en gestantes o no gestantes, pero durante el embarazo la obstrucción del flujo de orina y los cambios fisiológicos favorecen la estasis y un mayor riesgo de colonización.

Uretritis y Cistitis:

Son infecciones de las vías urinarias bajas, se manifiestan con polaquiuria, ardor miccional, tenesmo y síntomas pélvicos, en la mayoría de las veces no hay fiebre.

Pielonefritis:

Es la infección de mayor gravedad, puede llevar a una muerte materna debido a las complicaciones que pueden presentarse, tales como shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria del adulto; se presenta alrededor del 2% de las embarazadas; el 40% de los casos tiene antecedentes de infección de las vías urinarias inferiores; la incidencia de esta patología en gestantes adolescentes es alta, se mencionan cifras que llegan hasta 23% (39).

Oligohidramnios

El volumen de líquido amniótico no se puede medir directamente de forma segura, excepto tal vez durante el parto por cesárea. Por lo tanto, el líquido deficiente se define indirectamente utilizando criterios ecográficos, por lo general el índice de líquido amniótico (ILA). El ILA es la suma de la profundidad vertical del líquido medida en cada cuadrante del útero. Los rangos normales del ILA van de 5 a 24 cm; los valores < 5 cm indican oligohidramnios(39).

Polihidramnios

El polihidramnios suele ser asintomático. Sin embargo, algunas mujeres, especialmente cuando el polihidramnios es grave, tienen dificultad para respirar. A veces el tamaño uterino es mayor que el esperado para las fechas. . El ILA es la suma de la profundidad vertical del líquido medida en cada cuadrante del útero. Los rangos normales del ILA son de 5 a 24 cm; valores > 24 cm indican polihidramnios (39).

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 (40).

Preeclampsia

Se considera una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna, las complicaciones que produce son restricción del crecimiento fetal y prematuridad; se presenta después de las 20 semanas de gestación y puede o no existir proteinuria; su incidencia varía de 22,4% a 29%; pero estudios recientes señalan que la preeclampsia se presenta en la misma magnitud en las adolescentes que en las adultas asociada a PA > 140/90, cefalea (41).

Ruptura prematura de membranas

Es una de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la Morbimortalidad materno perinatal, esta complicación puede ocasionar infección en las membranas ovulares, esta infección puede llevar a la inducción de metaloproteinasas que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura; generalmente se asocia a corioamnionitis, membrana hialina en el recién nacido

por prematuridad e infección, presentación pelviana, prolapso del cordón, compresión de la cabeza fetal y/o del cordón umbilical, e incremento del índice de cesárea.

Se produce por alteración de la estructura de las membranas cervicales: la rotura ocurre espontáneamente y antes de que se produzcan cambios importantes en la madurez, posición o dilatación del cuello uterino; por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical: La rotura ocurre espontáneamente después de cambios funcionales del segmento cérvix (borramiento y comienzo de la dilatación) acompañados por las contracciones uterinas, y por un mecanismo de formación y rotura de dos sacos ovulares: Se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración a través del amnios o por secreción. El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios. La rotura del corion determina la salida de líquido al exterior, y al conservarse el amnios integro se forma una segunda bolsa. Esta se rompe en una etapa posterior por el mecanismo anteriormente mencionado antes de las 37 ss.

Se menciona que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la gestante adolescente, encontrándose cifras que van desde el 7% hasta el 17% (42).

Desprendimiento prematuro de placenta

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. (43).

Desgarros perineales

Son las laceraciones del canal de parto; en las adolescentes se presenta por la condición de inmadurez, ocasionado por una estrechez de canal blando, los desgarros se clasifican como de primer grado cuando afecta la horquilla bulbar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente y de segundo grado cuando afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal; y de tercer grado cuando compromete el esfínter anal.

2.3.4. COMPLICACIONES PERINATALES

APGAR menor de 7

El APGAR es un examen clínico que se realiza al recién nacido inmediatamente después del nacimiento, en donde se valoran cinco parámetros para obtener una primera valoración simple, y clínica sobre el estado general del neonato después del nacimiento; se considera APGAR bajo cuando se presenta un puntaje menor de 7 puntos, lo cual indica una condición anormal, pero sin relacionarse con alguna patología específica o en los eventos acontecidos durante el parto, puede deberse a diferentes factores (44).

RN pre termino

El recién nacido pre termino se define por la edad gestacional del recién nacido, anteriormente se denominaba pre termino al recién nacido que pesaba menos de 2.5 kg. Aunque los recién nacidos pre termino 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 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 (45).

RN pequeño para la edad gestacional

Los recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) constituyen grupos diferentes desde el punto de vista de la etiología, conducta y pronóstico (46,47).

Se tiene como definición a los recién nacidos con un peso inferior al percentil 10 para la edad gestacional y/o peso y longitud por debajo de -2 DS para edad ,sexo (48).

Se clasifican en (49):

PEG constitucional, que representan el 50 a 75% de casos, no presentan alteraciones estructurales, líquido amniótico normal, Döppler de la arteria umbilical normal y velocidad de crecimiento normal.

PEG anómalo, que representan el 5 a 10%, presentan anomalías genéticas, estructurales o secundarias a infección; se les denomina como retardo de crecimiento intrauterino simétrico (50).

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), se presenta en el 10 a 15% de casos, se debe a una falla del feto para alcanzar su óptimo potencial de crecimiento; se asocia a hipertensión, tabaco, infecciones, desnutrición y factores desconocidos o inexplicables; la función placentaria alterada, se evidencia por Doppler anómalo de la arteria umbilical o reducción de la velocidad de crecimiento (51,52).

Un feto con RCIU, es el que tiene una limitación del potencial de crecimiento intrínseco, se refiere a un periodo de tiempo, en cambio el término PEG se refiere a un punto en una curva de peso.

Síndrome de distrés respiratorio

Es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende varias entidades patológicas, se manifiestan con aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y disociación toraco-abdominal y $FR > 60 \text{ x min}$ (53).

Es una condición de insuficiencia respiratoria cuya aparición se da durante o inmediatamente después del nacimiento y está en íntima relación con alteraciones del desarrollo pulmonar, problemas en la adaptación respiratoria luego del nacimiento, patologías infecciosas, presencia de otras entidades como: afecciones cardiovasculares, anemia, hipotermia, asfixia perinatal, y sin duda, esta es la patología que más pacientes aporta a las unidades de cuidados intensivos neonatales y que en algún momento podrían requerir ventilación mecánica en el neonato.

En los dos primeros días de vida, se observa una mayor gravedad de los síntomas, se presenta dificultad respiratoria, cianosis temprana, retracciones y taquipnea; la insuficiencia pulmonar, se puede evidenciar mediante el análisis de gases sanguíneos, y el diagnóstico puede ser confirmado en la radiografía de tórax con un clásico aspecto de cristal esmerilado y broncograma aéreo (54).

Bajo peso al nacer

Se define como el primer peso neonatal obtenido después del nacimiento inferior a 2,500 gramos, independientemente de la edad gestacional (55).

El bajo peso al nacer se clasifica en: recién nacido de bajo peso con menos de 2,500 g, recién nacido de muy bajo peso de nacimiento con menos de 1,500 g, recién nacido con extremo bajo peso con menos de 1,000 g (56).

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 (57).

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/Televado (≥ 0.2) (58).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

El estudio fue transversal y analítico, con diseño no experimental; transversal porque se mide una sola vez las variables durante el período del estudio; y analítico porque se midió la asociación entre las complicaciones obstétricas y perinatales con las características de la gestante.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todas las madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de junio a diciembre 2018.

Criterios de inclusión:

- Madre adolescente, entre 10 a 19 años, cuyo parto fue atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de junio a diciembre 2018.
- Historia clínica de la madre con datos completos
- Historia clínica perinatal con datos completos.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica de la madre con datos incompletos
- Historia clínica perinatal con datos incompletos
- Gestantes con antecedentes patológicos, tales como, Lupus, artritis, diabetes, etc

3.3 INSTRUMENTO

Se utilizó una ficha de recolección de datos estandarizada con los datos de las variables de estudio. Esta ficha fue validada en una prueba piloto con 20 historias clínicas de gestantes adolescentes sin complicaciones obstétricas ni perinatales, a las cuales se les aplicó la ficha y se realizó las correcciones necesarias.

3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Unidad/Categoría	INDICADOR	Escala	Tipo de Variable
Complicaciones obstétricas	Amenaza de aborto	Sangrado vaginal antes de 20 ss	Nominal dicotómica	Cualitativa
	Amenaza de parto prematuro	Presencia de contracciones (4/20) antes de las 37 ss.	Nominal/ dicotómica	Cualitativa
	Parto pre termino	RN entre las 22 y 36.6 ss	Nominal/ dicotómica	Cualitativa
	Infección del tracto urinario	Leucocitos en orina >10 ⁵	Nominal/ dicotómica	Cualitativa
	Oligo hidramnios	ILA<5	Nominal/ dicotómica	Cualitativa
	Polihidramnios	ILA>24	Ordinal	Cuantitativa
	Anemia	HB<13 Corregida para la altura (hb<13,hb<11,hb<9)	Nominal/ dicotómica	Cualitativa
	Pre eclampsia	PA>140/90, proteinuria, cefalea	Nominal/ dicotómica	Cualitativa
	Ruptura prematura de membranas	Ruptura de membranas < 37ss.	Nominal/ dicotómica	Cualitativa
	Desprendimiento prematuro de placenta	Desprendimiento de placenta > 20 ss. Sangrado contracciones uterinas dolorosas.	Nominal	Cualitativa
	Desgarros perineales	Traumatismo perineal		
Complicaciones perinatales	Vitalidad de RN	RN Apgar menor de 7(depresión neonatal<7, buena>7)	Nominal	Cualitativa
	RN pre termino	RN < 37 ss.	Nominal	Cualitativa
	RN pequeño para la edad gestacional	Peso y/o longitud por debajo de -2 DS para edad , sexo	Nominal	Cualitativa
	Síndrome de distres respiratorio Bajo peso al nacer	Dificultad respiratoria(FR > 60 xminuto)	Nominal dicotómica	Cualitativa
	Infección neonatal(sepsis temprana)	Peso RN < 2500 g Relación I / T elevada (≥0.2) Hemocultivo (positivo	Dicotómica Dicotomica	Cualitativa cualitativa

		PCR > 10 mg/L Hasta los 7 días de nacido		
--	--	---	--	--

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Variable	Categoría	indicador	Escala	Tipo de Variable
Edad materna	Edad en años	10 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años	Ordinal	Cuantitativa
Convivencia con pareja	Con pareja estable Sin pareja estable	Padre presente durante duración del embarazo. Padre ausente durante duración del embarazo.	Nominal	Cualitativa
Gestaciones	Numero de gestaciones	Primigesta Segundigesta Multigesta	Ordinal	Cuantitativa
Edad gestacional materna	Numero de semanas	Pre termino A termino Post termino	Ordinal	Cuantitativa
Control prenatal	Número de controles	0 1 – 5 >6	Ordinal	Cuantitativa
Tipo de parto	Parto	Vaginal Cesárea	Nominal	Cualitativa

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la de recolección de datos de fuente secundaria, por medio de la revisión de historias clínicas.

Se utilizó una ficha preelaborada de recolección de datos, la cual fue validada mediante la opinión de expertos del Hospital Carlos Monge Medrano.

Se solicitó autorización al director del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca para realizar el estudio.

Se revisó el libro de hospitalización del Servicio de Obstetricia del hospital y se obtuvo los números de historias clínicas de las gestantes adolescentes

Se coordinó con la Oficina de Estadística del Hospital Carlos Monge Medrano, para tener acceso a las historias clínicas de las madres adolescentes y las historias clínicas de sus recién nacidos.

Se seleccionó las historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión y se separaron las historias clínicas que tenían algún criterio de exclusión.

Se registró la información en la ficha de recolección de datos.

3.5 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Los datos registrados en las fichas de recolección fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Para clasificar los datos Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica de Excel 2010.

Para realizar la descripción de las variables del estudio se empleó distribución de frecuencias absolutas y relativas; y para la evaluación de los factores asociados, se procedió de acuerdo al análisis de un diseño de casos y controles, de los grupos conformados el primero correspondió a los casos y el segundo a los controles, se comparó cada factor, tanto en los casos como en los controles y se calculó el odds ratio (OR) y el intervalo de confianza (IC 95%), la significación estadística se definió por un valor de $p < 0,05$; para considerar un factor de riesgo se debe cumplir las tres condiciones siguientes, el OR debe ser mayor a 1, el intervalo de confianza no debe contener la unidad y el valor de p debe ser menor que 0.05; si el OR o el IC da un resultado Indefinido (cuando existe en alguna variable el valor de cero) no existe ningún tipo de asociación). Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info Ver 7.

Casos: gestantes adolescentes con complicaciones obstétricas y recién nacidos con complicaciones perinatales.

Controles: gestantes adolescentes sin complicaciones obstétricas y recién nacidos sin complicaciones perinatales.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a la declaración de Helsinki, sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, el estudio no fue experimental, por lo tanto, no se necesitó consentimiento informado; pero si se mantuvo la confidencialidad de la información.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró 95 madres adolescentes con sus respectivos recién nacidos, de las 95 madres adolescentes 74 presentaron complicaciones obstetricas lo que representa el 77.9%; y de los 95 recién nacidos 64 presentaron complicaciones perinatales, lo que hace el 67.4%.

TABLA 1. GESTANTES ADOLESCENTES, SEGÚN GRUPO DE EDAD, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Grupo de edad (años)	No.	%
Adolescencia temprana (10 a 13)	2	2.1
Adolescencia media (14 a 16)	37	38.7
Adolescencia tardía (17 a 19)	56	59.0
Total	95	100.0

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 1 mostramos que se encontró 95 gestantes adolescentes, de las cuales 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.

Otros autores reportaron cifras diferentes a las nuestras, así tenemos que, Montalván H, en Lima en el 2016, reporto para adolescencia media el 21.2% y para adolescencia tardía el 78.8% (18); Tocto M, en Tarapoto en el 2015, señalo para adolescencia temprana el 10.7% y para adolescencia tardía el 89.5% (19); Terán G, en Arequipa en el 2014, señalo para adolescencia temprana y media el 19.7% y para adolescencia tardía el 80.3% (23); Quispe H, en el 2015 en Juliaca, señalo para adolescencia temprana y media el 4% y para adolescencia tardía el 96% (27).

Como podemos observar la proporción en cada una de las etapas de la adolescencia es variada de acuerdo al lugar donde se realizó el estudio, esto puede

explicarse por las diferencias sociales, culturales y económicas, que son diferentes en cada lugar, y un factor importante es el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales en esos lugares, se conoce que en zona de selva el inicio de relaciones sexuales es a menor edad de lo que ocurre en la zona de sierra; tal es así que en el estudio en Tarapoto el porcentaje para adolescencia temprana es mayor que lo que sucedió en nuestro estudio; por otro lado llama la atención lo que se presentó en Juliaca en el año 2015, donde se encontró una proporción menor para adolescencia temprana y media en comparación a nuestros resultados, lo que estaría indicando que el inicio de relaciones sexuales en estos últimos 4 años en Juliaca está cambiando, siendo este inicio a menor edad.

TABLA 2. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES, SEGÚN GRUPO DE EDAD, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Complicaciones obstétricas	No.	%
Una sola complicación		
Anemia	10	13.5
Amenaza de aborto	8	10.8
Infección del tracto urinario	6	8.1
Pre eclampsia	6	8.1
Desgarro perineal	6	8.1
Oligo hidramnios	6	8.1
Ruptura prematura de membranas	2	2.7
Desprendimiento prematuro de placenta	2	2.7
Síndrome de Hellp	1	1.3
Sub total	47	63.5
Dos complicaciones	No.	%
Preeclampsia + Anemia	10	13.5
Infección del tracto urinario + Ruptura prematura de membranas	7	9.6
Infección del tracto urinario + Anemia	6	8.1
infección del tracto urinario + Amenaza de aborto	3	4.1
infección del tracto urinario + Preeclampsia	1	1.3
Sub total	27	36.5
Total	74	100.00

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 2 se observa que 74 gestantes complicaciones obstétricas, unas presentaron una sola complicación obstétrica y otras presentaron 2 complicaciones obstétricas en forma simultánea, en las gestantes que presentaron una sola complicación tenemos en primer lugar la anemia con 10 casos (13.5%), luego la amenaza de aborto con 8 casos (10.8%), seguidamente infección del tracto urinario, pre eclampsia, desgarro perineal, oligohidramnios, con 6 casos cada una (8.1%), después ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta con 2 casos cada uno (2.7%) y finalmente síndrome de Hellp con 1 caso (1.3%); y en las gestantes que presentaron 2 complicaciones, en primer lugar esta pre eclampsia mas anemia con 10 casos (13.5%), seguidamente infección del tracto urinario mas ruptura prematura de membranas con 7 casos (9.6%), luego infección del tracto urinario más anemia con 6 casos (8.1%), a continuación infección del tracto urinario más amenaza de aborto con 3 casos (4.1%), y por ultimo infección del tracto urinario mas pre eclampsia con 1 caso (1.3%); por otro lado se observa que la infección del tracto urinario se encuentra en varias gestantes, si analizamos la presencia de infección urinaria ya sea sola o acompañada de otra complicación veremos que se encuentra en 23 gestantes.

Terán G, en Arequipa en el 2014, reporto cifras parecidas a las nuestras, señalo en primer lugar la anemia con 33.0% e infección del tracto urinario con 16.5% (23)

Pero, otros autores reportaron hallazgos diferentes a los nuestros, encontraron otras patologías en primer lugar así tenemos que, Velastegui J y Col, en Ecuador en el 2016, reporto aborto con 28% (13); Sánchez L, en el 2013 en Iquitos, reporto infección del tracto urinario con 28.3% y anemia en segundo lugar con 27.5% (21).

Nosotros encontramos como principal complicación obstétrica la anemia, esto se explica porque la Región Puno presenta el índice mas alto de anemia en niños y gestantes de todo el País; En Juliaca la anemia que se presenta 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 (40).

TABLA 3. COMPLICACIONES PERINATALES, SEGÚN GRUPO DE EDAD DE LA GESTANTE ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Complicaciones perinatales	No.	%
Síndrome de distrés respiratorio	21	32.8
Retardo de crecimiento intrauterino	20	31.3
Apgar menor a 7	11	17.2
Ictericia	4	6.3
Caput succedaneum	3	4.6
Fractura de clavícula	2	3.1
Sepsis	2	3.1
Céfalo hematoma	1	1.6
Total	64	100.0

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 3 presentamos que 64 recién nacidos presentaron complicaciones perinatales, la complicación perinatal más frecuente fue el síndrome de distrés respiratorio con 21 casos (32.8%), luego retardo del crecimiento intrauterino con 20 casos (31.3%), después Apgar menor a 7 con 11 casos (17.2%), seguidamente ictericia con 4 casos (6.3%), a continuación Caput succedaneum con 3 casos (4.6%), sigue fractura de clavícula y sepsis con 2 casos cada uno (3.1%), y por último cefalohematoma con 1 caso (1.6%).

Otros autores reportaron hallazgos similares a los nuestros, ellos indican como primera causa de complicación perinatal el síndrome de distrés respiratorio, así tenemos

que, Carrera S y Col, en el 2015 en México, reporto el 48% (15), Ángeles S, en Huancayo en el 2013, el 24% (24); La Rosa A, en Lima en el 2012, encontró el 96.8% (25)

Pero, otros autores reportaron hallazgos diferentes a los nuestros, ellos reportaron para el primer lugar otras complicaciones, así tenemos que Leiva E y Col, en Sullana en el 2014, encontró la hiperbilirrubinemia con 22.7% (17); Tocto M, en Tarapoto en el 2015, señalo el bajo peso al nacer con 36.0% (19); Sánchez L, en el 2013 en Iquitos reporto el bajo peso al nacer 27.5% (21).

Nosotros encontramos el síndrome de distrés respiratorio, que es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende varias entidades patológicas, es una condición de insuficiencia respiratoria cuya aparición se da durante o inmediatamente después del nacimiento y está en íntima relación con alteraciones del desarrollo pulmonar, problemas en la adaptación respiratoria luego del nacimiento, patologías infecciosas, presencia de otras entidades como: afecciones cardiovasculares, anemia, hipotermia, asfixia perinatal, y sin duda, nuestro hallazgo es importante porque esta es la patología que produce más ingresos a las unidades de cuidados intensivos neonatales y que en algún momento podrían requerir ventilación mecánica en el neonato, lo que hay que tener en consideración para el planeamiento de recursos en la UCIN (54).

FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS:

De la tabla 4 a la 8 se presenta los factores en relación a la presencia o no de complicación obstétrica en la gestante.

**TABLA 4. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN GRUPO DE EDAD,
EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA,
EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.**

Edad de la gestante	Complicaciones Obstétricas						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No	%	No.	%	No.	%			
10 – 13	2	2.7	0	0	2	2.2	Indefinido	Indefinido	0.61
14 – 16	30	40.5	7	33.3	37	38.9	1.36	0.49-3.77	0.37
17 – 19	42	56.8	14	66.7	56	58.9	0.65	0.23-1.81	0.29
Total	74	100.0	21	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 4 analizamos la asociación entre edad de la gestante y complicaciones obstétricas, y observamos que en el grupo de gestantes de 10 a 13 años hubo 2 complicaciones obstétricas (2.7%) y no hubo ningún caso sin complicación obstétrica (0%), aunque la mayor frecuencia se dio en las complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre este grupo de edad con la presentación de complicaciones obstétricas (OR e IC indefinidos y p:0.61); por otro lado en el grupo de gestantes de 14 a 16 años se presentaron 30 casos de complicaciones obstétricas (40.5%) y 7 casos sin complicaciones obstétricas (33.3%), de igual manera que en el grupo anterior, aunque la mayor proporción se presentó en gestantes con complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre dicho grupo de edad y complicación obstétrica (OR:1.36, IC:0.49-3.77, p:0.37); también evidenciamos que en el grupo de gestantes de 17 a 19 años se presentaron 42 casos de complicaciones obstétricas (56.8%) y 14 casos sin complicaciones obstétricas (66.7%), de la misma forma que en los grupos anteriores, aunque la mayor proporción se dio en gestantes con complicaciones obstétricas, no se evidencio asociación entre este grupo de edad y complicación obstétrica (OR:0.65, IC:0.23-1.81, p:0.29).

A nivel internacional, Velastegui J, y Col, en Ecuador en el 2016, reporto valores parecidos a los nuestros, complicaciones en el 1% para gestantes entre 10 a 13 años, el 41% para gestantes adolescentes entre 14 a 16 años y el 58% para adolescentes entre 17 y 19 años (13).

A nivel nacional, Sánchez L en el 2013 en Iquitos, al igual que nosotros, no encontró asociación entre edad de la adolescente y complicaciones obstetricas (Chi cuadrado: 0.76, p:0.38) (21)

Nosotros reportamos la mayor frecuencia de embarazos en adolescentes tardías, pero no encontramos asociación entre edad de la adolescente y complicaciones obstétricas, lo que quiere decir que las complicaciones pueden presentarse indistintamente en cualquiera de las fases de la adolescencia, pero es importante mencionar que uno de los principales problemas de salud son los embarazos y partos precoces, las complicaciones relacionadas con ese embarazo son la principal causa de mortalidad de la adolescente a nivel mundial, lo mismo que ocurre en la Región Puno, debido a que las adolescentes no están preparadas ni físicas ni psicológicamente para el embarazo; también están expuestas a enfermedades de transmisión sexual, alcohol, drogas, malnutrición, consumo de tabaco, etc. (30).

TABLA 5. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN CONVIVENCIA CON SU PAREJA, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Convivencia con pareja	Complicaciones Obstétricas						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
Si	34	45.9	11	52.4	45	47.4	0.77	0.29-2.04	0.31
No	40	54.1	10	47.6	50	52.6	1.29	0.49-3.41	0.39
Total	74	100.0	21	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 5 evaluamos la asociación entre convivencia de la gestante con su pareja y complicaciones obstétricas, y encontramos que en las gestantes que tienen convivencia con su pareja se presentaron 34 casos de complicaciones obstétricas (45.9%) y 11 casos sin complicaciones obstétricas (52.4%), aunque la mayor proporción se presentó en gestantes con complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre convivencia de la gestante con su pareja y complicación obstétrica (OR:0.77, IC:0.29-2.04, p:0.31); y en las gestantes que no tenían convivencia con su pareja se presentaron 40 casos de complicaciones obstétricas (54.1%) y 10 casos sin complicaciones obstétricas (47.6%), aunque la mayor proporción se presentó en gestantes con complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre la no convivencia de la gestante con su pareja y complicación obstétrica (OR:1.29, IC:0.49-3.41, p:0.39).

Barrera J y Col en México en el 2014, encontró valores parecidos a los nuestros, señaló para madre sin pareja el 7%, y no encontró asociación entre convivencia con pareja y complicación obstétrica (OR:1.37, IC:0.82-2.28, p:0.21) (16).

Nosotros encontramos que más de la mitad de las gestantes adolescentes no tenían convivencia con su pareja, pero no se encontró asociación entre dicha situación y la

complicación materna, se menciona que la convivencia por sí sola no es un factor de riesgo, pero se encuentra relacionada con otros factores como el nivel socio económico, la cultura; y la ausencia de la pareja influye en que la gestante no tenga dinero para su alimentación adecuada, no tenga el soporte para acudir a sus controles prenatales y se encuentre en mas estado psicológico, lo que repercutirá en su embarazo (31).

TABLA 6. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN PARIDAD, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Paridad	Complicaciones Obstétricas						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
Primípara	61	82.4	19	90.5	80	84.2	0.49	0.10-2.38	0.30
Segundípara	13	17.6	2	9.5	15	15.8	2.02	0.42-9.77	0.30
Total	74	100.0	21	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 6 analizamos la asociación entre paridad de la gestante y complicaciones obstétricas, y evidenciamos que en el grupo de gestantes primíparas hubo 61 complicaciones obstétricas (82.4%) y 19 sin complicaciones (90.5%), aunque el mayor número se dio en las complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre primíparas con la presentación de complicaciones obstétricas (OR:0.49, IC:0.10-2.38, p:0.30); por otro lado en el grupo de gestantes segundiparas se presentaron 13 casos de complicaciones obstétricas (17.6%) y 2 casos sin complicaciones obstétricas (9.5%), de igual manera que en el grupo anterior, aunque la mayor proporción se presentó en gestantes con complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre segundiparas y complicación obstétrica (OR:2.2, IC:0.42-9.77, p:0.30).

Sánchez L, en el 2013 en Iquitos, al igual que nosotros no encontró asociación entre paridad y complicaciones obstétricas (Chi cuadrado: 3.45, p:0.17) (21).

En nuestros resultados indicamos que no se evidencio asociación entre paridad y complicaciones obstétricas, pero la literatura menciona que a partir de tercera gestación son más frecuentes las complicaciones, tales como, placentas de inserción baja, atonías uterinas, etc. por lo tanto estas adolescentes van a ser más propensas, a temprana edad, de padecer dichas complicaciones (32), lo cual no se refleja en nuestro estudio.

TABLA 7. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN CONTROL PRENATAL, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Control prenatal (numero)	Complicaciones Obstétricas						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
0	3	4.1	1	4.8	4	4.2	0.85	0.08-8.57	0.6
1 a 5	25	33.8	2	9.5	27	28.4	4.85	1.04-22.48	0.02
6 a mas	46	62.1	18	85.7	64	67.4	0.20	0.04-0.95	0.02
Total	74	100.0	21	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 7 examinamos la asociación entre control prenatal de la gestante y complicaciones obstétricas, y observamos que en el grupo de gestantes con ningún control hubo 3 complicaciones obstétricas (4.1%) y 1 caso sin complicación obstétrica (4.8%), aunque la mayor frecuencia se dio en las complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre ningún control prenatal con la presentación de complicaciones obstétricas (OR:0.85, IC:0.08-8.57, p:0.6); por otro lado en el grupo de gestantes con 1 a

5 controles se presentaron 25 casos de complicaciones obstétricas (33.8%) y 2 casos sin complicaciones obstétricas (9.5%), evidenciamos que la mayor proporción se presentó en gestantes con complicaciones obstetricas, y se encontró asociación como factor de riesgo al control prenatal en número menor de 6 con la y complicación obstétrica (OR:4.85, IC:1.04-22.48, p:0.02), de acuerdo a esto decimos que las gestantes con menos de 6 controles prenatales tienen 4.85 veces más probabilidad de tener una complicación obstétrica en comparación a las gestantes con 6 o más controles; también observamos que en el grupo de gestantes con 6 o más controles prenatales presentaron 46 casos de complicaciones obstetricas (62.1%) y 18 casos sin complicaciones obstetricas (85.7%) y vemos que el porcentaje es mayor en gestantes sin complicaciones obstetricas, y se encontró asociación como factor protector, de controles prenatales de 6 más con complicación obstétrica (OR:0.20, IC:0.04-0.95, p:0.02), por lo que diríamos que las gestantes con 6 o más controles prenatales tienen menor probabilidad de presentar complicaciones obstetricas en comparación a las que tuvieron menos de 6 controles.

Sánchez L, en el 2013 en Iquitos, al igual que nosotros, encontró asociación entre controles prenatales más de 6 y complicaciones obstetricas (Chi cuadrado: 7.89, p:0.004) (21).

Nosotros encontramos que las gestantes adolescentes con menos de 6 controles prenatales tienen mas riesgo de presentar complicaciones maternas, en nuestro medio se explica porque muchos de los embarazos en adolescentes son ocultos y la mayoría llegan al establecimiento ya en el trabajo de parto; hay que considerar que la literatura menciona que en el control se evalúa la evolución del embarazo; es una oportunidad para que los profesionales de salud brinden 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; y las gestantes que no tienen controles no van a tener la oportunidad de recibir dicha orientación, y es por ello que su autocuidado permite que se presenten complicaciones en su embarazo; 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 (33).

TABLA 8. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, SEGÚN TIPO DE PARTO, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Tipo de parto	Complicaciones Obstétricas						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
Vaginal	24	32.4	9	42.9	33	34.7	0.64	0.23-1.72	0.26
Cesárea	50	67.6	12	57.1	62	65.3	1.56	0.57-1.55	0.26
Total	74	100.0	21	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 8 analizamos la asociación entre tipo de parto y complicaciones obstétricas, y evidenciamos que en el parto vaginal hubo 24 complicaciones obstétricas (32.4%) y 9 sin complicaciones (42.9%), aunque el mayor número se dio en las complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre parto vaginal con complicaciones obstétricas (OR:0.64, IC:0.23-1.72, p:0.26); por otro lado en el parto por cesárea se presentaron 50 casos de complicaciones obstétricas (67.6%) y 12 casos sin complicaciones obstétricas (57.1%), de igual manera que en el parto vaginal, aunque la mayor proporción se presentó en gestantes con complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre parto por cesárea y complicación obstétrica (OR:1.56, IC:0.57-1.55, p:0.26).

Chaiña C y Col, en Juliaca en el 2017, encontró valores diferentes a los nuestros, señalo para parto vaginal el 67% y para parto por cesárea el 33%, encontrando asociación entre tipo de parto y complicación obstétrica (Chi cuadrado: 17.56, p:0.001) (26).

Nosotros encontramos mayor proporción de partos por cesárea, pero no evidenciamos asociación entre tipo de parto y complicaciones obstétricas; la mayor proporción de cesáreas se explica porque en la adolescente, aparte de que su talla y peso no son adecuadas, existen muchas complicaciones que son indicación de cesárea, dentro de ellas tenemos, la preeclampsia, amenaza de aborto, infecciones, etc. Por otro lado, es importante saber que 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 (34,35).

FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES PERINATALES

De la tabla 9 a la tabla 13 se presenta los factores en relación a la presencia o no de complicaciones perinatales en el recién nacido.

TABLA 9. COMPLICACIONES PERINATALES, SEGÚN GRUPO DE EDAD, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Edad de la gestante	Complicaciones Perinatales						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
10 – 13	1	1.6	1	3.2	2	2.4	0.48	0.03-7.88	0.54
14 – 16	25	39.1	12	38.7	37	39.0	1.01	0.42-2.45	0.58
17 – 19	38	59.3	18	58.1	49	51.6	1.06	0.44-2.52	0.54
Total	64	100.0	31	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 9 analizamos la asociación entre edad de la gestante y complicaciones perinatales, y observamos que en el grupo de gestantes de 10 a 13 años hubo 1 complicación perinatal (1.6%) y 1 caso sin complicación perinatal (3.2%), el mayor porcentaje se dio en recién nacidos sin complicaciones perinatales, pero no se encontró asociación entre este grupo de edad y complicaciones perinatales (OR:0.48, IC:0.03-7.88, p:0.54); por otro lado en el grupo de gestantes de 14 a 16 años se presentaron 25 casos de complicaciones perinatales (39.1%) y 12 casos sin complicaciones perinatales (38.7%), aunque la mayor proporción se presentó en recién nacidos con complicaciones perinatales, no se encontró asociación entre dicho grupo de edad de la gestante y complicación perinatal (OR:1.01, IC:0.42-2.45, p:0.58); también evidenciamos que en el grupo de gestantes de 17 a 19 años se presentaron 38 casos de complicaciones perinatales (59.3%) y 18 casos sin complicaciones perinatales (58.1%), de la misma forma que en el grupo anterior, a pesar que la mayor proporción se dio en recién nacidos con complicaciones perinatales, no se encontró asociación entre este grupo de edad y complicación perinatal (OR:1.06, IC:0.44-2.52, p:0.54).

Sánchez L en el 2013 en Iquitos, a diferencia de nosotros, reporto asociación entre edad de la gestante adolescente y complicaciones perinatales (Chi cuadrado: 8.09, $p:0.004$) (21)

En nuestro estudio se encontró mayor frecuencia de embarazos en adolescentes tardías, pero no encontramos asociación entre edad de la adolescente y complicaciones perinatales, lo que quiere decir que las complicaciones pueden presentarse indistintamente en cualquiera de las fases de la adolescencia, pero es importante mencionar que de acuerdo a la literatura, uno de los principales problemas de salud son los embarazos y partos precoces, las complicaciones relacionadas con ese embarazo son la principal causa de mortalidad perinatal a nivel mundial, lo mismo que ocurre en la Región Puno, debido a que las adolescentes no están preparadas ni físicas ni psicológicamente para el embarazo; también están expuestas a enfermedades de transmisión sexual, alcohol, drogas, malnutrición, consumo de tabaco, etc. Lo que repercute en la salud del feto o recién nacido (30).

TABLA 10. COMPLICACIONES PERINATALES, SEGÚN CONVIVENCIA CON SU PAREJA, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Convivencia con pareja	Complicaciones Perinatales						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
Si	32	50.0	13	41.9	45	47.4	1.38	0.58-3.29	0.30
No	32	50.0	18	58.1	50	42.6	0.72	0.30-1.72	0.30
Total	64	100.0	31	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 10 evaluamos la asociación entre convivencia de la gestante con su pareja y complicaciones perinatales, y encontramos que en las gestantes que tienen convivencia con su pareja se presentaron 32 casos de complicaciones perinatales (50.0%) y 13 casos sin complicaciones perinatales (41.9%), aunque la mayor proporción se presentó en gestantes con complicaciones perinatales, no se encontró asociación entre convivencia de la gestante con su pareja y complicación perinatal (OR:1.38, IC:0.58-3.29, p:0.30); por otro lado las gestantes que no tenían convivencia con su pareja presentaron 32 casos de complicaciones perinatales (50.0%) y 18 casos sin complicaciones perinatales (58.1%), aunque la mayor proporción se presentó en gestantes sin complicaciones perinatales, no se encontró asociación entre no tener convivencia de la gestante con su pareja y complicación perinatal (OR:0.72, IC:0.30-1.72, p:0.30).

Barrera J y Col, en México en el 2014, reporto para madre sin pareja el 7%, y al igual que nosotros no encontró asociación (OR:1.37, IC:0.82-2.28, p:0.21) (16).

Nosotros encontramos que la mitad de las gestantes adolescentes no tenían convivencia con su pareja, pero no se encontró asociación entre dicha situación y la complicación perinatal, se menciona que la convivencia por sí sola no es un factor de riesgo, pero se encuentra relacionada con otros factores como el nivel socio económico, la cultura; y la ausencia de la pareja influye en que la gestante no tenga dinero para su alimentación adecuada, no tenga el soporte para acudir a sus controles prenatales y se encuentre en mas estado psicológico, lo que repercutirá en el feto o el recién nacido (31).

TABLA 11. COMPLICACIONES PERINATALES, EN RELACIÓN A PARIDAD, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Paridad	Complicaciones Perinatales						OR	IC	P
	Sí		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
Primípara	53	82.8	27	87.1	80	84.2	0.71	0.20-2.45	0.41
Segundípara	11	17.2	4	12.9	15	15.8	1.40	0.41-1.41	0.41
Total	64	100.0	31	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 11 analizamos la asociación entre paridad de la gestante y complicaciones perinatales, y evidenciamos que en el grupo de primíparas hubo 53 complicaciones perinatales (82.4%) y 27 sin complicaciones (87.1%), aunque el mayor número se dio en las complicaciones perinatales, no se encontró asociación entre primíparas con la presentación de complicaciones perinatales (OR:0.71, IC:0.20-2.45, p:0.41); por otro lado en el grupo de segundiparas se presentaron 11 casos de complicaciones perinatales (17.2%) y 4 casos sin complicaciones perinatales (12.9%), de igual manera que en el grupo anterior, aunque la mayor proporción se presentó en recién nacidos con complicaciones perinatales, no se encontró asociación entre segundiparas y complicación perinatal (OR:1.40, IC:0.41-1.41, p:0.41).

Barrera J y Col en México en el 2014, al igual que nosotros, no encontró asociación con paridad (OR:1.15, IC:0.79-1.70) (16).

Sánchez L en el 2013 en Iquitos, tampoco encontró asociación entre paridad y complicaciones perinatales (Chi cuadrado: 0.90, p:0.64) (21)

En nuestros resultados indicamos que no se evidencio asociación entre paridad y complicaciones perinatales, la literatura menciona que a partir de tercera gestación son

más frecuentes las complicaciones, tales como, placentas de inserción baja, atonías uterinas, etc. por lo tanto estas adolescentes van a ser más propensas, a temprana edad, de padecer dichas complicaciones lo cual repercutirá en el feto o el neonato (32), lo cual no se evidencio en nuestros resultados.

TABLA 12. COMPLICACIONES PERINATALES, SEGÚN CONTROL PRENATAL, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Control prenatal (numero)	Complicaciones Perinatales						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
0	3	4.7	1	3.2	4	4.2	1.48	0.15-14.79	0.61
1 a 5	25	39.1	3	9.7	28	29.5	6.25	1.71-22.87	0.001
6 a mas	36	56.2	27	87.1	63	66.3	0.16	0.043-0.59	0.0018
Total	64	100.0	31	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 12 examinamos la asociación entre control prenatal de la gestante y complicaciones perinatales, y observamos que en el grupo de gestantes con ningún control hubo 3 complicaciones perinatales (4.7%) y 1 caso sin complicación perinatal (3.2%), aunque la mayor frecuencia se dio en las complicaciones perinatales, no se encontró asociación entre ningún control prenatal con la presentación de complicaciones perinatales (OR:1.48, IC:0.15-14.79, p:0.61); por otro lado en el grupo de gestantes con 1 a 5 controles se presentaron 25 casos de complicaciones perinatales (39.1%) y 3 casos sin complicaciones perinatales (9.7%%), evidenciamos que la mayor proporción se presentó en recién nacidos con complicaciones perinatales, y se encontró asociación como factor de riesgo al control prenatal en número menor de 6 con la y complicación perinatal (OR:6.25, IC:1.71-22.87, p:0.001), de acuerdo a esto decimos que los recién nacidos de

madres con menos de 6 controles prenatales en su embarazo tienen 6.25 veces más probabilidad de tener una complicación perinatal en comparación a los recién nacidos de madres con 6 o más controles; también observamos que en el grupo de gestantes con 6 o más controles prenatales se presentaron 36 casos de complicaciones perinatales (56.2%) y 27 casos sin complicaciones perinatales (87.1%) y vemos que el porcentaje es mayor en recién nacidos sin complicaciones perinatales, y se encontró asociación como factor protector, de controles prenatales de 6 más con complicación perinatal (OR:0.16, IC:0.043-0.59, p:0.0018), por lo que diríamos que los recién nacidos de madres con 6 o más controles prenatales en su embarazo tienen menor probabilidad de presentar complicaciones perinatales en comparación los recién nacidos de madres con menos de 6 controles durante su embarazo.

Al igual que nosotros, Sánchez L en el 2013 en Iquitos encontró asociación entre control prenatal mayor a 6 y complicaciones perinatal (Chi cuadrado: 4.97, p:0.025) (21)

Pero, La Rosa A, en Lima en el 2012, indicó para control prenatal menor a 6 el 32.3% y no encontró asociación (OR:1.37, IC:0.97-1.94, p:0.10) (25)

Nosotros encontramos que los recién nacidos de gestantes adolescentes con menos de 6 controles prenatales tienen más riesgo de presentar complicaciones perinatales, en nuestro medio se explica porque muchos de los embarazos en adolescentes son ocultos y la mayoría llegan al establecimiento ya en el trabajo de parto; por otro lado, se conoce que en el control se evalúa la evolución del embarazo; es una oportunidad para que los profesionales de salud brinden atención, apoyo e información a las embarazadas; incluyendo la promoción de estilos de vida saludables, buena nutrición, la detección y la prevención de complicaciones en el feto, proponer asesoramiento para la planificación familiar y brindar apoyo a las mujeres que sufren de violencia de pareja; y las gestantes

que no tienen controles no van a tener la oportunidad de recibir dicha orientación, y es por ello que su autocuidado permite que se presenten complicaciones perinatales (33).

TABLA 13. COMPLICACIONES PERINATALES, EN RELACIÓN A TIPO DE PARTO, EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Tipo de parto	Complicaciones Perinatales						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
Vaginal	22	34.4	11	35.5	33	34.7	0.95	0.39-2.34	0.55
Cesárea	42	65.6	20	64.5	62	65.3	1.05	0.43-2.58	0.55
Total	64	100.0	31	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 13 analizamos la asociación entre tipo de parto y complicaciones perinatales, y evidenciamos que en el parto vaginal hubo 22 complicaciones perinatales (34.4%) y 11 sin complicaciones (35.5%), aunque el mayor número se dio en las complicaciones perinatales, no se encontró asociación entre parto vaginal con complicaciones perinatal (OR:0.95, IC:0.39-2.34, p:0.55); por otro lado en el parto por cesárea se presentaron 42 casos de complicaciones perinatales (65.6%) y 12 casos sin complicaciones perinatales (64.5%), de igual manera que en el parto vaginal, aunque la mayor proporción se presentó en recién nacidos con complicaciones obstétricas, no se encontró asociación entre parto por cesárea y complicación perinatal (OR:1.05, IC:0.43-2.58, p:0.55).

La Rosa A, en Lima en el 2012, señaló valores similares a los nuestros, indico para parto vaginal el 82.3% y para parto por cesárea el 17.7%, pero no encontró

asociación entre tipo de parto y complicación perinatal (OR:1.37, IC:0.97-1.94, p:0.093)
(25)

Nosotros encontramos mayor proporción de recién nacidos de partos por cesárea, pero no evidenciamos asociación entre tipo de parto y complicaciones perinatales; la mayor proporción de cesáreas se explica porque en la adolescente, aparte de que su talla y peso no son adecuadas, existen muchas complicaciones que son indicación de cesarea, dentro de ellas tenemos, la preeclampsia, amenaza de aborto, infecciones, etc. Por otro lado, es importante saber que en el parto por vía vaginal, existe traumas del parto que pueden comprometer la vitalidad del neonato, y por otro lado la indicación de la cesarea puede deberse a compromiso del feto; 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 (34,35).

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO EN RELACION A COMPLICACION OBSTETRICA

En las tablas 14 a la 19 se presenta las características del recién nacido, en relación a la presencia o no de complicación obstétrica en la gestante adolescente.

**TABLA 14. PESO DEL RECIÉN NACIDO, EN RELACIÓN A
COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA, EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A
DICIEMBRE 2018.**

Peso del recién nacido	Complicaciones Obstétricas						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No.	%	No.	%	No.	%			
Adecuado peso	51	68.9	20	95.2	71	74.7	0.11	0.01-0.87	0.009
Bajo peso	20	27.0	1	4.8	21	22.1	7.4	1.93-58.87	0.022
Sobre peso	3	4.1	0	0	3	3.2	Indefinido	Indefinido	0.46
Total	74	100.0	21	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 14 analizamos el peso del recién nacido en relación a la complicación obstétrica de la madre en su embarazo, y observamos que en los recién nacidos con peso adecuado en 51 casos (68.9%) la madre había tenido alguna complicación obstétrica y en 20 casos (95.2%) la madre no presentó complicación obstétrica, el mayor porcentaje se dio en las madres sin complicación obstétrica y se encontró asociación, como factor protector, la no presencia de complicación obstétrica y el peso adecuado del recién nacido (OR:0.11, IC:0.01-0.87, p:0.009), por lo tanto diríamos que los recién nacidos de madres que no tuvieron complicación obstétrica en su embarazo tienen mayor probabilidad de tener peso adecuado al nacer en comparación a los recién nacidos de madres que tuvieron complicaciones obstétricas en su embarazo; por otro lado en los recién nacidos con bajo peso en 20 casos (27.0%) la madre había tenido alguna complicación obstétrica y en 1 caso (4.8%) la madre no presentó complicación obstétrica, el mayor porcentaje se dio en las madres con complicación obstétrica y se encontró asociación, como factor de riesgo, la presencia de complicación obstétrica y el bajo del recién nacido (OR:7.4, IC:1.93-

58.87, $p:0.022$), por lo tanto diríamos que los recién nacidos de madres que tuvieron complicación obstétrica en su embarazo tienen 7.4 veces más probabilidad de tener bajo peso al nacer en comparación a los recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas en su embarazo.

La Rosa A, en Lima en el 2012, señaló para bajo peso al nacer el 8.1%, y a diferencia de nosotros no encontró asociación entre peso del recién nacido con la complicación de madres adolescentes (Chi cuadrado:2.44, $p: 0.65$) (25)

Nosotros encontramos asociación entre bajo peso del recién nacido y complicación obstétrica de la madre, lo que indica que los recién nacidos de madres con complicación obstétrica tienen más riesgo de tener bajo peso al nacer, esto se explica porque las complicaciones en la gestación, tales como la preeclampsia, la anemia, van a influenciar en el feto.

**TABLA 15. EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO, SEGÚN
COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA, EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A
DICIEMBRE 2018.**

Edad gestacional del recién nacido	Complicaciones Obstétricas						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No	%	No	%	No.	%			
Pre termino	22	29.7	1	4.76	23	24.2	8.46	1.06-67.01	0.01
A termino	52	70.3	18	85.7	70	73.7	0.39	0.10-1.47	0.12
Post termino	0	0	2	9.5	2	2.1	Indefinido	Indefinido	0.04
Total	74	100.0	21	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 15 analizamos la edad gestacional del recién nacido en relación a la complicación obstétrica de la madre en su embarazo, y observamos que en los recién nacidos pre termino en 22 casos (29.7%) la madre había tenido alguna complicación obstétrica y en 1 caso (4.76%) la madre no presento complicación obstétrica, el mayor porcentaje se dio en las madres con complicación obstétrica y se encontró asociación, como factor de riesgo, la complicación obstétrica y el nacimiento pre termino (OR:8.46, IC:1.06-67.01, p:0.01), por lo tanto diríamos que los recién nacidos de madres que tuvieron complicación obstétrica en su embarazo tienen 8.46 veces más riesgo de nacimiento pretérmino en comparación a los recién nacidos de madres que no tuvieron complicaciones obstétricas en su embarazo; por otro lado en los recién nacidos a término en 52 casos (70.3%) la madre había tenido alguna complicación obstétrica y en 18 casos (85.7%) la madre no presento complicación obstétrica, el mayor porcentaje se dio en las madres sin complicación obstétrica pero no se encontró asociación entre la ausencia de complicación obstétrica y el nacimiento a término (OR:0.39, IC:0.10-1.47, p:0.12); así mismo observamos que en los recién nacidos post termino no se presentó ningún caso en las madres que habían tenido alguna complicación obstétrica y en 2 casos (9.5%) la madre no presento complicación obstétrica, y no se encontró asociación entre la ausencia de complicación obstétrica y el nacimiento post termino (OR e IC: Indefinido, p:0.04)

Al igual que nosotros otros autores reportaron asociación entre edad gestacional y complicaciones obstétricas de la gestante, así tenemos, Barrera J y Col, en México en el 2014, señalo para recién nacido pretérmino el 21% (p:0.003) (16); Sánchez L, en el 2013 en Iquitos (Chi cuadrado: 11.63, p:0.0001) (21)

A diferencia de nosotros, otros autores no encontraron asociación, así tenemos Leiva E y Col en Sullana en el 2014, reporto para recién nacido pretérmino el 27.8%

(p:0.09) (17); La Rosa A, en Lima en el 2012, indico para recién nacido pre termino el 8.1% (Chi cuadrado: 0.44, p:0.80) (25)

Nosotros encontramos asociación entre edad gestacional y complicación obstétrica de la madre, lo que indica que los recién nacidos de madres con complicación obstétrica tienen más riesgo de ser pretérmino, esto se explica porque las complicaciones en la gestación, tales como la preeclampsia, la anemia, van a influenciar en el feto; además las indicaciones de cesárea son muchas veces para mantener la viabilidad del producto arriesgando la edad gestacional.

TABLA 16. PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDOS, SEGÚN COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA, EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Peso para edad gestacional del recién nacido	Complicaciones Obstétricas						OR	IC	P
	Si		No		Total				
	No	%	No	%	No	%			
AEG	50	67.6	20	95.2	70	73.7	0.10	0.01-0.82	0.007
PEG	20	27.0	1	4.8	21	22.1	8.0	1.01-63.66	0.017
GEG	4	5.4	0	0	4	4.2	Indefinido	Indefinido	0.04
Total	74	100.0	21	100.0	95	100.0	-	-	-

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 16 evaluamos el peso para la edad gestacional del recién nacido en relación a la complicación obstétrica de la madre en su embarazo, y observamos que en los recién nacidos con peso adecuado para la edad gestacional en 50 casos (67.6%) la madre había tenido alguna complicación obstétrica y en 20 casos (95.2%) la madre no

presento complicación obstétrica, el mayor porcentaje se dio en las madres sin complicación obstétrica y se encontró asociación, como factor protector, la ausencia de complicación obstétrica para el nacimiento con peso adecuado para la edad gestacional (OR:0.10, IC:0.01-0.82, p:0.007), por lo tanto diríamos que los recién nacidos de madres que no tuvieron complicación obstétrica en su embarazo tienen mayor posibilidad tener un peso adecuado para la edad gestacional en su nacimiento en comparación a los recién nacidos de madres que si tuvieron complicaciones obstétricas en su embarazo; por otro lado en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional en 20 casos (27.0%) la madre había tenido alguna complicación obstétrica y en 1 casos (4.8%) la madre no presento complicación obstétrica, el mayor porcentaje se dio en las madres con complicación obstétrica y se encontró asociación, como factor de riesgo, entre la ausencia de complicación obstétrica y el pequeño para la edad gestacional al nacimiento (OR:8.0, IC:1.01-63.66, p:0.017), por lo que diríamos que los recién nacidos de madres con complicación obstétrica en su embarazo tienen 8 veces más riesgo de ser pequeños para la edad gestacional al nacimiento, en comparación a los recién nacidos de madres que no tuvieron complicación obstétrica en su embarazo; así mismo observamos que en los recién nacidos grandes para la edad gestacional no se presentó ningún caso en las madres sin complicación obstétrica y en 4 casos (5.4%) la madre presento complicación obstétrica, y no se encontró asociación entre la ausencia de complicación obstétrica y recién nacido grande para la edad gestacional (OR e IC: Indefinido, p:0.04).

A diferencia de nosotros, en otros estudios no se encontró asociación entre bajo peso para la edad gestacional y complicaciones obstétricas, así tenemos que, Carrera S y Col en el 2015 en México, reporto para AEG y PEG el 48% en cada caso (p:0.3)(15), Barrera J y Col en México en el 2014 señalo para PEG el 7.5% (p:0.012)(16); Leiva E y Col en Sullana en el 2014 reporto para PEG el 19.5% (p:0.63) (17); La Rosa A, en Lima

en el 2012, señalo para pequeño para la edad gestacional el 9.7% (Chi cuadrado: 3.74, p:0.44) (25)

Nosotros encontramos asociación entre la adecuación del peso del recién nacido con su edad gestacional y complicaciones obstétricas, por lo tanto una gestante adolescente con complicaciones en su embarazo tiene más riesgo de tener un recién nacido pequeño para la edad gestacional; esto se explica por una falla del feto para alcanzar su óptimo potencial de crecimiento; se asocia a hipertensión, tabaco, infecciones, desnutrición y factores desconocidos o inexplicables; la función placentaria alterada, se evidencia por Doppler anómalo de la arteria umbilical o reducción de la velocidad de crecimiento (51,52).

TABLA 17. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Factor	OR	IC	P
Control prenatal en número menor de 6	4.85	1.04-22.48	0.02

En la tabla 17 se observa que el factor de riesgo para complicaciones obstétricas es el control prenatal en número menor de 6, lo que indica que las gestantes adolescentes que tienen su control prenatal en número menor de 6 tienen 4.85 veces más riesgo de presentar una complicación obstétrica en comparación a las que tuvieron 6 o más controles.

TABLA 18. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTE, ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018.

Factor	OR	IC	P
Control prenatal en número menor de 6	6.25	1.71-22.48	0.001

En la tabla 18 se observa que el factor de riesgo para complicaciones perinatales es el control prenatal en número menor de 6, lo que indica que el recién nacido de gestantes adolescentes que tienen su control prenatal en número menor de 6 tienen 6.25 veces más riesgo de tener una complicación perinatal en comparación a los recién nacidos de madres que tuvieron 6 o más controles.

TABLA 19. COMPLICACIONES PERINATALES ASOCIADAS A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTE,

**ATENDIDAS EN EL HCMM DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A
DICIEMBRE 2018.**

Complicación	OR	IC	P
Bajo peso al nacer	7.4	1.93-58.57	0.022
Recién nacidos pre termino	8.46	1.06-67.01	0.01
Pequeño para la edad gestacional	8.0	1.01-63.66	0.017

En la tabla 19 se observa que las complicaciones perinatales asociadas a complicación obstétrica son Bajo peso al nacer, recién nacidos pre termino, Pequeños para la edad gestacional; lo que quiere decir que los recién nacidos de gestantes que tuvieron alguna complicación obstétrica tienen 7.4 veces más riesgo de tener bajo peso al nacer en comparación a los recién nacidos de gestantes que no tuvieron complicación obstétrica; también, los recién nacidos de gestantes que tuvieron alguna complicación obstétrica tienen 8.46 veces más riesgo de ser pre termino al nacer en comparación a los recién nacidos de gestantes que no tuvieron complicación obstétrica; así mismo, los recién nacidos de gestantes que tuvieron alguna complicación obstétrica tienen 8.0 veces más riesgo de ser pequeños para la edad gestacional al nacer en comparación a los recién nacidos de gestantes que no tuvieron complicación obstétrica.

V. CONCLUSIONES

1. La mayor proporción de gestantes en nuestro trabajo fueron adolescentes con edad entre 17 a 19 años.
2. Las principales complicaciones obstétricas que presentaron las gestantes adolescentes fueron: anemia, amenaza de aborto e infección del tracto urinario.
3. Las principales complicaciones perinatales que presentaron fueron: síndrome de distrés respiratorio, retardo de crecimiento intrauterino y APGAR menor a 7.
4. El factor asociado a la presentación de complicaciones obstétricas y perinatales fue el control prenatal en número menor a 6.
5. Las complicaciones perinatales asociadas a la presentación de complicación obstétrica fueron bajo peso al nacer, recién nacido pre-término y pequeño para la edad gestacional.

6. CONCLUSION GENERAL

El número de controles prenatales deficiente (< 6) se relaciona a mayor riesgo de presentar complicaciones durante la gestación, y aumento en el riesgo de complicaciones perinatales.

VI. RECOMENDACIONES

1. El Hospital Carlos Monge Medrano debe diseñar estrategias para la atención de las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes, tomando en consideración los factores descritos en el presente estudio.
2. En la región de Puno se debe realizar la prevención y promoción de salud, teniendo en cuenta las principales complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes para disminuir su frecuencia.
3. El Hospital Carlos Monge Medrano debe tener en cuenta las principales complicaciones perinatales y reconocerlas para una actuación adecuada del profesional de la salud.
4. Se debe hacer énfasis en el número de controles pre-natales adecuados, en las gestantes adolescentes por el mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas y perinatales.
5. Los hallazgos del presente estudio deben servir para diseñar otros estudios de investigación de este tema, considerando otras variables, no descritas en el presente estudio, y es importante realizar estudios prospectivos.
6. Realizar investigaciones similares al presente estudio, en otros hospitales de la Región Puno, para determinar similitudes o diferencias con nuestros resultados.

VII. REFERENCIAS

1. Chedraui P, Hidalgo L, Chávez M, San Miguel G. Determinant factors in Ecuador related to pregnancy among adolescents aged 15 or less. J Perinat Med. 2004;32(4):337-41.
2. Organización Mundial de la Salud, Datos y Cifras. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index2.html
3. Embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Disponible en: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20adolescente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf>
4. UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). EUA: Maternidad en la niñez. UNFPA; 2013. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
5. INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Internet]. INEI; 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
6. Itati A. y Col. Resultados perinatales en madres adolescentes. Revista Argentina de pediatría. 2011; 18(7):3. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-de-riesgo-maternos-parto-prematuro/7/>
7. Clifton D. Los Jóvenes en el mundo, cuadro de datos. Boletín informativo de Population Reference Bureau (PRB). 2013. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/2013/worlds-youth-datasheet-sp.aspx>

8. Oficina de estadística e informática. Dirección Regional de Salud. Puno 2018.
9. Cervantes R. Aspectos biológicos del embarazo precoz Lima: UNICEF/Consortio mujer; 1993.
10. Verdura J, Raimundo C., Fernández C., Rosana M. Bajo peso al nacer y prematuridad en hijos de madres adolescentes de un centro materno neonatal de la ciudad de Corrientes. RP - VI CM. 2011; (205): 6-9. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista205/2_205.pdf
11. who.int: World Health Organization. Suiza: WHO; 2016. Programas y proyectos: Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/
12. MINSA (Ministerio de Salud). Perú: Boletín estadístico de nacimientos Perú - 2015. MINSA; 2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
13. 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):37-44
14. 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 July 2016; 12(21): 25-34.
15. 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):49-53

16. 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):67-72
17. Leiva E, Leiva C, Leiva D. El recién nacido de madre adolescente. *rev chil obstet ginecol* 2019; 83(6): 559 – 566
18. Montalván H. Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del Hospital Sergio Bernales enero – diciembre 2016. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima Perú. 2017.
19. 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. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto Perú. 2017.
20. Navarro P, Características perinatales de recién nacidos de madres adolescente en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo enero – diciembre 2015. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma. Lima Perú. 2016.
21. Sánchez L. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes medias y tardías atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García enero a diciembre 2013. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Punchana Iquitos Perú. 2014.
22. 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. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú. 2015.

23. Terán G. Características materno-perinatales y complicaciones del embarazo en adolescentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa Perú. 2015.
24. Ángeles S. Características del recién nacido de madres adolescentes en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen de Huancayo periodo abril – junio 2013” para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Universidad Peruana del Centro. Huancayo Perú 2015.
25. La Rosa A. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz. Med. 2015; 15(1) Lima ene./mar. 2015:40-20
26. Chayña C, Orcco F. Complicaciones materno-perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano junio - agosto 2017. Tesis para optar el título profesional de obstetra. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Juliaca Perú. 2017.
27. 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):90-97
28. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. Távara O L, editor. Lima, Perú: Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obstétrica y Ginecología (FLASOG), Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos; 2010.
29. Vallejo B. Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista médica de Costa Rica y Centro america 2013; 70; (605):65-69.

30. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Mayo 2017. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
31. Ales K, Druzin M, Santini D. Impact of advanced maternal age on the outcome of pregnancy. Surg Gynecol Obstet; 1990;171(3):209-16. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php>.
32. Leal C, Matienzo B, Vielman N, Villa L. Factores De Riesgo De Morbilidad Materna Extrema. Guatemala Tesis para optar el título de médico. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015. Disponible en:
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/2515/1/TESIS.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Ginebra. 2016. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>
34. Yanque R. Reseña Histórica: la operación cesárea en el Perú. Ginecol Obstet Perú. 1991; 37(77): 11.
35. Sardiñas R. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2009; 73:155-159.
36. Pacheco, R. Ginecología-obstetricia y Reproducción. Tomo II. 2ª edición. 2007.ISB 978-603-4532-05. Lima-Perú.
37. Ohoa A, Perez J. Amenaza de Parto Pretérmino - Rotura Prematura de Membranas - Corioamnioitis. An Sist Sanit Navar. 2009; 32 (1): 105-119.
38. Cabero L. Parto pretérmino. En: Luis Cabero Roura (editor). Elevado Riesgo Obstétrico. Barcelona: Masson SA; 1996: 47-95.

39. Menéndez G, Navas I. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista de Obstetricia. Cuba.* 2012; 38(3):333-342. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin06312.htm.
40. Cooper L, Leland N, Alexander G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. *Soc Biol* 1995; 42(1-2):22-35.
41. Vallejos, M. Complicaciones más frecuentes de las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad. Perú 2014.
42. Oliva J; Herrear V; Domínguez F. Riesgo Reproductivo. *Colombiana de obstetricia y Ginecología* 2009; 68(1)
43. Gadw, E y Fiorillo, A. *Obstetricia en Esquema*. Editorial el ateneo. Lodormilk. Sexta Edición: Primera Edición. Buenos Aires, 2004.
44. Hübner M, Juárez M. Test de Apgar: después de medio siglo sigue vigente. *Rev. Med. Chile.*2002; 130(8):925-930.
45. Martin J, Hamilton B, Osterman M, Discroll A, Mathews T. Births: Final Data for 2015. *Natl Vital Stat Rep.* 2017; 66(1):1–69.
46. Manning F. General principles and applications of ultrasonography. In Creasy RK, Resnik R, (eds). *Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. Philadelphia: Saunders, 2004.
47. RCOG Guideline No. 31. The investigation and management of the small for gestational age fetus. November 2013. Disponible en www.rcog.org.uk.
48. Garite TJ, Clark R, Thorp JA. Intrauterine growth restriction increases morbidity and mortality among premature neonates. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:481-7.
4. Resnik R. Intrauterine growth restriction. *Obstet Gynecol* 2002; 99:490-6.

49. Tan T, Yeo G. Intrauterine growth restriction. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17:135-42.
50. Resnik R, Creasy R. Intrauterine growth restriction. In Creasy RK, Resnik R. (eds). *Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. Philadelphia: Saunders, 2004. 9. Brodsky D, Christou H. Current concepts in intrauterine growth restriction. *J Intensive Care Med* 2004; 19:307-19.
51. Baschat A. Fetal growth disorders in high risk pregnancies management options. James D, Steer P, Weiner C, Gonik B (eds). Saunders Elsevier (Publ). Philadelphia, 2006. 12:240-71. 11.
52. Ville Y, Nyberg D. Growth, Doppler and fetal assessment. In: Nyberg DA, McGahan JP, Petrorius DH, Pilu G. (eds). *Diagnostic imaging of fetal anomalies*. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins; 2003. pp 31-58.
53. Cotallo G, Sastre J, Colomer B, López N, Martín S. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Junta Dir Asoc Esp Pediatría*. 2002. Disponible en:
<http://www.ceince.edu.bo/descargas/neonatologia-completo.pdf#page=262>
54. Andrader D. distrés respiratoria en neonatología: Dificultad respiratoria en neonatología, distrés respiratoria en neonatología. 2016. Disponible en:
<http://disestresresp>
55. Meneghello *Pediatría* quinta edición Editorial Medica Panamericana S.A. Marcelo T. de Aalvear 2145- Buenos Aires - Argentina Editorial Medica Panamericana Alberto Alcocer 24 – Madrid España 1997
56. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. *Tecnologías Perinatales*. CLAP-OPS/OMS publicación CLAP No 1255, marzo 1992 Montevideo, Uruguay

57. Kingsley Manoj Kumar S, Vishnu Bhat B. Current challenges and future perspectives in neonatal sepsis. *Pediatric Infectious Disease*. 2015; 7(2):41-6.
58. Camacho A, Spearman P, Stoll B. Neonatal Infectious Diseases: Evaluation of Neonatal Sepsis. *Pediatric Clinics of North America*. 2013; 60(2):367-89.

ANEXOS

A. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA, EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE 2018

FICHA No:.....

1.- Iniciales de Apellidos y nombres gestante

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA GESTANTE

2.- Edad de la gestante:años

3.- convivencia con pareja:

3.1.- con pareja estable ()

3.2.- sin pareja estable ()

CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS DE LA GESTANTE

3.6 4. Numero de gestaciones previas.....

5.- Edad gestacionalsemanas

6.- Control prenatal:

6.1. Si () cuantos.....

6.2. No ()

7.- Tipo de parto:

7.1. Vaginal ()

7.2. Cesárea () indicación.....

CARACTERISTICAS PERINATALES

8.- Peso del recién nacido..... gramos

8.1. Peso adecuado ()

8.2. Muy bajo peso ()

8.3. Bajo peso ()

8.4. Sobre peso ()

9.- Edad gestacional: semanas

9.1. Pre término ()

9.2. A termino ()

9.3. Post termino ()

10.- Adecuación para la edad gestacional:

10.1. Adecuado para la edad gestacional ()

10.2. Muy pequeño para la edad gestacional ()

10.3. Pequeño para la edad gestacional ()

10.4. Grande para la edad gestacional ()

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

11. Ninguna ()

12. Amenaza de aborto ()

13. Amenaza de parto prematuro ()

14. Parto pre termino ()

15. Infección del tracto urinario ()

16. Oligohidramnios ()

17. Polihidramnios ()

18. Anemia ()

19. Pre eclampsia ()

20. Ruptura prematura de membranas ()

21. Desprendimiento prematuro de placenta ()

22. Desgarros perineales ()

23. Otra:

COMPLICACIONES PERINATALES

23. Ninguna ()

24. RN APGAR menor de 7 ()

25. RN pre termino ()

26. RN pequeño para la edad gestacional ()

27. Síndrome de distrés respiratorio ()

28. Bajo peso al nacer ()

29. Infección neonatal (sepsis neonatal temprana) ()

30. Ictericia ()

31. Hipoglicemia ()

32. Otra: