

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS MATERNO PERINATALES DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL II LIMA
NORTE – CALLAO “LUIS NEGREIROS VEGA”, AÑO 2012**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

IDROGO BUSTAMANTE, JORGE LUIS

Bachiller en Medicina

CAJAMARCA – PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS MATERNO PERINATALES DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL II LIMA
NORTE- CALLAO "LUIS NEGREIROS VEGA", AÑO 2012**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

IDROGO BUSTAMANTE, Jorge Luis

Bachiller en Medicina

CAJAMARCA – PERÚ

2013

**CARACTERÍSTICAS MATERNO PERINATALES DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL II
LIMA NORTE - CALLAO "LUIS NEGREIROS VEGA",
AÑO 2012**

ASESOR:

MC. LUIS ALBERTO PINILLOS VILCA

Dedicado:

A Dios, porque me ha dado la oportunidad de vivir la experiencia del saber y por ayudarme a alcanzar mis metas.

A mis padres: Carlos M. Idrogo Idrogo e Hilda Bustamante Marrufo. He llegado a esta etapa gracias a ustedes; gracias por su paciencia y comprensión, porque a pesar de las dificultades y carencias han realizado el máximo esfuerzo para darme lo mejor; reconozco su infinito esfuerzo por educarme y formarme.

A mis hermanos: Eduard, Richard y Fernando, ustedes han sido un motor para lograr mis propósitos, gracias por su ayuda y fortaleza.

A mi tío Lucio, por su constante apoyo.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Cajamarca, en especial a la Facultad de Medicina Humana por abrirme sus puertas y permitirme hacer realidad mis sueños de culminar una carrera profesional.

Al MC. Luis Alberto Pinillos Vilca, asesor de tesis, por su valiosa guía en la realización de la misma.

Al Hospital II Lima Norte – Callao “Luis Negreiros Vega”, por permitirme realizar esta investigación.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

CONTENIDO

Ítem	Pág.
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos de la investigación	7
1.4.1. Objetivo general	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. Antecedentes	8
B. Bases teóricas	10
C. Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	
3.1. Hipótesis	20
3.2. Definición de variables	20

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO	
4.1. Tipo de estudio	22
4.2. Población y muestra	22
a. criterios de inclusión	22
b. criterios de exclusión	23
4.3. Técnicas para el procesamiento y el análisis de la información.	23
4.3.1. Técnica de recolección de datos.	23
4.3.2. Análisis estadístico.	24
CAPÍTULO V: RESULTADOS	25
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	37
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	41
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	49

RESUMEN

OBJETIVOS: Analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes. Identificar algunas características del recién nacido de madres adolescentes. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo, descriptivo. **LUGAR:** Hospital II Lima Norte – Callao “Luis Negreiros Vega”, EsSalud. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se analiza todos los partos en adolescentes atendidos durante el periodo enero-diciembre de 2012. **RESULTADOS:** Hubo un total de 213 partos en adolescentes (4.3%), sólo el 8.5 % era casada; la tasa de cesárea fue de 25.8 %. Para el 88.2% era su primer embarazo; el parto pretérmino ocurrió en 3.75%; 93.9 % de los recién nacidos pesó entre 2500 y 3999 g y 1.4 % menos de 2500 g y 5.6 % peso más de 4000 g. **CONCLUSIONES:** El porcentaje de partos adolescentes atendidos en EsSalud está en incremento. El parto pretérmino y las complicaciones materno perinatales son escasos.

PALABRAS CLAVE: Embarazo; Adolescencia; Cesárea.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the characteristics perinatales in women gestantes teen. Some identify characteristics of the newborn child of teen mothers. **DESIGN:** Retrospective, descriptive study. **MATERIALS AND METHODS:** Hospital II North Lima - Callao "Luis Negreiros Vega", EsSalud. **RESULTS:** There were a total of 213 deliveries in adolescents (4.3%), only 8.5% was married; the caesarean section rate was 25.8%. For the 88.2% was their first pregnancy; preterm delivery occurred at 3.75%; 93.9% of the newborn babies weighed between 2500 and 3999 g and 1.4% less than 2500 g and 5.6% weight more than 4000 g. **CONCLUSIONS:** The percentage of teen childbirths attended in EsSalud is in increase. The childbirth pretérmino and the complications maternoperinatales are scanty.

KEYWORDS: Pregnancy; adolescence; Caesarean section.

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye a cualquier edad un hecho biopsicosocial de gran impacto; que cobra mayor importancia en las adolescentes por los riesgos que puede conllevar para la salud tanto de la madre como del hijo. ⁽²⁰⁾

Una de las situaciones que ocurren hoy en día es el inicio cada vez más precoz de la vida sexual activa en los adolescentes, que es con frecuencia resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Esta liberación expone a las jóvenes a la posibilidad de un embarazo, que no es buscado ni esperado. ⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud define el embarazo en adolescentes como la gestación que se produce en una mujer entre los 10 y 19 años de edad. ⁽²⁾

En el 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble. La gran mayoría de adolescentes (el 88%) vive en países en desarrollo. En términos generales, 1 de cada 6 adolescentes vive en los países menos adelantados. ⁽⁹⁾

En el Perú hay más de 5 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad. ⁽⁴⁾ 13 de cada 100 adolescentes ya son madres y/o están embarazadas con el primer hijo. Constituyen el 21% de la población nacional. El 73% vive en zona urbana y el 27% vive en zona rural. La mayor prevalencia de embarazo en

adolescentes se presenta entre las mujeres de las regiones de la selva (25.3%), más pobres (22.4%) y con menor nivel educativo (33.9%).⁽⁴⁾

El objetivo general del presente estudio es identificar las características materno perinatales del embarazo en adolescentes en una institución de EsSalud, así como determinar algunas indicaciones de cesárea y algunas características del recién nacido.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema.

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. ⁽¹⁾ Se considera a la adolescencia como un proceso que, aunque primeramente biológico, trasciende al área psicosocial. ⁽²⁾

La adolescencia es un período de vida tan importante, que lo que ocurra en la salud, será decisivo para el nivel de salud y calidad de vida posteriores. En la etapa de la adolescencia, los jóvenes a menudo originan situaciones de riesgo que pueden dejar secuelas para el resto de su vida. Una de estas situaciones es el inicio cada vez más precoz de su vida sexual activa, que es con frecuencia resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Esta liberación expone a las jóvenes a la posibilidad de un embarazo, que con frecuencia no es buscado, ni esperado. ⁽³⁾

En el mundo 17 millones de niños nacieron de madres adolescentes de 15 a 19 años, de los cuales 16 millones en países en vías de desarrollo, que corresponden al 15-20% de todos los nacimientos; 85% de mujeres adolescentes del mundo se encuentran en estos países y 25% de las muertes maternas ocurren en este grupo. Aunque las tasas de natalidad han descendido para las adolescentes en la mayoría de países desarrollados, en América Latina y el

Caribe, los descensos han sido escasos; por tanto el embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública desafiante, a pesar de los progresos en la mejora de los servicios materno-infantiles y los cambios culturales en la región. ⁽³⁾

En el Perú hay alrededor de 5 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad. Constituyen el 21% de la población nacional. El 73% vive en zona urbana y el 27% vive en zona rural. Lima (Lima Región y Lima Metropolitana), Piura, La Libertad, Cajamarca y Puno son los departamentos que acumulan el 50% de la población adolescente del país. ⁽⁴⁾

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) 2011, 13 de cada 100 adolescentes ya son madres y/o están embarazadas con el primer hijo. La mayor prevalencia de embarazo en adolescentes se presenta entre las mujeres de las regiones de la selva (25.3%), más pobres (22.4%) y con menor nivel educativo (33.9%). ⁽⁴⁾

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, hipertensión inducida por la gestación, diabetes, parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de

mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización. ⁽⁵⁾

En nuestro país la mayoría de estudios sobre embarazo en la adolescencia se han realizado en hospitales del Ministerio de Salud. En EsSalud sólo se encuentra estudios en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins”. La cantidad de gestantes adolescentes que se podían atender en EsSalud era reducida; esto es debido a que sólo se podían atender gestantes adolescentes que sean esposas del titular del seguro. En el último trimestre del año 2011 en virtud de una resolución de EsSalud, se dispuso beneficiar a adolescentes gestantes hijas de asegurados.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las características materno perinatales del embarazo en adolescentes en el Hospital II Lima Norte - Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012?

1.3. Justificación.

Determinar el perfil epidemiológico y las características perinatales de la gestante adolescente atendidas en una institución de EsSalud.

Los embarazos en las adolescentes y las complicaciones maternas perinatales son considerados un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional.

Un embarazo en la adolescente debe ser considerado como un embarazo de alto Riesgo Obstétrico simplemente por su edad, aunado a la asociación de múltiples factores físicos, socioeconómicos y psicosociales que puedan influir en el embarazo.

Se describe como complicaciones obstétricas más frecuentes la preeclampsia/eclampsia, el parto prematuro, anemia, desproporción cefalopélvica, partos prolongados, aumento de la morbilidad infantil y muerte. Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de las madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer, nacimiento prematuro, muerte fetal, mortalidad perinatal.

Nuestro estudio busca obtener estadísticas en nuestra Institución en cuanto a la gestación en la adolescencia, ya que se tiene a nivel de Lima (Hospitales de EsSalud) el segundo lugar en atenciones de partos luego del Hospital "Edgardo Rebagliati Martins".

Ésta temática se ha convertido en un problema de salud de todo el mundo debido a la alta incidencia de este fenómeno y la elevada morbimortalidad que trae en esta etapa de la vida, lo que constituyó la motivación para la realización de este estudio.

1.4. Objetivos.

1.4.1. General

- ✓ Identificar las características materno perinatales del embarazo en adolescentes en el Hospital II Lima Norte - Callao "Luis Negreiros Vega", año 2012.

1.4.2. Específicos.

- ✓ Identificar las características maternas del embarazo adolescente en el Hospital II Lima Norte - Callao "Luis Negreiros Vega", año 2012.
- ✓ Identificar las características perinatales del embarazo en adolescentes en el Hospital II Lima Norte - Callao "Luis Negreiros Vega", año 2012.
- ✓ Identificar las características del recién nacido y sus morbilidades al nacimiento de madres adolescentes en el Hospital II Lima Norte - Callao "Luis Negreiros Vega", año 2012.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Existen pocos estudios de investigación sobre el embarazo en adolescentes en hospitales de EsSalud en el país. En este sistema de salud hasta el año 2011 sólo podían atenderse las adolescentes que sean esposas del titular del seguro, debido a esto el número de adolescentes que podían atenderse en EsSalud era reducido. En el último trimestre de 2011, siendo Ministro de Salud el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra se emitió la ley por la cual las adolescentes en estado de gestación cuyos padres estén afiliados a EsSalud también pueden acceder, como derechohabientes, a la atención médica e incluso dar a luz desde el año 2012.

Huanco A, Ticona R. y cols. (2008).⁽³⁾ En su estudio titulado Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Las madres adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, se caracterizan por presentar condiciones socio-económicas y nutricionales desfavorables, condicionando mayor morbilidad materna y morbimortalidad neonatal; por lo tanto, en el Perú el embarazo adolescente se debe considerar como un grupo de alto riesgo materno-perinatal.

Urbina C, Pacheco J. (2006).⁽²⁾ En su trabajo titulado Embarazo en Adolescentes, realizado en el Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins",

EsSalud, encontraron que hubo más partos pretérmino y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo.

El parto vía vaginal fue más frecuente en la adolescente, pero la incidencia de cesáreas aumentó en la adolescente de 17 años o menos en comparación a la de 18 y 19 años.

Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M (2007). ⁽⁶⁾En su estudio Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control encontraron que el 61.2% de adolescentes no tienen secundaria completa, solo el 8.6% son estudiantes, el 83% son amas de casa. El 71% de parejas de las adolescentes son mayores de edad. Adolescentes tienen menos controles prenatales (CPN) que las adultas, 83% frente al 89%.

La complicación más frecuente de la adolescente fue la infección del tracto urinario (ITU). Numéricamente hubo mayor incidencia de anemia, preeclampsia, RPM, distocia ósea, distocia funicular, trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado, infección puerperal y retención de secundinas pero sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. Cesárea también fue más frecuente en el grupo control frente al grupo de adolescentes. ⁽⁶⁾

Solamente ITU y grande para la edad gestacional (GEG) fueron más frecuentes en adolescentes. La complicación materno perinatal es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 16 años). En las

adolescentes tardías, parecen ser mucho más relevantes y de mayor impacto diversos factores de tipo psicológico y social. ⁽⁶⁾

B. BASES TEÓRICAS:

ADOLESCENCIA

1. DEFINICIÓN.

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema. ⁽⁹⁾

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. ⁽⁷⁾

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la OMS el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del

epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. ⁽⁸⁾

La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición. ⁽⁹⁾

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). ^(10, 11)

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden

ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. ^(12, 13)

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. ⁽¹³⁾

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. ⁽¹³⁾

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. ^(12, 13)

Epidemiología.

En el 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial (Ver anexo II). Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble. ⁽¹⁴⁾

Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había parido antes de los 18 años. ⁽¹⁵⁾

En el mundo 17 millones de niños nacieron de madres adolescentes de 15 a 19 años, de los cuales 16 millones en países en vías de desarrollo, que corresponden al 15-20% de todos los nacimientos; 85% de mujeres adolescentes del mundo se encuentran en estos países y 25% de las muertes maternas ocurren en este grupo. Aunque las tasas de natalidad han descendido para las adolescentes en la mayoría de países desarrollados, en América Latina y el Caribe, los descensos han sido escasos; por tanto el embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública desafiante, a pesar de los progresos en la mejora de los servicios materno-infantiles y los cambios culturales en la región. ⁽¹⁶⁾

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. ⁽¹⁷⁾

Hay información controversial respecto al mayor riesgo que tiene una adolescente gestante. Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes, según un estudio de México, reportan la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalo- pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o vesico vaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto la consideran de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad. ⁽¹⁷⁾

Embarazo y maternidad en adolescentes:

Según muestran las cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Continua 2011, en el Perú el 12.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas con el primer hijo. La mayor prevalencia de embarazo adolescente se encuentra en el área rural del país (19.7%) y las regiones de la selva (25.3%).⁽⁴⁾

Los mayores porcentajes de adolescentes embarazadas se presentan entre las mujeres con educación primaria (33.9%) y entre las que se encuentran en el quintil de riqueza inferior (22.4%). Mientras que los menores porcentajes se ubican entre quienes tienen educación superior y pertenecen al quintil superior de riqueza (8.6 y 2.5, respectivamente).⁽⁵⁾

Los departamentos con mayor proporción de madres adolescentes son Loreto (30.0%), Madre de Dios (27.9%), Amazonas (21.4%), San Martín (21.2%) y Ucayali (24.9%).⁽⁴⁾

Consecuencias del Embarazo Adolescente

- Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.⁽¹⁹⁾

La maternidad adolescente reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo

provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta. ⁽²⁰⁾

- **Para el hijo**

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. ⁽²¹⁾

C. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. Adolescencia.

La OMS define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida y fija sus límites entre los 10 y 19 años. ⁽⁹⁾

2. Embarazo adolescente.

Gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. ⁽²¹⁾

3. Adolescencia temprana.

Período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. ^(12, 13)

4. Adolescencia tardía.

Entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. ⁽¹³⁾

5. Edad gestacional.

Tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación, momento que en realidad precede a la concepción. Ese tiempo de inicio que suele ser casi dos semanas antes de la ovulación y fecundación y casi tres antes de la implantación del blastocisto. Se ha utilizado por lo general porque casi todas las mujeres saben de su último periodo menstrual. ⁽²²⁾

6. Periodo perinatal.

Periodo después del nacimiento de un lactante que pese 500 g o más, y que termina a los 28 días completados después del nacimiento. Cuando las tasas perinatales se basan en la edad gestacional, más que en el peso al nacer, se recomienda que se defina que el periodo perinatal comienza a las 20 semanas. ⁽²²⁾

7. Peso al nacer.

Peso de un recién nacido inmediatamente después del parto o tan pronto como es posible. Debe redondearse al gramo más cercano. ⁽²²⁾

8. Puntuación Apgar.

Método para valorar el estado cardiorrespiratorio y neurológico al nacer. Así como la respuesta a medidas de reanimación. Se valora cada una de las características identificables con facilidad: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, se le asigna un valor de cero a dos. La puntuación total, con base en la suma de los cinco componentes se determina a los 1 y 5 minutos después del nacimiento. ⁽²²⁾

9. Recién nacido a término.

Aquel que nace en cualquier momento después de las 37, y hasta las 42 semanas completas de gestación (260 a 294 días).⁽²²⁾

10. Recién nacido pretérmino.

Aquel que nace antes de las 37 semanas completas de gestación (el día 259).⁽²²⁾

11. Recién nacido postérmino.

Aquel que nace en cualquier momento después que se completa la semana 42, empezando con el día 295.⁽²²⁾

12. Aborto.

Feto o embrión extraído o expulsado del útero en el transcurso de la primera mitad de la gestación 20 semanas o menos, y que pesa menos de 500 g.⁽²²⁾

13. Indicaciones de cesárea.

Se considera a las circunstancias obstétricas que conllevan a la realización de una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto a través de una incisión en abdomen y útero.⁽²²⁾

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1. Hipótesis.

Implícita.

3.2. Definición de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Edad materna (años)	Tiempo que la madre ha vivido a contar desde el nacimiento hasta la actualidad	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana: 10-14 años. • Adolescencia tardía: 15-19 años
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada
Control prenatal	Acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.	dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sin CPN • Con CPN
Edad gestacional	Tiempo cronológico en semanas y/o meses de la gestante desde el primer día de la última menstruación hasta el día del parto.	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • <37 semanas • 37-42 semanas • > 42 semanas
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 22 o con un RN de peso mayor a 500 g.	dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multipara
Tipo de gestación	Número de fetos en un embarazo.	dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Única • Múltiple
Tipo del parto	Clasificación de la manera de terminación del embarazo según las condiciones obstétricas del paciente.	dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal • Parto abdominal.

Indicaciones de cesárea	Se considera a las circunstancias obstétricas que conllevan a la realización de una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto a través de una incisión en abdomen y útero	nominal	<ul style="list-style-type: none"> • DCP • SFA • HTA inducida por la gestación • Cesárea previa • Distocia funicular. • Podálico • Condilomatosis • Embarazo prolongado • RPM • Embarazo múltiple • Parto prematuro • Placenta previa • VIH • Otros.
Complicaciones Maternas en el parto.	Situaciones anormales que se generan como consecuencia del embarazo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión inducida por la gestación • RPM • Distocia de presentación • Hemorragia postparto • Desgarro perineal • Trabajo de parto disfuncional
Peso del R.N.	Es la primera medida del peso del producto de la concepción (Feto o recién nacido), hecha después del nacimiento.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • < 2 500 g • 2500 a 3999 g • > 4 000 g
Apgar	Método para valorar el estado cardiorrespiratorio y neurológico al nacer. Así como la respuesta a medidas de reanimación.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 3 (depresión severa) • 4 – 6 (depresión moderada) • 7– 10 (normal)

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio.

La presente investigación es de tipo descriptiva, analítica y retrospectiva. Descriptiva, porque nos permitirá determinar la situación de las variables en estudio; analítica, porque los resultados fueron analizados e interpretados; retrospectiva, porque serán analizados datos del pasado.

4.2. Población y muestra

➤ **Población:**

Estuvo constituida por todas las gestantes adolescentes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital II Lima Norte - Callao "Luis Negreiros Vega". Periodo Enero-Diciembre 2012, para la atención del parto.

➤ **Muestra:**

Tomando en cuenta la naturaleza y estructura de la población y juzgando que es conveniente la representatividad de las características a analizar se ha convenido en trabajar con la población en toda su cobertura teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

a. Criterios de inclusión:

- Edad materna comprendida entre 10 y 19 años al momento del parto.
- Gestante con o sin trabajo de parto que dio a luz en el Hospital II Lima Norte- Callao "Luis Negreiros Vega". Periodo Enero-Diciembre 2012 con

edad gestacional mayor a 22 semanas que presentan o no complicaciones.

- Cualquier paridad en gestantes adolescentes.

b. Criterios de exclusión:

- Edad materna no comprendida entre los rangos de 10 y 19 años.
- Gestantes con edad gestacional menor de 20 semanas.

4.3. Técnicas para el procesamiento y el análisis de la información.

4.3.1. Técnica de recolección de datos.

Se utilizó una ficha elaborada previamente por el investigador (Anexo I); para la codificación los datos fueron revisados, ordenados y clasificados en forma manual y posteriormente fueron vaciados a un sistema computarizado.

Una ficha obstétrica es un documento redactado por el investigador que contiene las variables a utilizar en el presente trabajo y que fue llenado con los datos de la historia clínica.

Se enumeraron las fichas obstétricas de cada paciente adolescente que tuvo su parto en el Hospital II Lima Norte- Callao "Luis Negreiros Vega". Periodo Enero-Diciembre 2012 y se tomaron en cuenta a todas para la muestra. Se procedió a recopilar los datos contenidos en las historias clínicas maternas, registro de partos y nacimientos existentes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

4.3.2. Análisis estadístico.

Todos los datos estadísticos fueron revisados (control de calidad), ordenados y clasificados en forma manual confrontando con las fichas obstétricas y vaciado a un sistema computarizado y fueron tabulados en tablas, cuadros estadísticos y gráficos mediante el programa SPSS v. 20 con la finalidad de hacer los análisis, los gráficos y tablas respectivos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Se determinó que entre enero y diciembre de 2012 hubo un total de 4 950 nacimientos; de ellos, 215 lo fueron de 213 gestantes adolescentes lo que correspondió a 4,30% del total de nacimientos; 211 fueron recién nacidos (RN) simples (98,1%), 2 RN dobles (1,9%) ; 136 fueron del sexo masculino (63.3%) y 79 (36.7%) del sexo femenino.

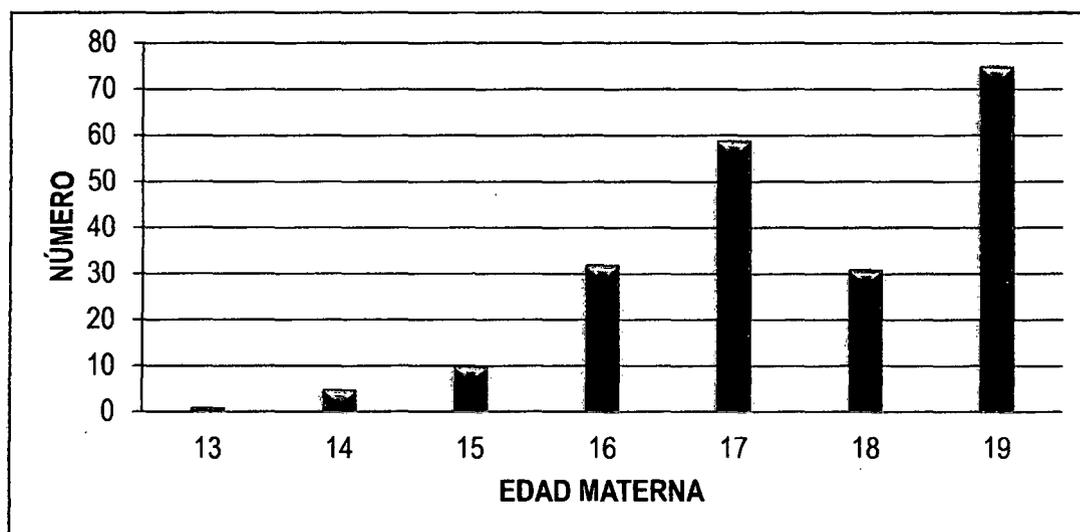
TABLA N°1. Número de partos adolescentes atendidos en el Hospital II Lima Norte - Callao "Luis Negreiros Vega", durante el año 2012.

TOTAL DE PARTOS	PARTOS ADOLESCENTES	%
4950	213	4.3

Fuente: ficha de recolección de datos

La edad promedio fue de 17.5, con una variación entre 13 y 19 años. Una adolescentes fue de 13 años (0.5%), cinco fueron de 14 años (2.3%) y el resto 207 (97.2%) tuvieron de 15 a 19 años.

Gráfico N° 1. Edad en años de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II Lima Norte - Callao "Luis Negreiros Vega", durante el año 2012.



Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 2. Tipo de parto según edad materna en el Hospital II Lima Norte - Callao "Luis Negreiros Vega", año 2012.

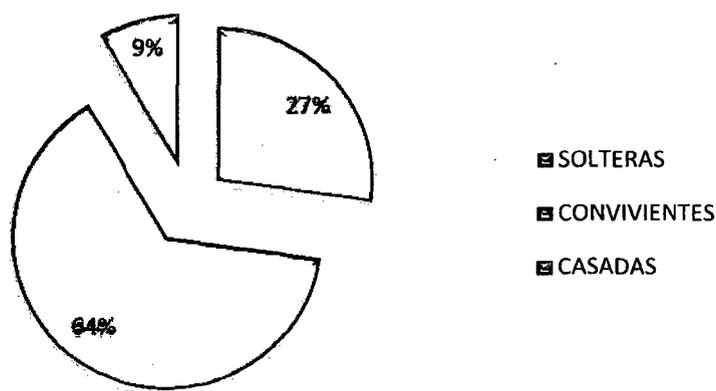
Edad materna	Vaginal		Cesárea	
	N	%	N	%
• 13	1	0.6	0	0
• 14	4	2.5	1	1.8
• 15	7	4.4	3	5.5
• 16	25	15.8	7	12.7
• 17	44	27.8	15	27.3
• 18	23	14.6	8 ¹	14.5
• 19	54	34.2	21 ¹	38.2
TOTAL	158	74.2	55	25.8

1. Incluye un embarazo gemelar

Fuente: ficha de recolección de datos

Según el estado civil, la mayor parte era conviviente (137, 64.31%) y solteras (58, 27.23%); 18 (8,45%) fueron casadas. La mayoría era primigesta (188, 88,26%), siendo secundigestas 24 (11,26%), tercigestas 1 (0,46%); 11 (5,2%) tenían antecedente de un aborto.

Gráfico N°2. Partos en madres adolescentes según estado civil Hospital II Lima Norte- Callao "Luis Negreiros Vega", año 2012.



Fuente: ficha de recolección de datos

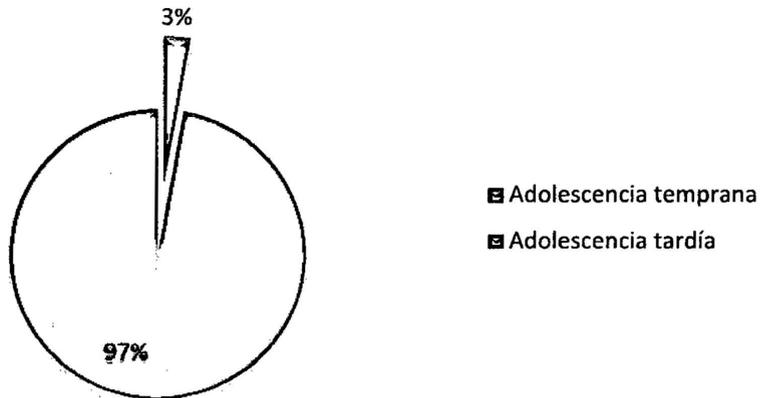
De acuerdo a grupo etáreo de adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años) se encontró que 6 (2,8%) fueron adolescentes tempranas y 207 (97,2%) fueron adolescentes tardías.

TABLA N° 3. Adolescencia según grupo etáreo: adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adolescencia Temprana	6	2.8
Adolescencia Tardía	207	97.2
Total	213	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 3. Adolescencia según grupo etáreo: adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.



Fuente: ficha de recolección de datos.

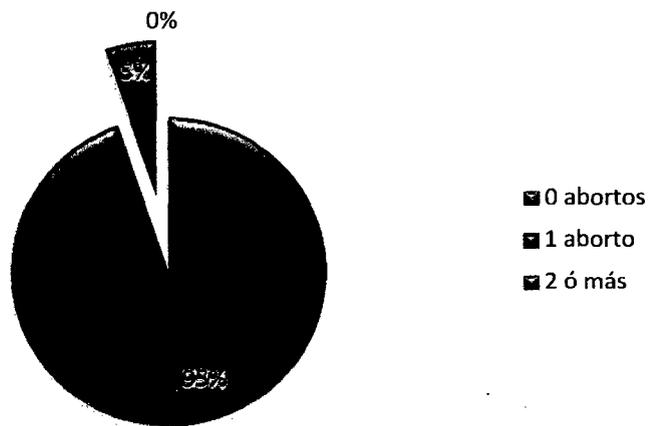
Se encontró 11 adolescentes con antecedente de un abortos (5.2%). no hubo ninguna adolescente con antecedente de 2 abortos o más.

TABLA N° 4. Adolescentes con antecedentes de aborto en el Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 abortos	202	94.8
1 aborto	11	5.2
2 o más	0	0
Total	213	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 4. Adolescentes con antecedentes de aborto Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.



Fuente: ficha de recolección de datos.

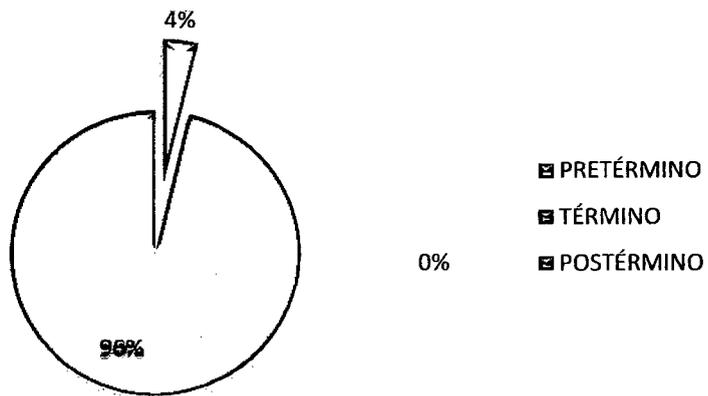
Según la edad gestacional en las adolescentes al momento del parto, se encontró que 8 (3.8%) fue pretérmino, 205 (96.2%) a término y no hubo ningún postérmino.

TABLA N° 5. Edad gestacional al parto en adolescentes Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pre término	8	3.8
A término	205	96.2
Post término	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 5. Edad gestacional al parto en adolescentes Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.



Fuente: ficha de recolección de datos.

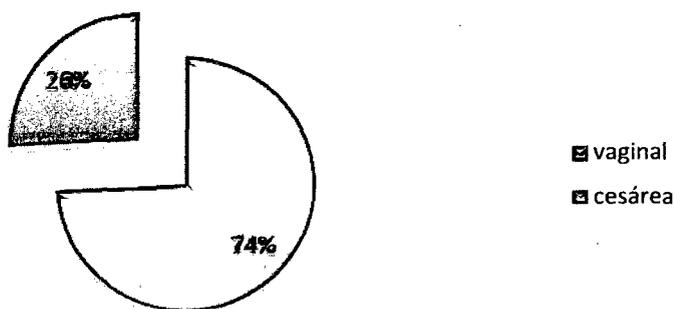
En la Tabla 6, se presenta el tipo de parto, vaginal o por cesárea. El 74.2% de partos terminó vía vaginal y 25.8%, por cesárea; en las adolescentes de 14 años o menos (adolescencia temprana) hubo menos partos por cesárea que por vía vaginal (1/6, 16.1% vs 54/207, 26.1%).

TABLA N° 6. Tipo de parto en gestantes adolescentes Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	158	74.2
Abdominal	55	25.8
Total	213	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 6. Tipo de parto en gestantes adolescentes Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.



Fuente: ficha de recolección de datos.

La indicación de cesárea en la adolescente fue, en orden de frecuencia, desproporción cefalopélvica, en 15 casos (27.3 %); preeclampsia, 8 (14.5%); sufrimiento fetal agudo, 7 (12.7%); distocia de presentación, 5 (9.2%); por cesareada anterior, 2 (3.6%); trabajo de parto disfuncional, 2 (3.6%) y otras (embarazo gemelar, corioamnionitis, ITS), 16 casos (29%).

TABLA N° 7. Indicaciones de cesárea en adolescentes gestantes adolescentes Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

INDICACIONES DE CESÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desproporción cefalopélvica	15	27.3
Preeclampsia	8	14.5
Sufrimiento fetal agudo	7	12.7
Distocia de presentación	5	9.2
Cesareada anterior	2	3.6
Trabajo de parto disfuncional	2	3.6
Embarazo múltiple	2	3.6
RPM	3	5.6
Condilomatosis	2	3.6
Molusco contagioso	1	1.8
Parto prematuro	8	14.5
Total	55	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos.

En 20 casos hubo complicación del embarazo (9.4%), siendo las patologías más frecuentes ruptura prematura de membranas (45%), distocia de presentación (25%), hemorragia postparto (15%), desgarro perineal (10%) y preeclampsia (5%).

TABLA N° 8. Complicaciones del parto en adolescentes atendidas en el Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

COMPLICACIONES DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RPM	9	45
Distocia de presentación	5	25
Hemorragia postparto	3	15
Desgarro perineal	2	10
Preeclampsia	1	5
Total	20	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

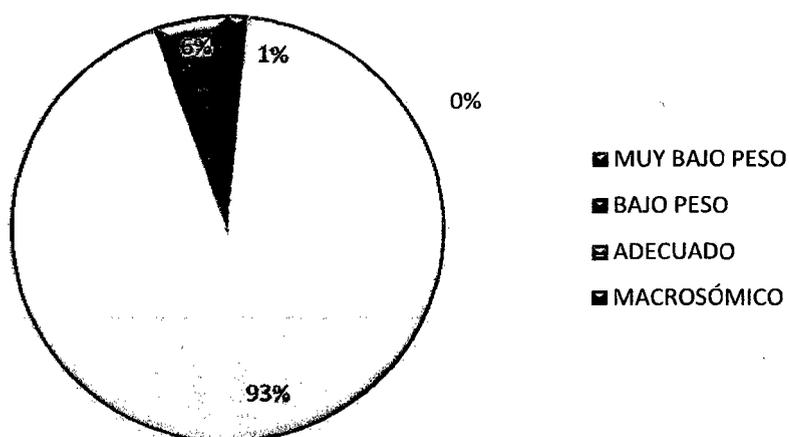
Con respecto al peso de los recién nacidos se encontró que la mayoría, 200 (93%) tuvieron adecuado peso; 3 (1.4%) nació con bajo peso y 12 (5.6%) fue macrosómico. No hubo ningún recién nacido con muy bajo peso.

TABLA N° 9. Peso de recién nacidos de gestantes adolescentes en el Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Muy bajo peso	0	0
Bajo peso	3	1.40
Adecuado	200	93.00
Macrosómico	12	5.60
Total	215	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 7. Peso de recién nacidos de gestantes adolescentes en el Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.



Fuente: ficha de recolección de datos.

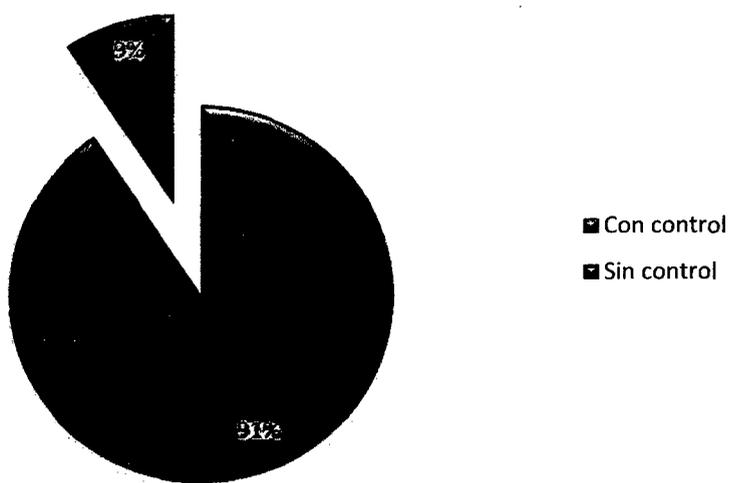
En cuanto al control prenatal se tuvo que, 90.6 (193) recibieron control prenatal, y el 9.4% (20) no tuvieron controles prenatales.

TABLA 10. Control prenatal en adolescentes gestantes en el Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con control	193	90.6
Sin control	20	9.4
Total	213	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 8. Control prenatal en adolescentes gestantes en el Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.



Fuente: ficha de recolección de datos.

De acuerdo al puntaje APGAR se tuvo que el 97.7% (210) cursaron con puntaje apgar dentro de parámetros normales, mientras que el 2.3% (5) tuvo depresión leve a moderada.

TABLA N° 11. Puntaje Apgar en los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital II Lima Norte- Callao “Luis Negreiros Vega”, año 2012.

PUNTAJE APGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión severa (0-3)	0	0
Depresión leve moderada (4- 6)	5	2.3
Normal (7-10)	210	97.7

Fuente: ficha de recolección de datos.

En nuestro estudio no hubo ninguna muerte materna en adolescentes y sólo hubo un natimuerto de una gestante de 16 años.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

A diferencia de otras publicaciones a nivel nacional en las que la frecuencia de embarazos adolescentes asciende hasta el 20%, en nuestro estudio realizado en el Hospital II Lima Norte Callao “Luis Negreiros Vega”, de la Red Asistencial Sabogal de EsSalud, encontramos que sólo el 4.3 % de todos los partos atendidos en el año 2012 correspondieron a partos de madres adolescentes. A nivel nacional, según ENDES Continua 2011, el 12, 5% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas por primera vez. ⁽⁴⁾

En nuestro estudio se evidencia que el porcentaje de partos en instituciones de EsSalud se ha incrementado, dado que a partir del último trimestre del año 2012 las adolescentes hijas de asegurados cotizan directamente al sistema de EsSalud. Así se tiene que en el año 2006 Pacheco y cols. encontró que en el Hospital “Edgardo Rebagliati Martins” sólo el 1.25 % de los partos eran de madres adolescentes. ⁽²⁾

Según el estado civil, en nuestro estudio se encontró que la mayoría de adolescentes era conviviente (64.3 %), 27.2 % soltera y 8.5% casada; esto difiere de lo encontrado por Pacheco y cols. quién encuentra que un 40 % de las adolescentes eran casadas. ⁽²⁾ Esta diferencia se explica que ahora se pueden atender en instituciones de EsSalud no sólo adolescentes esposas de asegurados, sino también las hijas de los mismos.

Con relación al aborto en adolescentes, en nuestra investigación se encontró que el 5.2 % tenía antecedente de aborto; similar porcentaje (6.5%) encontró Pacheco y cols. En el hospital "Edgardo Rebagliati Martins"; quizás estas cifras sean sesgadas dado que el aborto en nuestro país es penado y estigmatizado en el contexto social. ⁽²⁾En Cuba, donde el aborto está permitido legalmente un estudio encontró que el 39.6% de adolescentes tenía antecedente de aborto. ⁽²³⁾

En lo referente a la edad gestacional al momento del parto se encontró que la mayoría, 205 (96.2%) nacieron a término; 3.8% nacieron pretérmino; esto difiere significativamente de lo encontrado por Menéndez y cols. En su estudio el embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente realizado en Cuba, en donde se encontró que el 18.7 % de adolescentes dieron a luz antes de las 37 semanas de embarazo. ⁽¹⁾En un estudio en Venezuela, Manrique et al. encontraron una prevalencia de 10.5% de parto pretérmino en adolescentes. ⁽²⁶⁾A nivel nacional en un estudio realizado en hospitales del Ministerio de Salud en el 2008 se encontró una frecuencia de 7.5% de partos pretérmino. ⁽³⁾Estas cifras quizás se deban a que nuestras adolescentes en estudio, en su mayoría tuvieron controles prenatales adecuados.

Cuando se analizó la vía de parto se encontró que el 25.8 % de partos en las adolescentes terminó por cesárea, cifra que concuerda con otras investigaciones nacionales. ⁽⁶⁾ La indicación de cesárea en la adolescente, fue en orden de frecuencia, desproporción cefalopélvica, en 15 casos (27.3 %); preeclampsia, 8 (14.5%); sufrimiento fetal agudo, 7 (12.7%); distocia de

presentación, 5 (9.2%); por cesareada anterior, 2 (3.6%); trabajo de parto disfuncional, 2 (3.6%) y otras (embarazo gemelar, corioamnionitis, ITS), 16 casos (29%).

En relación al peso la mayoría, 200 (93%) tuvieron adecuado peso; 3 (1.4%) nació con bajo peso. A nivel nacional se tiene que la cifra de recién nacidos de madres adolescentes con bajo peso es de 10%.⁽³⁾ Esta cifra menor de recién nacidos con bajo peso quizás se explique por el mayor nivel socioeconómico de las pacientes atendidas en EsSalud y los controles prenatales adecuados.

En las adolescentes estudiadas hubo un 90.6% que recibieron control prenatal, cifra superior a la encontrada por Huanco y cols en hospitales del Ministerio de Salud.⁽³⁾ Se ha demostrado que las complicaciones asociadas con la gestación y parto en la adolescente están más ligadas a la falta de atención médica en el control prenatal, o que éste sea tardío.⁽²⁴⁾ Lira y cols., en un estudio de una cohorte de 2 315 adolescentes embarazadas menores de 17 años, En México, informan que el control médico prenatal es tardío, pues se inició en 47.6% en el segundo trimestre y en 40.2% en el tercero.⁽³⁰⁾ García y cols. reportan en un estudio transversal comparativo que el control obstétrico es menor en adolescentes embarazadas cuando se comparan con adultas embarazadas ($p < 0.003$).⁽³¹⁾

Al analizar la depresión neonatal, encontramos baja incidencia (2.3%) de depresión leve a moderada (Apgar ≤ 6), este resultado resulta lógico dado que la

mayoría de partos fueron a término y el índice de recién nacidos con bajo peso y muy bajo peso fue de 1.4%. En la mayoría de estudios, se reporta la depresión perinatal como una de las complicaciones más frecuentes, pero su incidencia, al igual que la de otras complicaciones, se relaciona con los cuidados ante e intraparto. (4, 6, 25)

Con relación a la mortalidad perinatal, hubo un natimuerto de 28 semanas producto de una adolescente de 16 años, lo que representa el 0.5%; esta cifra es inferior al encontrado en adolescentes en el Hospital "Edgardo Rebagliati Martins". (2) En un estudio en Cuba, en dos estudios se encontró una tasa de mortalidad perinatal en adolescentes menor que en mujeres de otras edades. (27, 29)

La adolescencia constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad en el desarrollo humano, ya que es un momento de tránsito en que se definen aspectos cruciales de la personalidad. Las madres adolescentes y los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas a largo plazo en muchos aspectos incluyendo deserción escolar, pobreza, violencia familiar. Por eso el embarazo durante la adolescencia representa un problema para la adolescente y su familia. (28, 32)

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES.

- La frecuencia de partos en adolescentes en el Hospital II Lima Norte – Callao “Luis Negreiros Vega”, en el 2012, fue de 4.3%.
- El número de partos en adolescentes atendidas en instituciones de EsSalud como la nuestra, se está incrementando.
- La mayoría de adolescentes tienen uniones conyugales inestables.
- Gran porcentaje (90%) de gestantes adolescentes atendidas en esta institución de EsSalud tienen controles prenatales.
- El parto abdominal se produjo en 25.8%, cifra similar al de otras investigaciones nacionales.
- Las indicaciones más frecuentes de cesárea, en la población estudiada, fueron la desproporción cefalopélvica y la preeclampsia.
- El parto pretérmino solamente ocurrió en 3.8% de adolescentes, cifra menor al promedio nacional.
- La morbimortalidad en el parto adolescente en nuestra institución de EsSalud es mucho menor que en instituciones del Ministerio de Salud.
- El parto pretérmino y las complicaciones materno perinatales son escasos.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- Socializar el uso de anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas para evitar embarazos no deseados.
- Brindar una adecuada información para fomentar el conocimiento sobre planificación familiar, autoestima y toma de decisiones, logrando así disminuir el embarazo no deseado, aborto y deserción escolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellano J. El embarazo y sus complicaciones en la madre Adolescente. Rev Cub de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3):333-342.
2. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en Adolescentes. Rev Per Ginecol Obstet. 2006; 52(1):118-123.
3. Huanco A, Ticona R, Ticona V, Flor Huanco A. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77(2): 122 – 128.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 .ENDES –Lima.
5. Álvarez Sintés. Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 250.
6. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. (Rev Per Ginecol Obstet. 2007; 53(1):28-34.

7. Rodríguez Rigual M. Mesa redonda: Adolescencia. Necesidad de creación de unidades de adolescencia. *An Pediatr.* 2003; 58:104-6.
8. Atrash HK, Friede A, Hogue CJR. Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality. *Obstet Gynecol.* 1987; march: 333-7.
9. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Seen but Not Heard: Very Young adolescents aged 10–14 years*, ONUSIDA, Ginebra, 2004, p. 5-7.
10. Johnson, Sara B., et al., 'Adolescent Maturity and the Brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy', *Journal of Adolescent Health*, septiembre de 2009, 45(3): 216–221.
11. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH sida, *Seen But Not Heard: Very young adolescents aged 10–14 years*, ONUSIDA, Ginebra, 2004, p. 7, 24; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Adolescence: A time that matters*, UNICEF, Nueva York, 2002.
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Adolescence: A time that matters*, UNICEF, Nueva York, 2002, p. 7.

13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Adolescent Development: Perspectives and frameworks – A summary of adolescent needs, an analysis of the various programme approaches and general recommendations for adolescent programming', Learning Series No. 1, UNICEF, Nueva York, mayo de 2006, p. 3.

14. Instituto de Estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Out-of-School Adolescents, IEU, Montreal, 2010, p. 10.

15. Kumbi S, Isehak A. Obstetris outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr Med J. 2007; 76(3):138-40.

16. Conde A, Belizán J, Lammers C. Maternal perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross sectional study. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:342-9.

17. Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Méd Méx 2003. P.139.

18. Rangel J., Valcristo L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 47:24-27.

19. Buvinic M. Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Population Council, Studies in Family Planning 1998; 29:201-209.
20. Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., et al. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VIª Cátedra de Medicina 2006; 153:13-17.
21. Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev SOGIA 1994; 1:70-2.
22. Cunningham F.; Leveno K.; Bloom S.; Hauth J.; Gilstrap L.; Wenstrom K. Obstetricia de Willams. 22ª ed. México D.F. McGraw – Hill. 2006.
23. Norma Isaura Doblado Donis, Idania De la Rosa Batista, Ana Junco Manrique. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cub de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(3)409-421.
24. Fernández Liliam Susana, Carro Puig Eugenio, Oses Ferrera Dalía, Pérez Piñero Julia. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cub Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2004 Ago [citado 2013 Mar 16]; 30(2):41-43.
Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200002&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200002&lng=es)

25. De Los Santos, León. Diferenciados en los Resultados Materno Perinatales influenciados por la adolescencia, en el Instituto Materno Perinatal. Lima 2000.
26. Manrique Riscarle, Rivero Airlen, Ortunio Magaly, Rivas Marianela, Cardozo Rosa, Guevara Harold. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2013 Mar 16]; 68(3):141-143. Disponible en:
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322008000300002&lng=es.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322008000300002&lng=es)
27. Cabezas Cruz Evelio. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev Cub Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2002 Abr [citado 2013 Mar 16]; 28(1):510. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100001&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100001&lng=es)
28. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? 2011; p. 5-7.
29. Cruz Laguna, Gladys María. Morbilidad Perinatal en la gestante adolescente. Rev Cub de Ginecología y Obstetricia. 2006; 10(1):28-30.

30. Lira-Plascencia J, Oviedo-Cruz H, Simón-Pereira L, Dib-Schekaiban C, Grosso-Espinosa JM, Ibargüengoitia-Ochoa F et al. Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstetr Mex* 2006; 74:241-6.
31. García H, Avendaño-Becerra NP, Islas-Rodríguez MT. Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y adultas. *Rev Invest Clin* 2008; 60: 94-100.
32. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cub Obstet Ginecol* 2002; 28(2):84-8.

ANEXO I

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

I. Datos Generales.

1. N° de paciente.-

2. Estado civil:

- Soltera
- Conviviente
- Casada

3. Edad:

- Adolescencia temprana: 10-14 años
- Adolescencia tardía: 15-19 años

II. Datos Maternos.

1. Edad gestacional.

- Pretérmino: < 37 semanas
- A término: 37-42 semanas
- Postérmino. > 42 semanas

2. Paridad.-

3. Tipo de gestación.-

4. Modo de parto:

- Vaginal
- cesárea

5. Complicaciones.-

6. Indicaciones de cesárea.-

7. Número de abortos.-

III. Información del Recién Nacido.

1. Sexo:

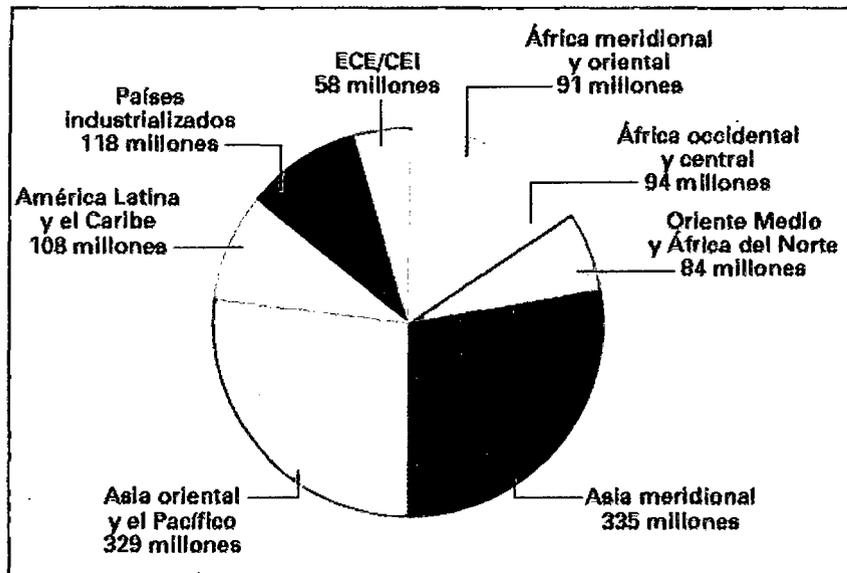
2. Peso.-

3. Apgar.-

4. Mortalidad.-

ANEXO II

Población adolescente en el mundo (de 10 a 19 años) por región, 2009. ⁽¹⁴⁾



* ECE/CEI: Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes