

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS:

**COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN ADOLESCENTES Y
ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL
LLERENA" DE AYACUCHO, 2011.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

SOLIS NAVARRO, Yudith Mary

QUISPE QUISPE, Adela

AYACUCHO – PERÚ

2013

DEDICATORIA

*A Dios por darme la vida y
regalarme una bella
familia.*

*A mi Padre que está en el
cielo, que siempre está junto
a mí y amo con todo mi
corazón.*

*A los seres que más amo,
mi familia: mi Madre
SUSANA y mis queridos
hermanos: ZAIDA, SIDYA,
ANDERSON, VANESA,
LUIS, JAVIER y PABEL.*

*A NICOLÁS por su amor y
estar a mi lado en los
momentos buenos y malos*

*A todos aquellos que
contribuyeron en que
pueda culminar con mi
formación profesional.*

YUDITH MARY

DEDICATORIA

*A Dios por ser mi guía.
Con mucho amor y cariño a
mis padres que partieron al
más allá que los tengo
presente en mi corazón.*

*A mi maravillosa familia por su
apoyo constante y la eterna
gratitud por su denodado esfuerzo
y abnegación por verme en la
senda del éxito profesional.*

*A mi esposo por su apoyo
incondicional. A mi hija
Gianela por su ternura y por
ser mi fuente de inspiración.*

ADELA

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a nuestra Alma Mater, La Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos ofrecido la oportunidad de estudiar en sus aulas y permitirnos lograr nuestra anhelada profesión.

A la plana de docentes de la Facultad de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y por formar líderes en salud con humanismo ético, investigador y comprometido con la problemática social, regional y nacional.

A nuestro asesor, el profesor Florencio Curi Tapahuasco por sus aportes y sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.

Al personal que labora en el Hospital Regional de Ayacucho, por brindarnos las facilidades en la recolección de datos para la culminación de la presente investigación.

A todas y cada una de las personas que directa e indirectamente colaboraron en el desarrollo y culminación de la investigación.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN.....	Pag. 01
CAPÍTULO I	
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	08
CAPÍTULO II	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	36
CAPITULO IV	
DISCUSIONES.....	56
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES.....	75
LIMITACIONES.....	76
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	77
ANEXOS	

COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN ADOLESCENTES Y ADULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO, 2011.

Bach. SOLIS NAVARRO, Yudith Mary y Bach. QUISPE QUISPE, Adela

RESUMEN:

Objetivo: Determinar las complicaciones materno-perinatales en adolescentes y adultas de 20-30 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, aplicativo, comparativo y transversal; con una muestra probabilística, aleatoria simple de 526 historias clínicas de madres, dividido en dos grupos, cada uno con 263 madres; utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados:** complicaciones maternas 1). 61.6% de adolescentes presentaron enfermedades concurrentes en comparación a 47.9% de las madres adultas. 2). Las hemorragias de primera mitad del embarazo es frecuente en las madres adultas con un 6.5% en comparación a 3.4% de las madres adolescentes. 3). Las hemorragias de 2º mitad del embarazo es frecuente en las adultas con un 20.9% y 18.6% de las adolescentes. 4). Los accidentes del embarazo se presentan con mayor frecuencia en las madres adultas con 35.4% y 32.7% en adolescentes. 5). Las infecciones del Tracto urinario son más frecuente en las adolescentes con 36.9% frente 18.3% de las adultas. **Complicaciones perinatales:**1). El 28.5% de adolescentes presentaron accidentes durante el puerperio y 21.7% de adultas. 2). 24.3% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron alteraciones en el APGAR al min y 18.6% en madres adultas. 3). 16% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron alteraciones en el peso y 8% de recién nacido de madres adultas. 4). 5.3% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron APGAR alterado a los cinco minutos y en recién nacidos de madres adultas 4.9%. 5). 3% de recién nacidos de madres adultas presentaciones malformaciones congénitas y 1.1% de recién nacidos en madres adolescentes **Conclusiones:** Las complicaciones maternas - perinatales se presentan en ambas poblaciones con diferentes frecuencias.

Palabras Claves: adolescentes, adultas, complicaciones materno-perinatales.

MATERNAL-PERINATAL COMPLICATIONS IN ADOLESCENTS AND ADULTS TREATED AT THE OB-GYN SERVICE REGIONAL HOSPITAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA " OF AYACUCHO, 2011.

Authors: SOLIS NAVARRO, Yudith Mary and QUISPE QUISPE, Adela

ABSTRACT

The present research was conducted in order To determine the complications mother - perinatales in teenagers and 20-30-year-old adults attended in the service of Gineco-obstetrics of the Regional Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena" of Ayacucho, 2011. Material and Methods: quantitative, applicative, comparative, transverse Study, with a sample probabilística, random simple of 526 mothers' clinical histories, divided in two groups, each one with 263 Mothers, using as I orchestrate the card of compilation of information. **Results:** 1). 61.6 % of teenagers presented competing diseases in comparison to 47.9 % of the adult mothers. 2). The hemorrhages of the first half of the pregnancy it is frequent in the adult mothers with 6.5 % in comparison to 3.4 % of the mother's teenager. 3). The hemorrhages of 2 ° half of the pregnancy is frequent in the adults with 20.9 % and 18.6 % of the teenagers. 4). The accidents of the pregnancy appear with major frequency in the adult mothers with 35.4 % and 32.7 % in teenagers. 5). The infections of the urinary Tract are more frequent in the teenagers with 36.9 % forehead 18.3 % of the adults. Perinatales appear in both populations with different frequencies, nevertheless, as for number of complications the adults present major number and frequency.

Key words: Teenagers, adults, complications mother – perinatales.

INTRODUCCIÓN

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho bio-psicosocial de gran trascendencia; en la adolescencia cobra mayor importancia por los riesgos que puede conllevar para el binomio madre-hijo, además puede producir complicaciones invalidantes definitivas para el futuro en los planos orgánico, social y psicológico de las madres.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como lo son, las carencias nutricionales u otras enfermedades y un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres de menores de 20 años y sobre todo en el grupo de edad más cercano a la menarquía, en las menores de 15 años⁽¹⁾.

La incidencia de embarazos en la adolescencia varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estado Unidos, anualmente cerca de 1 millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12.8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente: Chile 15.2%; en el Salvador y Centroamérica 25%

pudiendo llegar a cifras tan elevadas como el 45% del total de embarazos en algunos países africanos ⁽²⁾.

En Latinoamérica aproximadamente 35% de las mujeres tienen su primer hijo antes de los 20 años; cuanto más pobre es un país, mayor es el riesgo de presentar embarazos prematuros. ⁽³⁾

En el Perú, ENDES 2000 encontró que 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre 11% o está gestando por primera vez 2%. Actualmente una de cada seis nacimientos en el país ocurre en mujeres menores de 19 años ⁽⁴⁾.

Según la OMS. La edad más segura para el embarazo es de los 20 - 24 años de edad. Algunas de las razones 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 de parto.

Las madres adolescentes, tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de tener un bebé prematuro (antes de las 37 semanas de embarazo). Entre 2003 y 2005, los índices de nacimientos prematuros promediaron un 14.5% entre las mujeres menores de 20 años de edad; en comparación, con un 11.9 % entre las mujeres de 20 a 29 años. Los bebés prematuros corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud, incapacidades permanentes e incluso la muerte. ⁽⁵⁾

La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de complicaciones para el binomio materno-fetal, se considera de alto riesgo obstétrico (ARO) y al igual que las de mayor de 35 años de edad, se han

clasificado como grupo de riesgo de la edad temprana de la vida que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales. Numerosas literaturas revisadas indican que las complicaciones maternas perinatales no son uniformes, tienen variaciones de acuerdo a los lugares y probablemente también presenten cambios en el tiempo.

Se aprecia diferencias en las complicaciones de las gestantes tanto de las adolescentes como adultas. Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas, en condiciones biológicas de gran susceptibilidad; para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción. Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistémica y de calidad que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal⁽⁶⁾.

La OMS, considera el embarazo adolescente como embarazo de riesgo; porque es la causa principal de mortalidad de las jóvenes, que tienen entre 15 y 19 años de edad, debido a complicaciones relacionadas con el parto; por ello, es considerado un factor de riesgo obstétrico y neonatal con probabilidad aumentada de bajo peso al nacer y prematuridad.⁽³⁾

Investigaciones realizadas en Cuba, arrojó un alto porcentaje de preeclampsia, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer en hijos de madres menores de 16 años. En Venezuela, aproximadamente entre el 10 y el 20 % de gestantes, son consideradas de alto riesgo obstétrico; ocupa el segundo lugar de embarazos en adolescentes en América del Sur y el

séptimo en Latinoamérica. Solo es superada por Nicaragua, Honduras, Panamá, Ecuador, Belice y Guatemala respectivamente. En Chile los riesgos más frecuentes del embarazo, son el desarrollo de hipertensión inducida por el embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a 29%. En cambio en la Habana y Bogotá, respectivamente; las adolescentes presentaron anemia, hipertensión inducida por el embarazo, bajo peso materno, desproporción céfalo pélvica (que ameritó fórceps y cesárea), ruptura prematura de membranas, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino y puntaje APGAR bajo ⁽⁷⁾.

En el Perú según estudios realizados sobre la morbilidad en el periodo prenatal en adolescentes menores de 15 años, encontraron que la anemia es la patología más frecuente, seguido de infección urinaria, que contribuye al parto prematuro, y la tercera pre eclampsia, que contribuye al menor peso del recién nacido por defectos en la función placentaria y malnutrición fetal⁽⁸⁾. Otras complicaciones más frecuentes en adolescentes embarazadas son eclampsia; prematurez y neonatos pequeños para la edad gestacional así como las presentes en el trabajo de parto: parto prolongado, sufrimiento fetal, atonía uterina, desproporción céfalo pélvica. ⁽⁹⁾

En Lima, Perú durante enero 2000 a diciembre 2004, encontraron 18.9%, pre-eclampsia, 6.1% rotura prematura de membranas y 17.1% amenaza de parto pre término; en relación al peso de los recién nacidos el 84.4% pesaron entre 2500 y 3999 gr y 12% menos de 2500 gr. Hubo más partos pre-término y mortalidad perinatal en las adolescentes, principalmente

en menores de 17 años. El parto vía vaginal fue frecuente, pero la incidencia de cesáreas aumentó en las adolescentes menores de 17 años, en comparación a la de 18 y 19 años ⁽¹⁰⁾.

En América Latina y el Caribe 18% de todos los nacimientos corresponde a madres adolescentes de 15 a 19 años ⁽¹⁰⁾.

En el Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima, en relación a las complicaciones durante la gestación en adolescentes refieren principalmente: infecciones genitales, infecciones del tracto urinario, anemias ferropénico y partos prematuros, las adolescentes tempranas tuvieron mayormente anemias y en las de 14 años abortos, a diferencia de las adolescentes tardías que tuvieron estas 3 complicaciones. En el parto, la incidencia de cesáreas fue de 30.6%, en adolescentes tempranas fue mayor, quienes también presentaron estrechez pélvica, mala actitud de presentación, prematuridad y desgarro vaginal; en tanto que en adolescentes tardías fueron: sufrimiento fetal agudo y distocia funicular. En el puerperio, las adolescentes tempranas tuvieron mayor incidencia de infecciones genitales, mientras que las adolescentes tardías tuvieron mayor incidencia de anemias ⁽¹¹⁾.

Según información proporcionada por el departamento de Estadística del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, la frecuencia de partos prematuros, abortos, hiperémesis gravídicas y cesáreas en adolescentes, entre otras son muy altas. Asimismo, en el servicio de Neonatología, se observó muchos casos de recién nacidos prematuros, de bajo peso y niños con malformaciones de madres adolescentes ⁽¹²⁾.

Las referencias mencionadas señalan incidencias y frecuencias variadas en relación a las complicaciones maternas perinatales en adolescentes y en general casi todos señalan el embarazo en adolescentes como un proceso de mucho riesgo en comparación con los embarazos en adultas. Este concepto ha motivado realizar la presente investigación para determinar realmente si las incidencias referidas corresponden a la realidad regional. Para este fin, se ha recolectado datos sobre complicaciones maternas perinatales en adolescentes y adultas atendidas en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, atendidas en el año 2011.

Para su efecto se planteó los siguientes objetivos:

General:

Determinar las complicaciones materno-perinatales en adolescentes y adultas de 20-30 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011

Específicos:

- Identificar las complicaciones materno-perinatales en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011
- Identificar las complicaciones materno-perinatales en adultas de 20-30 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho 2011.
- Comparar las complicaciones materno-perinatales en adolescentes y

adultas de 20-30 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011.

La hipótesis propuesta fue:

Hi: Las complicaciones materno-perinatales en adolescentes son diferentes al de las adultas de 20 a 30 años, atendidas en Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011.

Ho: Las complicaciones materno-perinatales en adolescentes son similares al de adultas de 20 a 30 años, atendidas en Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011.

Los resultados revalidan la hipótesis nula, pues algunas complicaciones que los autores refieren son más frecuentes en las adultas que en las adolescentes.

El Presente estudio consta de los siguientes capítulos: Introducción; Capítulo I, Revisión de la Literatura; Capítulo II, Material y Métodos; Capítulo III, Resultados; Capítulo IV, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones y limitaciones. Así como la bibliografía y anexos.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

El estudio realizado en Chile ⁽¹³⁾ titulada "Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente, estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas Chile 2002". Objetivos: Evaluar las complicaciones obstétricas en adolescentes y comparar con las de adultas. Material y Métodos: mediante el estudio retrospectivo y comparativo, con una muestra obtenida en forma aleatoria, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas; Resultados: 1) Del total, el 9.49% son adolescentes embarazadas menores de 16 años. La menor edad encontrada fue de 13 años; 2) El 49.36% de adolescentes tuvieron anemia, y en adultas fue un 43.67%; 3) El 13.29% de adolescentes tuvieron infecciones del tracto urinario, al igual que 6.96% de adultas; 4) Tanto adultas como adolescentes tuvieron 10.75% el síndrome hipertensivo, con respecto a la diabetes gestacional, tuvieron 1.26% de las adolescentes, y en adultas el doble que es 2.53%; 5) Los que presentaron ruptura prematura de membranas fue 14.55%, de las que un 8.7% estuvo asociado a parto prematuro. En cambio,

la presencia de ruptura prematura de membranas en el de adultas fue de 20.25%; de las cuales, un 9.4% se asoció a parto prematuro. Conclusión: existen diferencias en las frecuencias de complicaciones obstétricas y perinatales de las embarazadas adolescentes y adultas. Los resultados encontrados en este estudio tienen mucha semejanza con el planteado como problema en el presente trabajo de investigación; sin embargo, la realidad sanitaria, estructural y potencial humano posiblemente sea diferente al nuestro.

En México ⁽¹⁴⁾ en el estudio titulado "Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente" objetivos: establecer si existen diferencias en los resultados obstétricos y perinatales entre mujeres adolescentes de 16 años o menores, y mujeres jóvenes de 20 a 24 años. Material y Métodos: mediante el estudio prospectivo, comparativo se trabajó con 328 embarazadas mexicanas, de las cuales 153 adolescentes fueron menores de 16 años, y 175 adultas jóvenes de 20 a 24 años; entre otros encontraron los siguientes resultados: 1) Las principales causas de morbilidad de las adolescentes fueron; infección de tracto urinario en 55%, y 17% de anemia respectivamente. 2) En adultas jóvenes las principales causas de morbilidad fueron: infección de vías urinarias con un 37 %, vaginitis con 25% y pre-eclampsia con 14%. Conclusión: Si existen diferencias en los resultados obstétricos y perinatales entre mujeres adolescentes de 16 años o menores, y mujeres jóvenes de 20 a 24 años.

Este resultado determina las causas de morbilidad en embarazadas adolescentes; sin embargo, no analiza las complicaciones maternas perinatales en las adolescentes.

En Lima Perú ⁽¹⁵⁾ en el estudio titulado “Evaluación comparativa de las complicaciones del embarazo, parto y post-parto de las gestantes adolescentes, tempranas y tardías, en el Instituto Especializado Materno Perinatal Lima 2003-2004”. Objetivos: 1) Evaluar las complicaciones del embarazo en adolescentes, tempranas y tardías. 2) Evaluar las complicaciones del parto de adolescentes, tempranas y tardías. 3) Evaluar de manera actualizada, las complicaciones del postparto en adolescentes, tempranas y tardías. Material y Métodos: Mediante el estudio descriptivo, transversal, analítico, comparativo y prospectivo. Se encuestaron a adolescentes, tempranas y tardías y llegaron a los siguientes resultados: 1) En relación a las complicaciones, durante la gestación fueron: a) Infecciones genitales, infecciones del tracto urinario, anemias ferropénicas y abortos; 38.4% de adolescentes tempranas, tuvieron anemias con mayor incidencia y los abortos se dieron en el grupo de 14 años en 30%. b) En las adolescentes tardías tuvieron un 38.7% de infecciones, 38.4% de anemia y 23.1% de aborto. 2) En el parto, hubo 30.6% de cesáreas, siendo mayor en adolescentes tempranas; las principales patologías observadas en: a) La adolescencia temprana fueron: 28.6% de estrechez pélvica, 14.3% mala actitud de presentación, 14.3% prematuridad y 21.4% desgarro vaginal. b) En adolescentes tardías fueron: 32.0% sufrimiento fetal agudo y 20.5% distocia funicular. 3) Durante la etapa del puerperio: a) Las adolescentes

tempranas tuvieron mayor incidencia de infecciones genitales 10.0%. b) las adolescentes tardías tuvieron mayor incidencia de anemias 68.9%. Conclusión: Finalmente, concluyen que existen diferencias del riesgo obstétrico y perinatal de las embarazadas gestantes adolescentes, tempranas y tardías.

Los autores estudiaron las diferencias en las complicaciones de adolescentes temprano y tardío; no analiza las complicaciones maternas perinatales en las adolescentes.

En la investigación realizada en Lima ⁽¹⁶⁾ titulada "Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes en el Hospital Sergio Bernales 2004". Objetivos: Identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes al compararlas con un grupo control. Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo comparativo retrospectivo en el cual, se dividió a la población en dos grupos homogéneos de 162 participantes cada uno, escogidas aleatoriamente y distribuidas por edad en grupo caso (10 a 19 años) y control (20 a 29 años). Se comparó la presencia de 15 patologías del embarazo. Resultados: 1) La Infección de tracto urinario fue la única complicación que se presentó con mayor frecuencia en las adolescentes; por el contrario, el desprendimiento prematuro de placenta y la distocia de presentación fueron más frecuentes en el grupo de 20 a 29 años. Se presentó un caso de muerte neonatal, siendo esta en el grupo 20 a 29 años. No se presentaron mayores complicaciones tanto en el parto como el puerperio. Conclusión: Existen diferencias en los resultados obstétricos y

perinatales porque la incidencia de complicaciones del embarazo es mayor en las adolescentes; sin embargo, los resultados del parto, puerperio, así como perinatales son similares en primigestas de ambos grupos etareos.

Los resultados encontrados en esta investigación tienen mucha semejanza con lo planteado como problema en el presente trabajo de investigación; sin embargo, la realidad sanitaria, estructural y potencial humano posiblemente sea diferente al nuestro.

En el estudio realizada en Lima ⁽¹⁷⁾ Titulada "Hallazgos perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes y madres adultas" Objetivos: 1) Analizar las características perinatales de los neonatos de madres adolescentes y adultas. 2) Describir las características de los factores de riesgo obstétrico de las madres adolescentes, material y métodos mediante el estudio retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 182 neonatos atendidos en el servicio de Neonatología divididos en dos grupos de forma aleatoria de 91 casos cada grupo; el primero constituido por los neonatos nacidos de madres adolescentes y el otro constituido por los recién nacidos de mujeres adultas. Resultados: Entre otros encontró los siguientes resultados: 1) Hubo una mayor incidencia de pequeños para la edad gestacional y bajo peso al nacer en los neonatos de madres adolescentes en comparación con los recién nacidos de mujeres adultas. 2) Las complicaciones neonatales se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de neonatos de madres adolescentes; constituyendo la adolescencia, un factor de riesgo para la presencia de morbilidad en el neonato. 3) Se encontró con mayor frecuencia, dentro de la morbilidad, la presencia de

hipoglicemia y de sepsis neonatal. Conclusión: no se encontró diferencia significativa en los factores de riesgos obstétricos en relación a la edad de la madre.

Los resultados encontrados en este estudio tienen mucha semejanza con el planteado como problema en el presente trabajo de investigación, sin embargo, la realidad sanitaria, estructural y potencial humano posiblemente sea diferente al nuestro.

En la investigación realizada en Tacna Perú ⁽¹⁸⁾. Titulada "Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú: factores de riesgo". Objetivos: Identificar los factores de riesgo de la mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú. Material y Métodos: Estudio fue de casos y controles, utilizando información del Sistema Informático Perinatal de los hospitales del Ministerio de Salud del año 2000. Se incluyó madres con productos ≥ 1000 gr. Para el análisis las tasas que expresaron por mil nacidos vivos. Resultados: Los autores llegaron a los siguiente resultados: 1) La tasa de mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú en 2000 fue 22,9/1000 nv. Los factores de riesgo fueron: entre otros, edad materna menor de 30 años y mayor de 35 años, antecedente de muerte, corto período intergenésico, multiparidad, ausencia de control prenatal, presentación anómala, patología materna y neonatal, bajo peso al nacer, prematurez, desnutrición intrauterina, APGAR bajo al minuto y 5 minutos. Cinco factores de riesgo, bajo peso, prematuridad, depresión al nacer, morbilidad neonatal y multiparidad. Conclusión: Finalmente se concluyen: Los factores de riesgo relacionados al recién

nacido tuvieron mayor valor predictivo para la mortalidad perinatal que los factores de riesgo maternos.

Los autores estudiaron la mortalidad perinatal en el Perú; no analiza las complicaciones maternas perinatales en las adolescentes.

1.2. BASE TEÓRICA

1.2.1 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

HIPEREMESIS GRAVÍDICA ⁽¹⁹⁾

Se denomina hiperémesis gravídica a la presencia de vómitos persistentes que aparecen en etapas tempranas del embarazo y que llevan a cuadros de deshidratación, con pérdida de sales del cuerpo (sodio y potasio) y pérdida de peso mayor del 5% al peso inicial del embarazo. Esta enfermedad ocurre en un 0.3 al 1% de los embarazos y tiende a recurrir en embarazos posteriores, presentándose con mayor frecuencia en madres primerizas y adolescentes.

ANEMIA DEL EMBARAZO ⁽²⁰⁾

La relación entre anemia y embarazo es frecuente, aunque raramente es una complicación seria, ya que se trata de la disminución de la masa de hemoglobina durante el periodo gestacional. Esto se debe a que en dicha etapa hay una predisposición a la discordancia entre el aumento de la masa eritrocítica y el incremento del volumen plasmático, con el agravante de la posibilidad de coexistencia con una pérdida aguda de sangre por una patología obstétrica o médica.

Debido a que el feto depende de la sangre materna, la anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, parto prematuro o un bebé de bajo peso al nacer. La anemia grave, aumenta el riesgo de mortalidad materna postparto.

Durante el embarazo ocurren tres etapas sucesivas que modifican el balance de hierro. En la primera el cambio es positivo debido a la disminución de las menstruaciones; durante la segunda comienza la expansión de la masa de glóbulos rojos (entre la semana 20 y 25 de gestación); y en el tercer trimestre existe una mayor captación de hierro por parte del feto fundamentalmente después de la semana 30.

Generalmente, el 90% de las anemias gestacionales son de tipo ferropénico, esto es por una deficiencia de hierro. Más raramente existen las megaloblásticas, donde hay un déficit de vitamina B12. La necesidad de hierro alcanza cifras muy altas en un período corto de tiempo, como consecuencia de los requerimientos del feto y la placenta, la expansión del volumen sanguíneo materno y las pérdidas de sangre durante el parto. Por ello, es claro que la dieta no alcanza a cubrir los altos requerimientos de hierro. Si no se tiene reservas previas, la consecuencia natural es la aparición de anemia al final del embarazo.

PREECLAMPSIA⁽²¹⁾

La preeclampsia, es una enfermedad propia del embarazo que puede afectar del 5% al 8% de las mujeres embarazadas. El diagnóstico de preeclampsia se establece cuando aparecen hipertensión arterial, edemas

(retención de líquidos) junto a proteínas en la orina luego de las 20 semanas de gestación, en el momento del parto o incluso después del nacimiento, puede ser leve, moderada o severa; dependiendo de las cifras de presión arterial y pérdida de proteínas en la orina y su progresión puede ser muy lenta o aparecer bruscamente al final del embarazo. Se considera hipertensión arterial cuando tu presión sistólica es mayor de 140 mmHg. y la diastólica de más de 90mmHg. Es normal que la presión varíe a lo largo del día; por lo cual, se necesitan tres controles de presión arterial por encima de los valores normales para considerar hipertensión arterial.

La enfermedad se soluciona con el nacimiento, que deberá programarse basándose en la edad gestacional y el estado de salud materno-fetal.

Las consecuencias en la salud materna y fetal, cuanto más precoz sea la aparición de la preeclampsia, mayores serán los riesgos; en la mayoría de los casos aparece en las últimas semanas del embarazo y con un adecuado control médico, no hay riesgos importantes.

La preeclampsia se asocia a una vasoconstricción arterial, lo que provoca una disminución en la llegada de sangre a órganos maternos importantes como los riñones, hígado, cerebro, placenta, por lo que no hay un adecuado aporte de nutrientes y oxígeno al feto; lo cual, impide un crecimiento intrauterino adecuado y una disminución en el volumen de líquido amniótico, en casos extremos puede ser causa de un desprendimiento prematuro de placenta, asociado a numerosos riesgos en la salud del feto.

ECLAMPSIA ⁽²²⁾

Se denomina eclampsia a la aparición de contracciones musculares bruscas y repetitivas en todo el cuerpo (convulsiones tónico-clónicas) y/o coma en una mujer embarazada con preeclampsia sin antecedentes neurológicos previos. Es una de las complicaciones más graves que puede aparecer en una mujer embarazada y requiere internación inmediata en sala de cuidados intensivos

Puede presentarse antes del parto en el 44% de los casos, durante el parto en el 33% o en el postparto en el 23% de los casos. No se conoce el mecanismo final que provoca esta complicación, pero está relacionado con alteraciones en las arterias cerebrales (daño en el endotelio vascular), con espasmo arterial, edema e isquemia (falta de oxigenación del tejido cerebral).

EDEMAS DURANTE EL EMBARAZO ⁽²³⁾

El edema o retención de líquidos se manifiesta generalmente como una hinchazón en los pies, especialmente en los tobillos. Es un proceso normal que aparece durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre y en los primeros 10 días después del parto. El edema se produce por el aumento de líquidos en el cuerpo como consecuencia de las hormonas del embarazo. Este líquido (líquido intersticial) que proviene de las venas pasa de las venas (transvasamiento), al espacio intercelular, causando de esta forma hinchazón en la zona afectada.

Es más frecuente en embarazos múltiples o cuando se ha aumentado demasiado de peso. También aparece en estaciones del año calurosas o con mucha humedad en el ambiente o bien por estar parada por largos ratos. La retención de líquidos en forma excesiva, que se extiende a la cara, cuello y manos, puede a veces ser el inicio de preeclampsia o una enfermedad renal.

HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO ⁽²⁴⁾

En esta etapa las causas son muy similares a las del segundo trimestre. A ellas pueden agregarse las siguientes:

La expulsión del tapón mucoso, a veces precede al trabajo de parto que puede producir hemorragia vaginal.

La dilatación del cuello uterino durante el trabajo de parto que siempre está asociada a contracciones uterinas puede producir hemorragia vaginal.

BAJO PESO MATERNO ⁽²⁵⁾

El estado nutricional materno es un importante factor que incide sobre el crecimiento prenatal y el peso en el recién nacido; la gestante adolescente al estar creciendo y no haber completado su madurez fisiológica, sus requerimientos nutricionales son mayores que los de la mujer adulta y estos, a su vez, compiten con las necesidades de obtener nutrientes para el crecimiento del feto; se ha determinado que en las adolescentes se hace necesaria una ganancia de peso superior a la de la embarazada adulta, para lograr un neonato con peso adecuado.

Se ha demostrado que la ganancia de peso durante el embarazo es un indicador importante para predecir la futura salud del recién nacido; si esta ganancia es escasa, es obvio que el neonato tendrá más vulnerabilidad a cualquier mortalidad que pueda presentarse.

EMBARAZO PREMATURO O PRECOZ ⁽²⁶⁾

El embarazo a edades tempranas, es considerada un factor de riesgo obstétrico y neonatal con alta probabilidad de bajo peso al nacer y prematuridad.

En un estudio realizado en la ciudad de Corrientes del total de partos registrados, el 24% fueron de madres adolescentes. El 16.8 % de los recién nacidos (RN) de madres adolescentes no alcanzaron las 37 semanas, el 15% tuvo un peso menor para la edad gestacional y de estos, el 83% fueron RN pretérminos. Del total de hijos de madres adolescentes, un amplio porcentaje fueron recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, remarcándose el riesgo obstétrico y neonatal al que se exponen los embarazos a edades tempranas.

INFECCIONES ⁽²⁷⁾

La infección urinaria: es encontrada frecuentemente en el embarazo adolescente, la gran mayoría de los estudios la ubican entre los primeros lugares dentro de las complicaciones

La leucorrea y las vulvovaginitis están entre las afecciones mas frecuentes; es una realidad mundial la mayor frecuencia de infecciones genitales, incluyendo las de transmisión sexual; siendo este grupo más

susceptible por el mayor número de contactos sexuales sin las medidas de protección adecuadas.

EMBARAZO PROLONGADO ⁽²⁸⁾

Es la duración del embarazo por más de 42 semanas (294 días o más) a partir del primer día de la última menstruación, se considera que un embarazo prolongado se asocia a mayor morbi-mortalidad perinatal, el riesgo de mortalidad fetal aumenta en 2,5 veces en gestaciones mayores de 41 y 42 semanas.

Trastorno del embarazo denominado también embarazo pos término y post maduro, se desconoce la razón pero factores hormonales por las cuales algunas mujeres tienen un embarazo prolongado que otras. Los estudios realizados indican que está asociado con trabajo de parto largo y partos quirúrgicos; las mujeres corren mayor riesgo de sufrir traumatismos en un parto vaginal, cuando el bebe es grande; por lo tanto, el parto por cesárea es dos veces más probable en un embarazo prolongado, debido al tamaño de feto, las madres también tienen más probabilidad de sufrir infecciones, complicaciones en la herida hemorragias postparto (después del alumbramiento).

En un embarazo prolongado corre peligro la vida del feto, puesto que la placenta aporta nutrientes y oxígeno desde la circulación de la madre, comienza a envejecer y la efectividad de su función disminuye, por lo que, se producen las muertes fetales por asfixia intrauterina, sufrimiento fetal, e insuficiencia placentaria causando así malformaciones especialmente del

SNC. Además de la asfixia perinatal se agrega la compresión del cordón umbilical y el síndrome de aspiración meconial, el retardo de crecimiento y la macrosomía fetal son condiciones que se observan con mayor frecuencia en el embarazo prolongado.

DESGARRO DEL CANAL DEL PARTO ⁽²⁹⁾

La desproporción feto-pélvica tiene un mayor riesgo de culminar con desgarros del cuello, vagina, vulva y periné. Esta complicación es frecuente en la adolescencia principalmente por la condición de inmadurez, manifestándose en una estrechez de canal blando; además de las lesiones anatómicas hay mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en el terreno materno.

Una de las causas más frecuentes para indicar la cesárea es la desproporción céfalo-pélvica.

Los desgarros de la vagina y el periné se clasifican de primero, segundo, tercer, y cuarto grado. Los desgarros de primer grado afectan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin afectar la fascia y el músculo subyacente. Los desgarros de segundo grado comprometen además la fascia y el músculo perineal sin comprometer el esfínter anal. Los desgarros de tercer grado afectan además el esfínter anal. Los desgarros de cuarto grado afectan la mucosa rectal y exponen la luz del recto, pueden asociarse con desgarros de uretra y sangrar profusamente.

CESÁREA⁽³⁰⁾

En los últimos treinta años se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea. Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%; en la actualidad, la frecuencia oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor al 50% en el sistema privado.

La alta morbilidad de cesárea en adolescentes, constituye un importante problema de salud pública en los actuales momentos.

La cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas; en Barcelona la edad frecuente de cesáreas en el 2007 fue entre 18 y 19 años; la indicación de cesárea segmentaria más frecuente según su causa fue la desproporción feto pélvica con 32.43%; en cuanto a las complicaciones más frecuentes asociada a la cesárea segmentaria en adolescentes, fue la anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentaron en el 43.18% de los casos.

DISTOCIA FUNICULAR⁽³¹⁾

Con regular frecuencia el cordón umbilical se enrolla alrededor de partes del feto, frecuentemente en el cuello.

La circular de cordón no suele ser causa de muerte fetal y su incidencia no es frecuente, pero sí de alteración del progreso del trabajo de parto, o de alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y sufrimiento fetal, sobre todo si es circular simple ajustada, circular doble o triple,

Otra condición del cordón umbilical que puede originar alteraciones del trabajo de parto es la torsión o la compresión del cordón umbilical que si

es marcada o intensa, disminuirá severamente la circulación placenta-fetal, que puede llevar a la muerte del feto.

2.2.2 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

DESproporción FETO-PÉLVICA ⁽³²⁾

Este trastorno se da por la combinación de los siguientes factores: disminución de los diámetros pélvicos, tamaño fetal excesivo, o combinación de ambas situaciones, esta disminución puede darse en el diámetro pélvico superior, medio, inferior o en una combinación de ellas; por lo tanto en las adolescentes, las alteraciones son mayores que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo-pélvica y de distocias de posición (si el embarazo se produce en los primeros cinco años pos menarquia, esto adquiere mayor significación) constituyendo, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto por uso de fórceps como de cesáreas.

PLACENTA PREVIA ⁽³³⁾

Es una condición donde la placenta se inserta en la parte inferior del útero, cuando ésta cubre por completo el cuello uterino se denomina placenta previa oclusiva total. Si la misma se encuentra justo sobre el borde del cuello uterino, es llamada placenta previa marginal y si se ubica a 2 cm. del cuello uterino, sin tocarlo, lleva el nombre de placenta baja. También es probable que se escuche el término placenta previa parcial, en referencia a

una placenta que cubre parte del orificio cervical una vez que el cuello uterino comienza a dilatarse.

El síntoma principal es el sangrado vaginal sin dolor, que se produce con frecuencia hacia el final del segundo trimestre o al comienzo del tercero. Un dato importante es la ausencia de dolor abdominal o sensibilidad asociada con el sangrado. El flujo puede ser ligero o abundante y de un color rojo intenso. Otra característica del sangrado es que se detiene por sí solo, para luego comenzar nuevamente pasados algunos días o unas semanas. La manera en que el especialista confirma que es placenta previa es realizando un examen ecográfico.

La placenta previa se presenta en 1 de cada 200 embarazos. Es más habitual en mujeres que tienen miomas uterinos (fibromas), úteros anormalmente desarrollados o cicatrices en la pared del mismo, causadas por embarazos anteriores, cesáreas, cirugías o abortos. También presentan un mayor riesgo las mujeres fumadoras o que quedan embarazadas a una edad avanzada.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA⁽³⁴⁾

El desprendimiento de placenta (abruptioplacenta), también conocida como separación prematura de la placenta, abrupción placentaria, hematoma retroplacentario, ablación de la placenta, es la separación de éste órgano que alimenta el feto, del sitio de implantación uterina, antes del nacimiento. Este desprendimiento es una complicación grave ya que de ocurrir el feto puede dejar de recibir oxígeno y los nutrientes necesarios,

mientras que la madre tiene probabilidades de sufrir una hemorragia y alteraciones en la coagulación sanguínea que pongan en peligro su vida.

El desprendimiento de placenta se produce aproximadamente en 1 de cada 100 embarazos. Ocurre con mayor frecuencia en el tercer trimestre, aunque es factible que suceda en cualquier momento pasada la semana 20 de gestación. De todos modos, este hecho se presenta de forma grave, y produciendo la muerte fetal, únicamente en 1 de cada 750 partos.

OLIGOAMNIOS ⁽³⁵⁾

Se conoce como oligoamnios a la disminución en la cantidad de líquido amniótico. Trae como consecuencia inconvenientes para la madre o el feto. A veces, también, es una señal de la presencia de otras complicaciones. Sin embargo, en la mayoría de los casos el feto nace bien.

Durante el segundo trimestre el feto es capaz de inhalarlo, de modo tal que entra en sus pulmones, y tragarlo, promoviendo el desarrollo y crecimiento normal tanto de los pulmones como de su sistema gastrointestinal. Este fluido también permite que el feto se mueva, colaborando en el desarrollo normal de sus músculos y huesos.

La cantidad de líquido aumenta aproximadamente hasta la semana 32 del embarazo. En general, pasado ese momento, el nivel permanece estable hasta que el feto alcanza su desarrollo completo (entre las 37 y las 40 semanas), período en que empieza a disminuir.

Alrededor del 8% de las mujeres al término del embarazo, tienen un nivel de líquido amniótico inferior al normal. El oligoamnios se puede

presentar en cualquier etapa del embarazo, aunque es más común durante el último trimestre. Aproximadamente el 12% de las futuras madres cuyos embarazos se prolongan por más de dos semanas, a partir de la fecha establecida para el parto, presentarán esta afección, dado que pasadas las 42 semanas de gestación el nivel de líquido amniótico disminuye a la mitad.

Los problemas relacionados con la escasez de líquido amniótico difieren según la etapa en que se encuentre el embarazo. Cuando se produce durante la primera mitad los órganos del feto se comprimen, provocando defectos de nacimiento como malformaciones en los pulmones y miembros; también, aumenta el riesgo de aborto espontáneo y parto pretérmino.

En segunda mitad del embarazo posiblemente provoca deficiencias en el crecimiento fetal, el oligoamnios aumenta el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto, incluyendo accidentes potencialmente peligrosos con el cordón umbilical. Existe una mayor probabilidad de cesárea en las mujeres que presenten oligoamnios.

POLIHIDRAMNIOS⁽³⁶⁾

El Polihidramnios es el exceso en cantidad del líquido amniótico. Alrededor del 1% de las embarazadas posee una cantidad excesiva de líquido amniótico. La mayoría de los casos son leves y se producen como resultado de una acumulación gradual de líquido durante la segunda mitad del embarazo.

Esta patología aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo, como el parto prematuro, rotura prematura de bolsa, desprendimiento de placenta (cuando la misma se desprende de manera parcial o total de la pared uterina antes del nacimiento), hemorragias postparto por atonía uterina, mala posición fetal y procidencia de cordón umbilical.

PARTO PRETÉRMINO ⁽²⁴⁾

Se denomina parto pre término o prematuro al que ocurre desde las 28 semanas hasta las 37 semanas de gestación,

Existe amenaza de parto pretérmino cuando entre las 28 y 37 semanas aparecen contracciones uterinas progresivas, en intensidad, duración y frecuencia; lo cual, se acompaña de modificaciones cervicales (dilatación, borramiento).

Constituye un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de morbilidad en el recién nacido a corto y largo plazo y es la principal causa de morbilidad neonatal: La incidencia de parto pretérmino es mayor en las adolescentes comparadas con la adulta, del mismo modo señalan que en el mundo la edad frecuente de la madre es de 13 a 15 años, siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y postneonatal.

El riesgo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas está asociada a la inmadurez uterina y del cuello de útero predispondría a las adolescentes a infecciones subclínicas como vaginosis bacterianas o

infecciones urinarias, que estaría implicado en el incremento de la incidencia de parto pretérmino, otra causa posible sería la baja edad ginecológica.

En Lima durante el período enero 2002 - diciembre 2006, los factores maternos relacionados al parto pre término y morbilidad neonatal entre otras es la edad gestacional de 24 a 30 semanas y ruptura prematura de membranas.

La Organización Mundial de la Salud ⁽⁴²⁾ (OMS) define la prematuridad como el parto producido antes de las 37 semanas de gestación, o que tiene un peso menor de 2,500 gramos de peso. Con relación al peso fetal se utilizan términos como pequeño para la edad gestacional, retardo del crecimiento fetal o retardo del crecimiento intra-uterino, aunque recientemente se prefiere utilizar el término de restricción en lugar de retardo, para evitar connotaciones relacionadas con problemas mentales.

Las causas importantes para el parto pre-término están: la pre eclampsia, el sufrimiento fetal, la restricción del crecimiento fetal, el desprendimiento prematuro de placenta, la ruptura prematura de membranas, la corioamnionitis, el tabaquismo, la mala nutrición, drogadicción, escaso aumento de peso durante el embarazo, alcoholismo, el estrés psicológico y los factores genéticos.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) ⁽³⁶⁾

La RPM es la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto 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.

Constituye una de las complicaciones obstétricas más relacionadas con la Morbimortalidad materno – perinatal como el embarazo de pretérmino. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos prematuros representan entre el 2.7 y 17% de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos a gestaciones de pretérmino.

El período de latencia (tiempo entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto) se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pretérmino (más de 48 hrs. en el 50% de los casos) que en los embarazos a término (menos de 24h en el 90% de los casos).

BAJO PESO AL NACER ⁽³⁷⁾

El bajo peso al nacer es el principal factor que interviene en la mortalidad neonatal y en algunos problemas a largo plazo, como las discapacidades de desarrollo y los trastornos del aprendizaje. Se considera bajo peso a los recién nacidos con peso menor a 2500 gr. Los estudios han demostrado que hay mayor incidencia de bajo peso al nacer en los hijos de madres adolescentes que en mujeres mayores, del mismo modo en países en desarrollo, la incidencia de bajo peso al nacer y/o muy bajo peso al nacer (definido de este último como peso menor a 1500 gramos) en hijos de madres adolescentes está incrementada en relación a la incidencia en hijos de mujeres mayores, en particular cuando se asocian a baja edad

gestacional. Existe una relación directa entre parto pretérmino y bajo peso para la edad gestacional

El parto pretérmino es determinante en el bajo peso al nacer y el retardo del crecimiento fetal está asociado al bajo peso para la edad gestacional. Asimismo, las carencias alimentarias y la desnutrición maternas se asocian al bajo peso al nacer, siendo conocido que el estado nutricional materno tiene un efecto determinante sobre el crecimiento fetal y el peso del recién nacidos.

Las jóvenes adolescentes continúan su crecimiento durante el embarazo y a las necesidades bioenergéticas habituales se suman las propias de la gestación.

SUFRIMIENTO FETAL ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾

Son aquellas circunstancias en las cuales el feto está en peligro por dificultades en el intercambio gaseoso feto materno la dificultad puede ser brusca o aguda constituyendo sufrimiento fetal aguda, también hay dificultad crónica; sin llegar a poner en peligro la vida del feto en un momento dado, se pondrá de manifiesto en dificultad en el crecimiento y en el desarrollo del feto llamado retraso decrecimiento intrauterino.

La forma aguda se presenta más frecuentemente durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida. En la mayoría de los casos es una distocia de contractilidad uterina. Se cree que se produce por una disminución en el aporte de oxígeno al feto.

RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU) ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾

Es la consecuencia de la supresión del potencial de crecimiento fetal, que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de nutrientes.

En ausencia de pruebas diagnósticas al nacimiento que permitan establecer la presencia de un RCIU, los investigadores y clínicos han utilizado una definición de tamaño (RN PEG = recién nacido pequeño para la edad gestacional), referida a la localización del peso de nacimiento bajo un valor arbitrario de las curvas estándares de peso, porque el RCIU es una anomalía del crecimiento y desarrollo fetal cuya magnitud variable (3 de a 10% de los embarazos en adolescentes, y un tercio del total de niños con bajo peso de nacimiento o menores de 2500 gr). La ganancia de peso durante la gestación es una variable relevante para el pronóstico del retardo de crecimiento intrauterino. Como también se realizaron trabajos que emplean el índice de masa corporal para evaluar el estado de nutrición durante el embarazo, observándose que este dato se asocia a la tasa de prematuridad y al RCIU.

Alrededor del 17 % de las mujeres entre 13 y 19 años, tienen hijos con bajo peso al nacer; porque sus necesidades nutricionales son mayores a las de las mujeres adultas.

HEMORRAGIA POST PARTO ⁽⁴²⁾

Es el sangrado vaginal de más de 500 ml después del parto.

La importancia de un volumen determinado de pérdida de sangre varía según sea el nivel de hemoglobina de la mujer. Una mujer con un nivel de

hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica.

Aun las mujeres sanas, sin anemia, pueden sufrir una pérdida de sangre catastrófica. La evaluación de riesgos en la etapa prenatal no permite pronosticar con eficacia qué mujeres sufrirán hemorragia postparto. El manejo activo del tercer periodo debe practicarse en todas las mujeres en trabajo de parto, ya que reduce la incidencia de hemorragia postparto causada por el útero atónico.

CAPITULO II

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE ESTUDIO: Cuantitativo.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicativo.

2.3. NIVEL O ALCANCE DE LA INVESTIGACION: Descriptivo comparativo.

2.4. DISEÑO O MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Transversal retrospectivo.

2.5. ÁREA O SEDE DEL ESTUDIO: La presente investigación se realizó en el Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", que se encuentra ubicado a 500 metros lado norte de la plaza mayor de la ciudad de Ayacucho, conocida localmente con el nombre de Huamanga. Y se encuentra a 2.761 msnm, se caracteriza por tener un clima agradable, templado y seco, con una temperatura promedio de 17.5 °C.

2.6 POBLACIÓN: La población estuvo constituida 837 Historias Clínicas de las adolescentes con complicaciones materno perinatales atendidas en el año 2011 y otras 837 historias clínicas correspondientes a las adultas con complicaciones materno perinatales atendidas durante el mismo año.

2.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Participaron en el estudio todas las historias clínicas que registraron complicaciones materno- perinatales en adolescentes y adultas de 20-30 años, durante el período 2011.

2.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Todas las historias clínicas borrosas, incompletas y con enmendaduras.

2.7 TAMAÑO DE MUESTRA:

El tamaño de la muestra fue obtenida por la aplicación de la fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{[E^2 (N-1)] + [Z^2 pq]}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 0.5 \times 0.5 \times 837}{[(0.05)^2 (837-1)] + [(1.96)^2 0.5 \times 0.5]}$$

Dónde:

N: es el tamaño de población (837).

Z: es el nivel de confianza (1.96).

p: es la variabilidad positiva (0.5).

q: es la variabilidad negativa (0.5).

E: es la precisión o el error (0.05).

Hallando el tamaño de la muestra:

n = 263

2.8. MUESTRA: De tipo probabilístico aleatorio simple, constituido por 263 adolescentes y 263 adultas con complicaciones materno perinatal, atendidos en el Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena", durante el año 2011.

2.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

2.9.1 TÉCNICAS: La técnica que se utilizó fue el análisis documentario.

2.9.2. INSTRUMENTO: Se utilizó la ficha de recolección de datos.

2.10. UNIDAD DE ESTUDIO: La unidad de este estudio estuvo constituida por la Historia Clínica Materno Perinatal (HCMP) de una adolescente y adultas del Servicio de Gineco Obstetricia.

2.11. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la obtención de información del presente estudio se solicitó autorización a las instancias pertinentes para la revisión minuciosa de los archivos e historia clínicas de las adolescentes con complicaciones materno-perinatales que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho 2011.

2.12. PROCESAMIENTO DE DATOS:

Primero: se realizó el control de calidad de los datos

Segundo: Se realizó la construcción de la matriz tripartita en EXCEL.

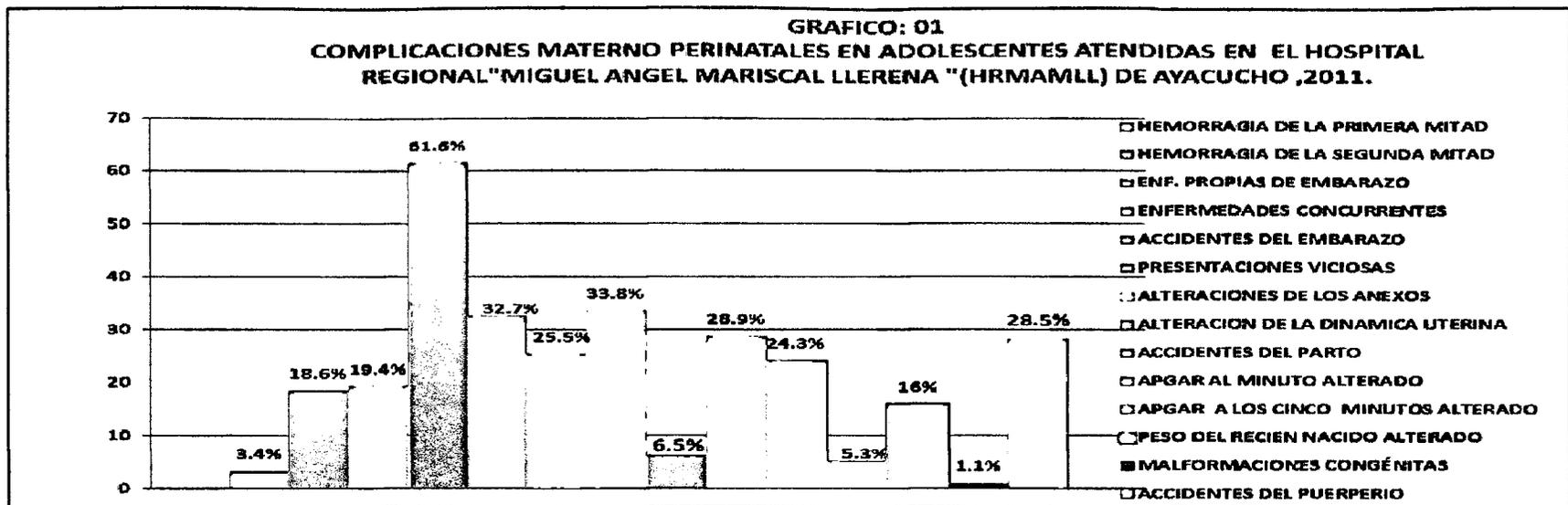
Tercero: Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico EXCEL y SPSS.

Cuarto: Se confeccionó gráficos de barras, para la presentación y se empleó el análisis estadístico para la estadística descriptiva.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

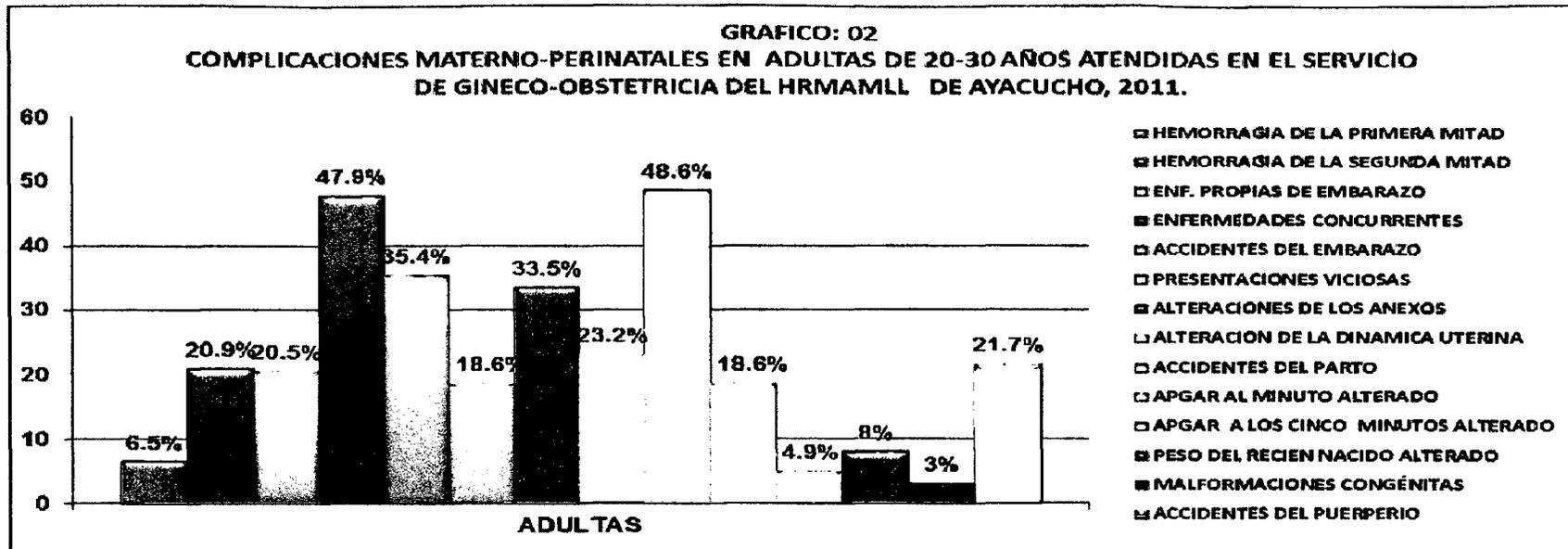
Cuadro 01: Complicaciones materno perinatales en mujeres adolescentes y adultas. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, 2011.

	Adolescentes y Adultas	N	Pruebas Z	Significancia
Hemorragia 1 mitad	Adolescentes	263	0.065	N.S.
	Adultas	263	0.065	N.S.
Hemorragia 2 mitad	Adolescentes	263	0.329	N.S.
	Adultas	263	0.329	N.S.
Enfermedades propias del embarazo	Adolescentes	263	0.936	N.S.
	Adultas	263	0.936	N.S.
Enfermedades concurrentes	Adolescentes	263	0.000	P<0.05
	Adultas	263	0.000	P<0.05
Accidentes del embarazo	Adolescentes	263	0.728	N.S.
	Adultas	263	0.728	N.S.
Presentaciones viciosas	Adolescentes	263	0.832	N.S.
	Adultas	263	0.832	N.S.
Alteración de anexos ovulares	Adolescentes	263	0.787	N.S.
	Adultas	263	0.787	N.S.
Alteración de la dinámica uterina	Adolescentes	263	0.000	P<0.05
	Adultas	263	0.000	P<0.05
Accidentes del parto	Adolescentes	263	0.000	P<0.05
	Adultas	263	0.000	P<0.05
Finalización del parto	Adolescentes	263	0.001	P<0.05
	Adultas	263	0.001	P<0.05
APGAR al minuto	Adolescentes	263	0.206	N.S.
	Adultas	263	0.206	N.S.
APGAR a los 5 min	Adolescentes	263	0.632	N.S.
	Adultas	263	0.632	N.S.
Peso del recién nacido	Adolescentes	263	0.125	N.S.
	Adultas	263	0.125	N.S.
Malformaciones del recién nacido	Adolescentes	263	0.129	N.S.
	Adultas	263	0.129	N.S.
Accidentes del puerperio	Adolescentes	263	0.001	P<0.05
	Adultas	263	0.001	P<0.05



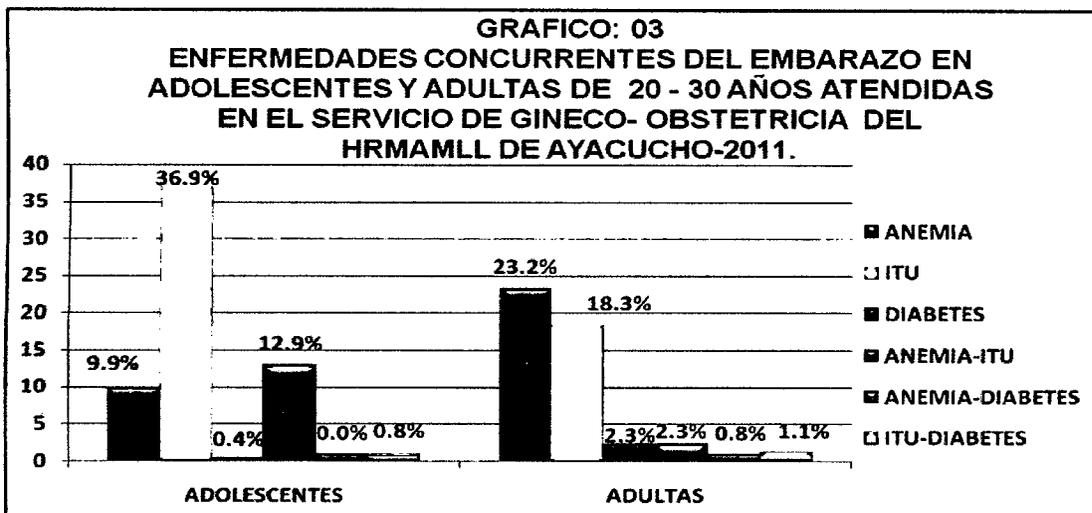
FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

El gráfico N° 01 muestra las complicaciones Materno-Perinatales (CMP) en adolescentes, atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, Se observa, 61.6% de enfermedades concurrentes, 33.8% de alteraciones de los anexos, 32.7% de accidentes del embarazo, 28.9% accidentes durante el parto, 28.5% de accidentes durante el puerperio, 25.5% de presentaciones viciosas, 24.3% de alteraciones en el APGAR al min., 19.4% de enfermedades propias del embarazo, 18.6% de hemorragias de la 2° mitad del embarazo, 16% de alteraciones en el peso de RN y otras complicaciones en menor porcentaje, 6.5% hemorragia de la segunda mitad, 5.3% de alteraciones en el APGAR a los cinco min. y 3.4%, de hemorragia de la primera mitad del embarazo.



FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

En el gráfico N° 02, muestra las CMP en adultas de 20 a 30 años, se observa, 48.6% de accidentes durante el parto, 47.9% de enfermedades concurrentes, 35.4% de accidentes durante el embarazo, 33.5% de alteraciones de los anexos, 23.2% de alteraciones de la dinámica uterina, 21.7% de accidentes durante el puerperio, 20.9% de hemorragias de la 2° mitad del embarazo, 20.5% de enfermedades propias del embarazo, 18.6% de presentaciones viciosas y apgar al minuto alterado; en menor porcentajes malformaciones congénita, alteraciones del peso del RN, alteraciones del APGAR a los 5 min y hemorragias de la 1° mitad del embarazo.



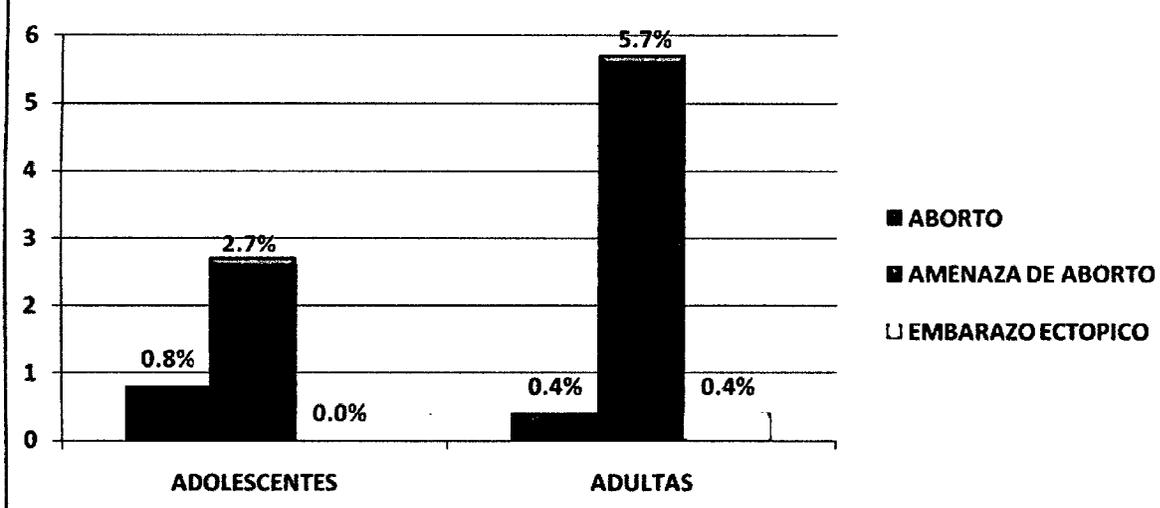
FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.000$ ($p < 0.05$)

El gráfico muestra que la frecuencia de infecciones del tracto urinario es mayor en las adolescentes con 36.9% y 18.3% en las adultas; La frecuencia de anemia es mayor en las adultas representado por el 23.2%, en comparación al 9.9% de las adolescentes; el 12.9% de las adolescentes presentaron anemia-ITU y las adultas 2.3 %; el 2.3% de adultas tuvieron diabetes y solo 0.4% las adolescentes presentaron, el 1.1% de adultas presentaron ITU-diabetes y 0.8% de adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p < 0.05$; por lo tanto, existe diferencia significativa entre el promedio de las enfermedades concurrentes del embarazo de las mujeres adolescentes y del grupo de mujeres adultas. Es decir, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades concurrentes que las madres adultas.

GRAFICO: 04
HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20 - 30 AÑOS ATENDIDAS
EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA HRMAMLL DE
AYACUCHO, 2011.



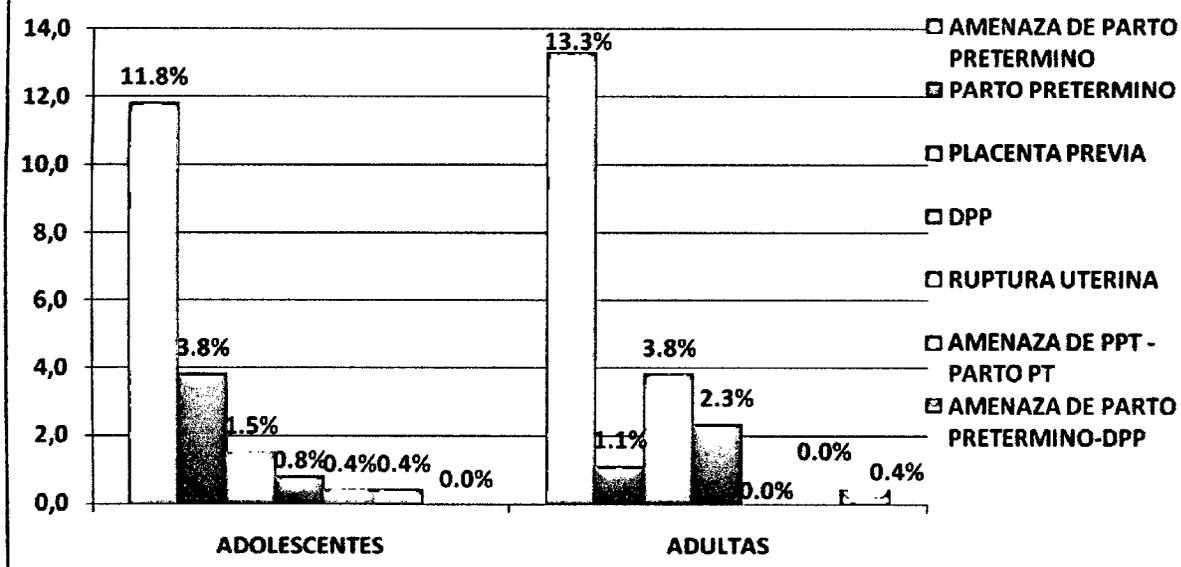
FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.065$ ($p > 0.05$)

El gráfico muestra las causas de la hemorragia de la primera mitad del embarazo: la frecuencia de amenazas de aborto fue 5.7% en las madres adultas y 2.7% en las adolescentes; el aborto fue 0.8% en las adolescente y 0.4% en las adultas; el embarazo ectópico solo presentaron las adultas con una frecuencia de 0.4%.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p > 0.05$; por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el promedio de las hemorragias de la primera mitad del embarazo de las mujeres adolescentes y de las mujeres adultas. Es decir, tanto las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar hemorragias de la primera mitad del embarazo.

GRAFICO: 05
HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20 - 30 AÑOS ATENDIDAS EN
EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE
AYACUCHO, 2011.

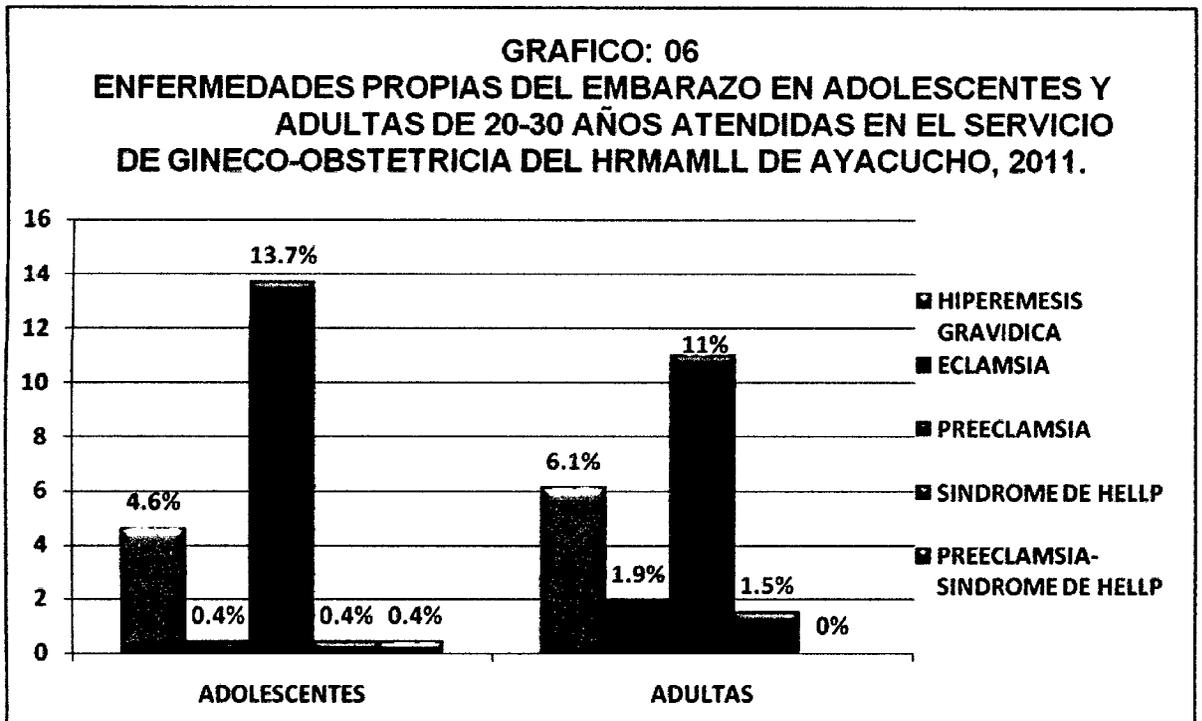


FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.329$ ($p > 0.05$)

El gráfico muestra las causas de las hemorragias de la 2° mitad del embarazo, el 13.3% fue amenaza de parto pretérmino en las madres adultas mientras en las adolescentes fue 11.8%; las adolescentes presentaron 3.8% de parto pretérmino y 1.1% en las adultas; el 3.8% de madres adultas se halló placenta previa y 1.5% en las adolescentes; en el 2.3% de madres adultas se encontró desprendimiento prematuro de placenta y solo 1,5% en las adolescentes; se encontró el 0.4% de ruptura uterina, amenaza de parto pretérmino - parto pretérmino en adolescentes y en adultas no presentaron casos.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p > 0.05$; por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el promedio de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo de las mujeres adolescentes y adultas. Es decir, tanto las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar hemorragias de la segunda mitad del embarazo.



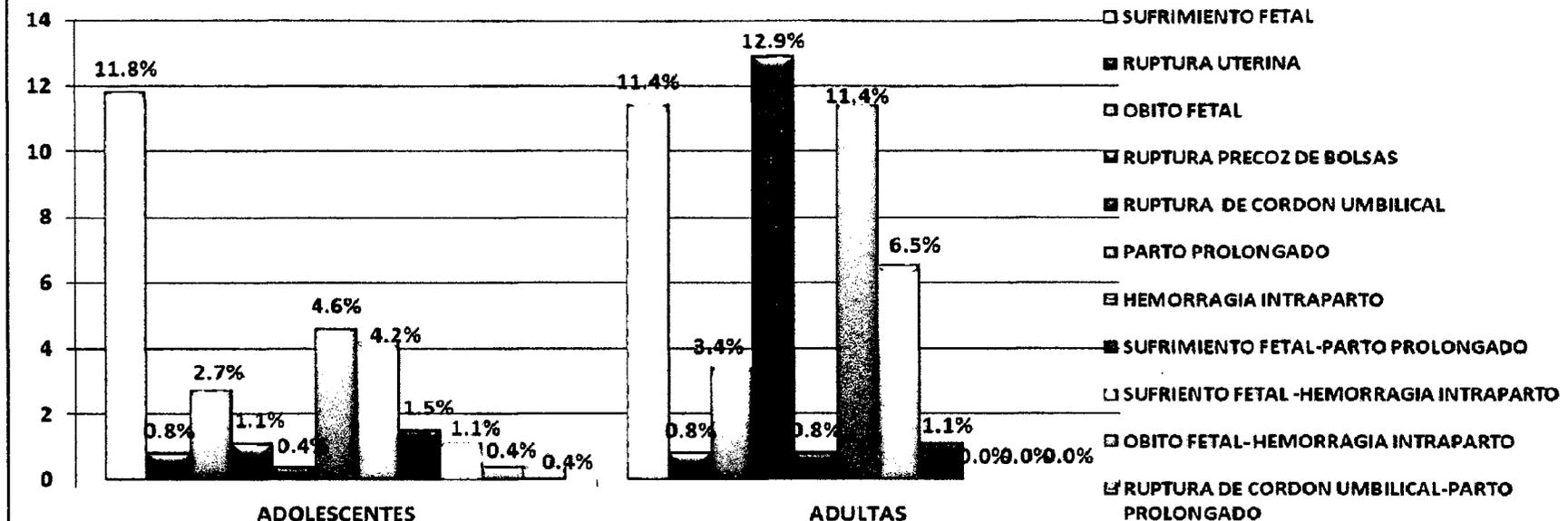
FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.936$ ($p > 0.05$)

En el presente gráfico se observa la enfermedades propias del embarazo: el 13.7% de madres adolescentes presentaron preeclampsia y 11.0% las madres adultas; el 6.1% de madres adultas presentaron hiperémesis gravídica y 4.6% de madres adolescentes; 1.9% de adultas presentaron eclampsia y 0.4% de adolescentes; 1.5% de adultas presentaron síndrome de Hellp y 0.4% de madres adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p > 0.05$; por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el promedio de las enfermedades propias del embarazo de las mujeres adolescentes y adultas. Es decir, tanto las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar las enfermedades propias del embarazo.

GRAFICO: 07
ACCIDENTES DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20-30 AÑOS
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO -OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE
AYACUCHO, 2011.



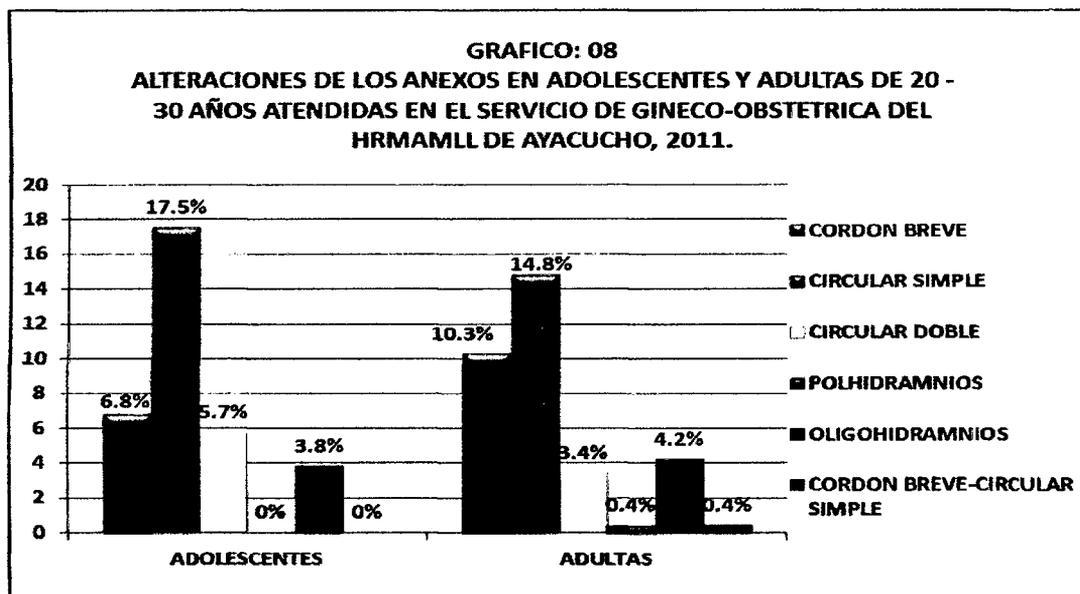
FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.000$ ($p < 0.05$)

El gráfico presenta, la diferencia de los accidentes durante el parto: el 12.9% de madres adultas presentaron ruptura precoz de bolsas y solo el 1.1% de adolescentes; el sufrimiento fetal fue más 11.8% en adolescentes y con una ligera

Similitud de 11.4% en las adultas; el parto prolongado es más frecuente en adultas con 11.4% y en adolescentes 4.6%; la hemorragia intraparto se presentó con más frecuencia en las adultas con 6.5% y las adolescentes 4.2%; en el 3.4% de adultas se registraron óbito fetal y 2.8.0% de adultas presentaron ruptura del cordón umbilical y sólo 0.4% en las adolescentes el 2.7%; el 1.5% de adolescentes tuvieron sufrimiento fetal - parto prolongado y 1.1% de adultas; otros accidentes durante el parto se presentaron en menor porcentaje.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p < 0.05$; por lo tanto, existe diferencia significativa entre el promedio de accidentes durante el parto de las mujeres adolescentes y del grupo de mujeres adultas. Es decir, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar accidentes durante el parto que las madres adultas.

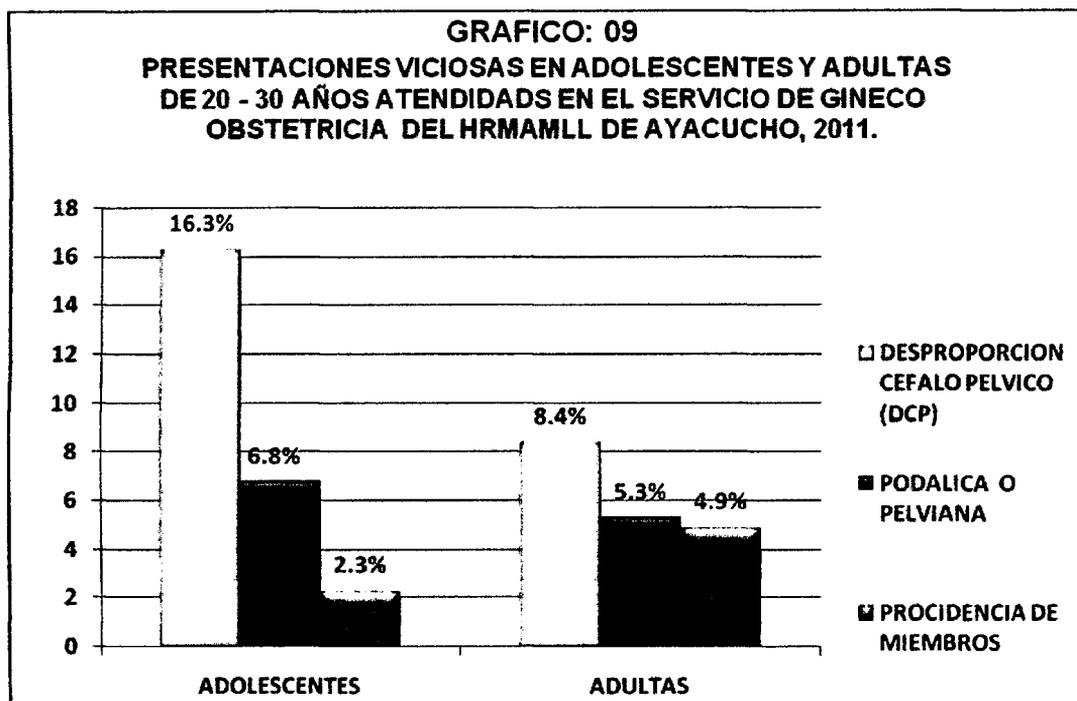


FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.787$ ($p > 0.05$)

El gráfico muestra las alteraciones de los anexos ovulares: 17.5% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron circular simple de cordón y 14.8% de recién nacidos de madres adultas; en 10.3% de recién nacidos de madres adultas registraron cordón breve y 6.8% de recién nacidos de madres adolescentes; 5.7% de recién nacidos adolescentes presentaron circular doble y en recién nacidos de adultas 3.4%; 4.2% de recién nacidos de madres adultas presentaron oligohidramnios y 3.8% de recién nacidos de madres adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p > 0.05$; por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el promedio de anexos ovulares de las mujeres adolescentes y del grupo de mujeres adultas. Es decir, tanto los recién nacidos de madres adolescentes como adultas tienen la misma probabilidad de presentar alteraciones ovulares.

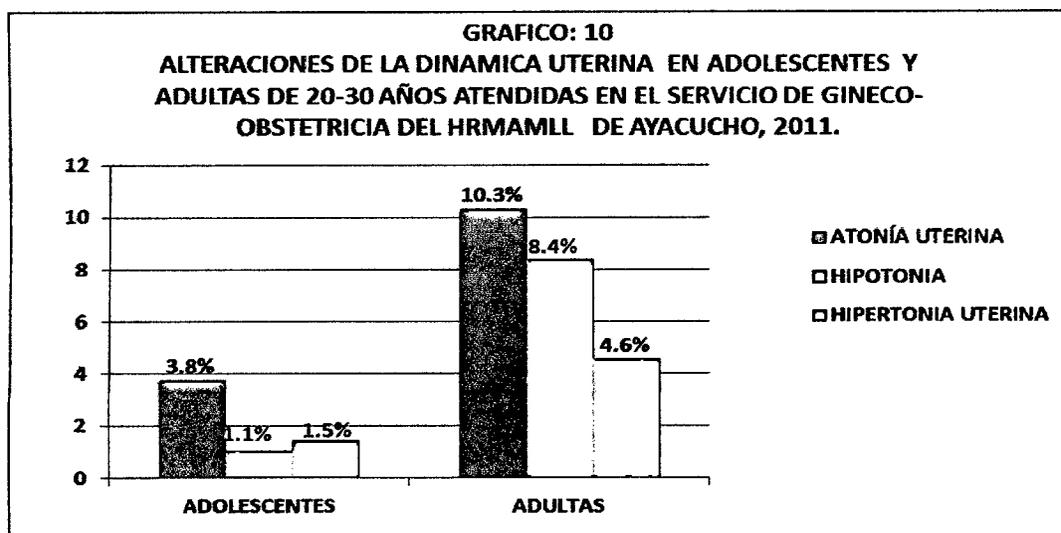


FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.832$ ($p > 0.05$)

En el presente gráfico se observa que: el 16.3% de madres adolescente registraron desproporción céfalo pélvico y 8.4% en las adultas. La presentación pelviana se presentó en el 6.8% de adolescentes presentación pelviana y 5.3% en las adultas; 4.9% de madres adultas tuvieron una procidencia de miembros y 2.3% de madres adolescentes respectivamente.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p > 0.05$; por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el promedio de las presentaciones viciosas de las mujeres adolescentes y del grupo de mujeres adultas. Es decir, tanto las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar presentaciones viciosas.



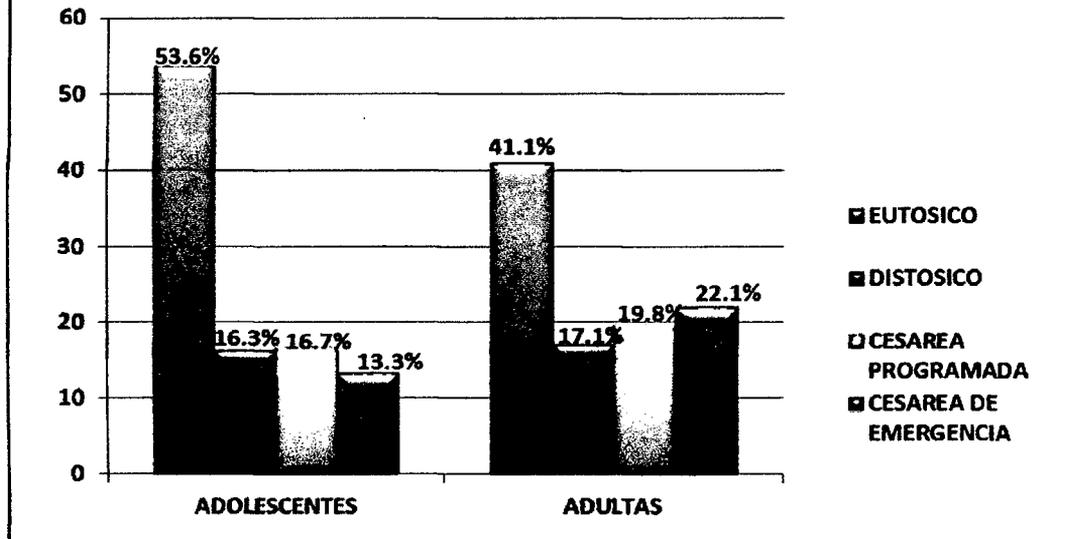
FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.000$ ($p < 0.05$)

En el presente gráfico se observa que: el 10.3% de madres adultas registraron atonía uterina y 3.8% en las adultas adolescentes. La hipotonía uterina se presentó el 8.4% de adultas y 1.1% en las adolescentes; 4.6% de madres adultas tuvieron hipertonía uterina mientras que 1.5% de madres adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p < 0.05$; por lo tanto, existe diferencia significativa entre el promedio de alteraciones de la dinámica uterina de las madres adolescentes y del grupo de adultas. Es decir, las madres adultas tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones de la dinámica uterina que las madres adolescentes.

**GRAFICO: 11
FINALIZACION DEL PARTO EN ADOLESCENTES Y
ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE
AYACUCHO, 2011.**

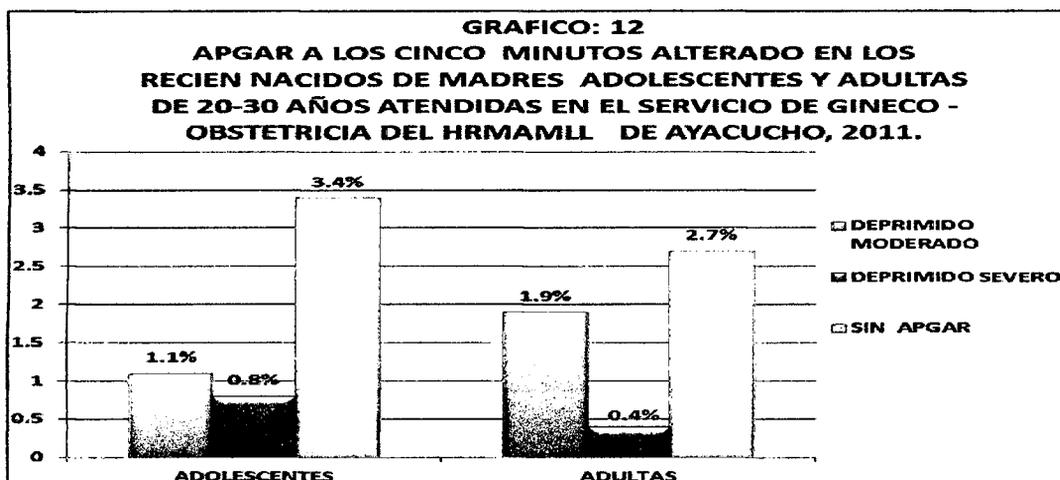


FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011

Prueba Z estándar: $p = 0.001$ ($p < 0.05$)

El grafico exhibe que el 53.6% de adolescentes finalizaron en parto eutócico y en las adultas 41.1%; en el 22.1% de adultas se realizó cesárea de emergencia y en el 13.3% de adolescentes; 17.1% de adultas tuvieron finalización de parto distócico y 16.3% en adolescentes; 19.8% de adultas optaron por la cesárea programada y 16.7% de adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p < 0.05$; por lo tanto, existe diferencia significativa entre el promedio de la finalización del parto eutócico de las mujeres adolescentes y del grupo de mujeres adultas. Es decir, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar parto eutócico que las madres adultas.



FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

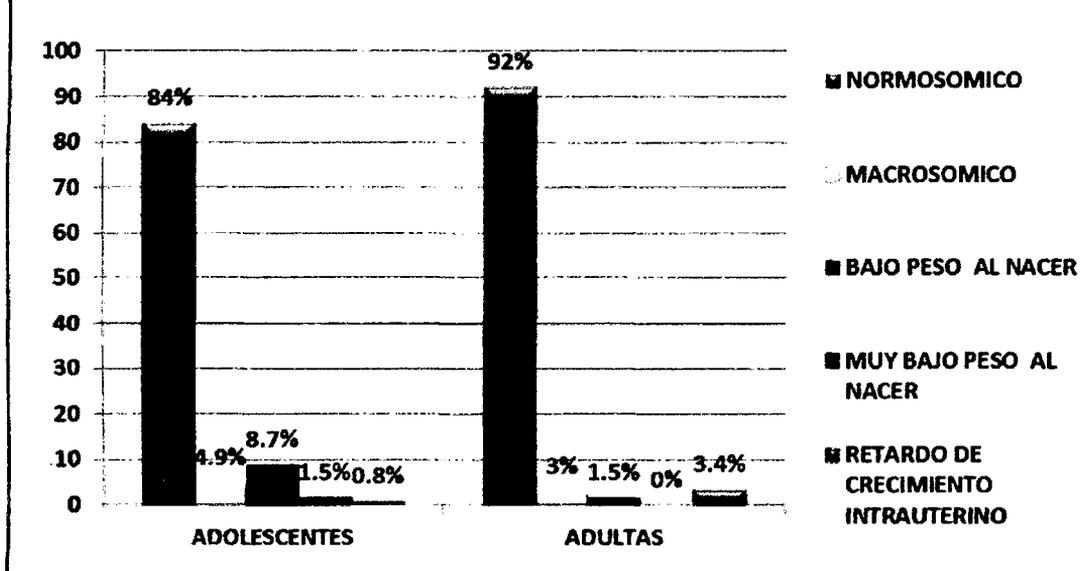
Prueba Z estándar: $p = 0.206$ ($p > 0.05$)

Nota Aclaratoria: la leyenda sin APGAR expresa los casos de óbito fetal y aborto.

El presente gráfico muestra el APGAR a los cinco minutos: 3.4% de recién nacidos de madres adolescentes se registraron sin apgar y 2.7% en adultas, en cambio los deprimidos moderados en recién nacidos de madres adultas superaron a las adolescentes con 1.9% y 1.1% respectivamente; 0.8% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron depresión severa y en los recién nacidos de madres adultas 0.4%.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p > 0.05$; por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el promedio de APGAR alterado a los 5 minutos de las mujeres adolescentes y del grupo de mujeres adultas. Es decir, los recién nacidos de madres adolescentes tienen la misma probabilidad de presentar APGAR alterado a los 5 minutos que las madres adultas.

GRAFICO: 13
PESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES Y
ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.



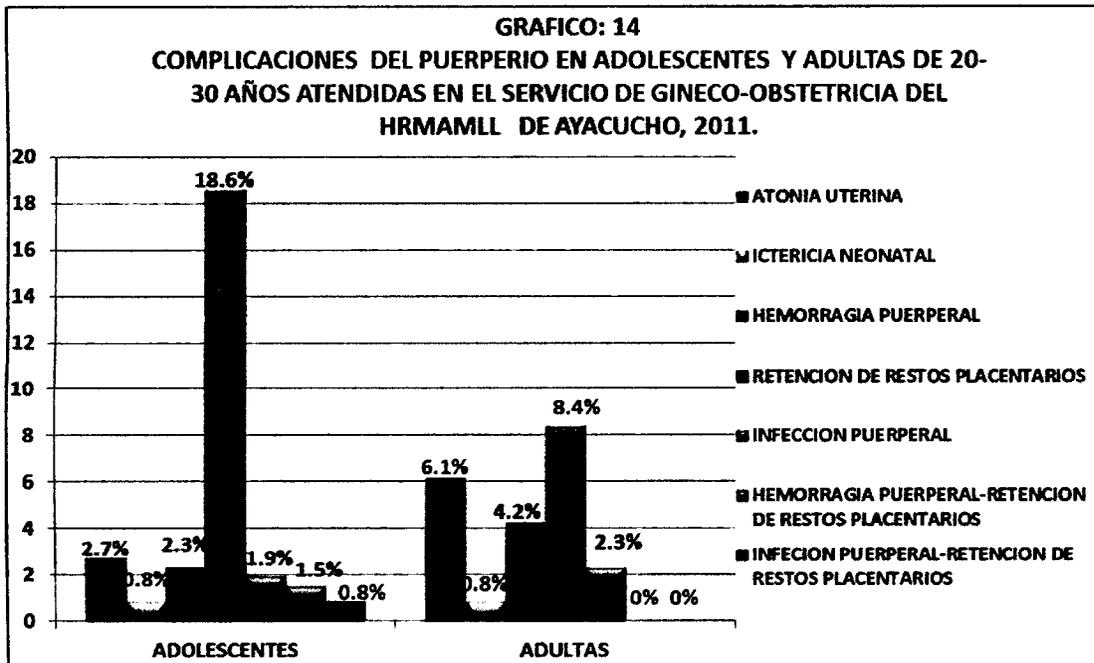
FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011

Prueba Z estándar: $p = 0.125$ ($p > 0.05$)

El gráfico muestra la diferencia del peso de los recién nacidos: 92% de recién nacidos de madres adultas presentaron peso normal y 84% de madres adolescente; 8.7% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron bajo peso y 1.5% recién nacidos de madres adultas; el 1.5% de recién nacidos de madres adolescentes presentaron muy bajo peso al nacer y no hubo casos en recién nacido de madres adultas; 3.4% de recién nacidos de madres adultas presentaron retardo de crecimiento intrauterino y solo un 0.8% presentaron recién nacidos de madres adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p > 0.05$; por lo tanto, no existe diferencia significativa entre el promedio del peso alterado del RN

de las mujeres adolescentes y del grupo de mujeres adultas. Es decir, las madres adolescentes tienen la misma probabilidad de presentar peso alterado del RN que las madres adultas.



FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

Prueba Z estándar: $p = 0.001$ ($p < 0.05$)

El presente gráfico muestra que el 18.6% de madres adolescentes presentaron retención de restos placentarios y 8.4% de madres adultas; 6.1% de madres adultas presentaron atonía uterina y 2.1% de madres adolescentes; 4.2% de adultas presentaron hemorragia puerperal y 2.3% de las adolescentes; 2.3% de madres adultas presentaron infecciones puerperales y 1.9% de las adolescentes; 1.5% de madres adolescentes presentaron hemorragia puerperal – retención de restos placentarios y no se presentaron casos en adultas; el 0.8% de recién nacidos de madres adolescentes y adultas presentaron ictericia neonatal; el 0.8% de adolescentes presentaron infección puerperal-retención de restos placentarios y en adultas no hubo casos.

Sometida a la prueba Z estándar el resultado fue $p < 0.05$; por lo tanto, existe diferencia significativa entre el promedio de los accidentes perinatales durante el puerperio de las mujeres adolescentes y del grupo de mujeres adultas. Es decir, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones del puerperio que las madres adultas.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La maternidad constituye un riesgo potencial de complicaciones para el binomio materno-fetal. Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin complicaciones maternas perinatales, todo embarazo representa un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación.

Al realizar el análisis de los resultados obtenidos mediante la presente investigación, observamos que la mayoría de las variables presentan ambos grupos con diferencias porcentuales en cuanto a la frecuencia.

El gráfico: 01 y 02 describen las complicaciones materno perinatales de adolescentes y adultas encontrando que las adolescentes presentan mayor incidencia de enfermedades concurrentes, alteración de anexos, accidentes del embarazo, accidentes del parto, accidentes del puerperio, presentaciones viciosas, APGAR del recién nacido alterado, hemorragia de la 2^{da} mitad del embarazo, enfermedades propias del embarazo, accidentes durante el embarazo y entre otros en menor porcentaje y las adultas presentan mayor porcentaje de accidentes del parto, enfermedades concurrentes, accidentes del embarazo, alteración de los anexos, alteración de la dinámica uterina, accidentes del puerperio y otras en porcentaje menor.

Estas variables expuestas en el gráfico 01 y 02 se analizarán a partir del gráfico 03.

El gráfico: 03 describe las enfermedades concurrentes como: Infecciones del tracto urinario es mayor en las adolescentes que en adultas; la frecuencia de anemia es mayor en las adultas en comparación a las adolescentes; la diabetes se dió en mayor porcentaje en adultas que en las adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades concurrentes que las madres adultas. ($p < 0.05$).

DÍA, ANGÉLICA y SANHUEZA, PABLO ⁽¹³⁾. "Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente", determinaron: que 49.36% de adolescentes tuvieron anemia, y en adultas fue un 43.67%; el 13.29% de adolescentes tuvieron infecciones del tracto urinario, al igual que 6.96% de adultas; con respecto a la diabetes gestacional, tuvieron 1.26% de las adolescentes, y en adultas el doble que es 2.53%.

MONDRAGÓN HUERTAS. et. al ⁽¹⁶⁾. En la investigación realizada en Lima "Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes". Los hallazgos obtenidos fueron, la infección de tracto urinario fue la única complicación que se presentó con mayor frecuencia en las adolescentes.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son similares a los hallazgos de DÍA, ANGÉLICA y SANHUEZA, PABLO. En cuanto a la infección del tracto urinario y diabetes se presentan en adolescentes en

mayor frecuencia. Pero se discrepa con que la anemia se presenta en adolescentes, puesto que en nuestra investigación el alto porcentaje, se da en las adultas.

MONDRAGÓN HUERTAS. et. al. Señalan que las infecciones del tracto urinario (ITU) se presentan en mayor porcentaje en adolescentes comparado con adultas lo que se asemeja a nuestra investigación. Lo que nos indica que las adolescentes desconocen las medidas preventivas de las infecciones del tracto urinario y necesitan fortalecerse desde el hogar, los centros educativos y los medios de comunicación masiva.

De acuerdo al Gráfico 04, las causas de la hemorragia de la primera mitad del embarazo son: la amenazas de aborto que fue mayor en madres adultas que en adolescentes; el aborto se presentó más en adolescentes que en adultas; el embarazo ectópico solo se presentó en adultas.

Sometida a la prueba Z estándar las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar hemorragias de la primera mitad del embarazo. ($p > 0.05$).

GUZMÁN VARGAS, C.⁽¹⁵⁾ En un estudio realizado en Lima Perú "Evaluación comparativa de las complicaciones del embarazo, parto y post-parto de las gestantes adolescentes, tempranas y tardías". Los resultados obtenidos fueron en relación a las complicaciones, durante la gestación entre otros, los abortos representando el 30% de adolescentes tempranas y en adolescentes tardías 23.1%. Del mismo modo refiere que el aborto se

presenta con mayor frecuencia en adolescentes en comparación al grupo de mujeres adultas.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación son similares al hallazgo de GUZMÁN VARGAS, C.

PANDURO BARÓN J. et. al ⁽⁴³⁾ en la investigación “Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales”, señalaron que en adolescentes la frecuencia de amenaza de aborto fue 23.3% y en adultas un 19.5%.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación discrepan con los resultados de PANDURO BARÓN J. et. al. Porque la amenaza de aborto se presenta con mayor frecuencia en las adultas.

Los resultados en nuestra investigación confirman que la amenaza de abortos se presentas más en adultas que adolescentes las posibles condiciones socioeconómicas y los estilos de vida de las adolescentes y adultas podrían influir en esta complicación.

El gráfico 05, presenta las causas de las hemorragias de la 2^{da} mitad del embarazo entre ellos: amenaza de parto pretérmino con mayor frecuencia en madres adultas que en las adolescentes. Las adolescentes presentaron más casos de parto pretérmino en comparación a las adultas; la placenta previa se halló en mayor porcentaje en madres adultas que en las adolescentes al igual que el desprendimiento prematuro de placenta, las demás causas de la hemorragias de la segunda mitad del embarazo se dieron en porcentajes menores.

Sometida a la prueba Z estándar, tanto las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar hemorragias de la segunda mitad del embarazo. ($p > 0.05$).

PANDURO BARÓN J. et. al. ⁽⁴³⁾. En la investigación "Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales" señalaron que la amenaza de parto pretérmino se presentó un 19.5% en adolescentes y en adultas 12.3%; el desprendimiento prematuro de placenta se presentó 1.3% en adolescentes y en adultas 1.1%; con respecto a placenta previa en adolescentes 1.8% y en adultas 2.9%.

PIO GÓMEZ IVAN. y RAMIRO MOLINA R. y NINA, Z. ⁽¹⁰⁾ En estudios realizados en poblaciones de similares características demuestran que el riesgo de amenaza de parto pretérmino se presenta con mayor incidencia en las adultas, del mismo modo afirma que el parto pretérmino es mayor en las madres adolescentes embarazadas también, refiere que la edad gestacional de parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgos de parto prematuro de menor edad gestacional a menor edad materna.

Los resultados de la presente investigación concuerdan con PANDURO BARÓN, J. et. al. porque refieren que la placenta previa se da en mayor frecuencia en adultas que en adolescentes, pero discrepan con los resultados en relación a la amenaza de parto pretérmino y desprendimiento prematuro de placenta, los cuales se presentaron con mayor frecuencia en adultas que en adolescentes.

Los resultados de nuestra investigación son similares a los resultados obtenidos por PIO GÓMEZ IVAN. y RAMIRO MOLINA R. y NINA, Z. donde mencionan claramente que la amenaza de parto pretérmino se presenta en adultas y parto pretérmino se presenta con mayor frecuencia en adolescentes

Las adolescentes son más susceptible a presentar parto pretérmino por la falta de madurez física, orgánica y emocional, como lo demuestran los investigadores; razón por el cual, se debe promover campañas en la orientación sobre las complicaciones que trae al binomio materno-fetal.

El gráfico 06, describe las enfermedades propias del embarazo: la preeclampsia fue el más frecuente en madres adolescentes que en madres adultas; pero la hiperémesis gravídica se presentó en mayor porcentaje en adultas que en madres adolescentes; la eclampsia y el síndrome de Hellp se dio más en adultas que en adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar, tanto las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar las enfermedades propias del embarazo. ($p > 0.05$).

DÍA, ANGÉLICA y SANHUEZA, PABLO. ⁽¹³⁾ "Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas" señalan que una de las complicaciones más frecuentes es el desarrollo del síndrome hipertensivo del embarazo. La incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas 10.75%.

LIRA PLACENCIA, J. y OVIEDO CRUZ, H. et. al. ⁽¹⁴⁾. En un estudio en México "Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente" determinó que las principales causas de morbilidad de las adultas entre otros fue la preeclampsia con 14% y en las adolescentes no representó una de las principales causas.

Investigaciones realizadas en Cuba, arrojó un alto porcentaje de preeclampsia en madres menores de 16 años en comparación al de las adultas.

ISSLER, JUAN ⁽⁴⁴⁾. Embarazo en la adolescencia, estudios realizados en países desarrollados nos hablan que la frecuencia de la pre-eclampsia y eclampsia ha disminuido en el transcurso del tiempo; sin embargo, en el Hospital María Auxiliadora ⁽⁴⁶⁾, la frecuencia de pre-eclampsia aumentó en un intervalo de 5 años, de 7.0% a 10.6%, mientras que la eclampsia disminuyó de 0.8 a 0.4%, resultado diferente a lo que acontece en otros establecimientos del medio.

Por lo referido, los resultados encontrados por LIRA PLACENCIA, J. y OVIEDO CRUZ, H. et. al. No concuerda con la presente investigación ya que mencionan que la preeclampsia se da con mayor frecuencia en las adultas. Los resultados son distintos porque las realidades sociodemográficas de los países son diferentes.

En el gráfico 07, muestra, los accidentes durante el parto: la ruptura precoz de bolsas se dió en alto porcentaje en las adultas con una diferencia marcada que en adolescentes; el sufrimiento fetal se presentó con alto

porcentaje en recién nacidos de madres adolescentes que las adultas; el parto prolongado y la hemorragia intraparto con alto porcentaje en adultas que en adolescentes; los otros accidentes durante el parto se presentaron en porcentajes mínimos.

Sometida a la prueba Z estándar, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar accidentes durante el parto que las madres adultas. ($p < 0.05$).

GUZMAN CHÁVEZ, H. et. al. ⁽¹¹⁾ en su investigación encontró que las adolescentes tardías presentaron el 32.0% sufrimiento fetal agudo y en las adolescentes tempranas no se presentaron casos; sin embargo, sí tuvieron estrechez pélvica 14.3%, prematuridad 21.4%.

HUANCO, DIANA. y Cols. ⁽⁴⁵⁾ en la investigación frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú concluyeron con que algunas de las complicaciones del parto en el neonato entre otros el sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto prolongado se presentó en 10.6% en adolescentes y 9.7% en adultas respectivamente.

La presente investigación concuerda con las afirmaciones HUANCO, DIANA. y Cols. Con la mayor frecuencia de sufrimiento fetal en adolescentes pero discrepa con el parto prolongado se da con mayor frecuencia en adolescentes ya que en nuestra investigación el alto porcentaje se registró en las adultas.

Respecto a las demás complicaciones no se encontraron antecedentes referenciales que nos permitan comparar con nuestros grupos de estudio como: ruptura uterina óbito fetal, ruptura precoz de bolsas, ruptura de cordón umbilical, hemorragia intraparto, entre otros ya mencionados en mínimo porcentaje.

Estudios realizados afirman que una de las principales causas del sufrimiento fetal se asocia al traumatismo en el momento de nacer, lo que se debería al desarrollo incompleto de la pelvis materna, que ocasionaría las complicaciones en el parto por vía vaginal.

En el gráfico 08, representa las alteraciones de los anexos ovulares entre ellos: el circular simple de cordón y circular doble de cordón se presentaron en mayor porcentaje en madres adolescentes que en adultas; el cordón breve se dió con mayor porcentaje en las adultas comparado con las adolescentes; el oligohidramnios se dió una diferencia mínima tanto en adolescentes y adultas, en un porcentaje mínimo las demás alteraciones de los anexos.

Sometida a la prueba Z estándar, tanto las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar alteraciones ovulares. ($p>0.05$).

ZAPATA MORENO, Y. ⁽⁴⁶⁾. En el boletín de investigación "monitoreo eléctrico fetal", refiere que el cordón umbilical puede enrollarse alrededor del cuello y otras partes del feto el tronco y las extremidades con una incidencia de

circular simple, 20.6% a 27%, circulares dobles 2.5% y circulares triples 0.5%.

PANDURO BARÓN J. et. al ⁽⁴³⁾ en la investigación "Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales". En el grupo de adolescentes oligohidramnios se presentó en un porcentaje de 4.2% y polihidramnios 2.8% y en adultas oligohidramnios 4.2% y polidramnios no se encontraron casos.

En relación a las alteraciones del cordón umbilical: circular simple y circular doble no se han encontrado estudios comparativos entre adultas y adolescentes que afirmen o nieguen su influencia en las complicaciones perinatales.

En el gráfico 09, muestra las presentaciones viciosas; la desproporción céfalo pélvico y la presentación podálica o pelviana se presentaron en alto porcentaje en las adolescentes comparado con las adultas; la prociencia de miembros se dió más en adultas que adolescentes.

Las madres adolescentes y adultas tienen la misma probabilidad de presentar presentaciones viciosas. ($p > 0.05$)

TORRES OSORIO J. ⁽⁴⁷⁾ en su estudio ratifica que los diámetros pelvianos de las adolescentes no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido del feto por el canal del parto. En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporción céfalo pélvica; distocias que provocan mayor ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros,

hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y el desarrollo incompleto de la pelvis o estrechez del canal blando, favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal caso que en mujeres mayores de 20 años se dá en menor incidencia.

PEÑA OSCUVILCA, A. y Cols. ⁽⁴⁸⁾ en su investigación “Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia en el Hospital Regional de Huacho Perú, al comparar mujeres de 10 -19 y 20 a 34 años en relación a la presentación podálica o pelviana se presentó el 2.2% en adolescentes y en adultas 2.6%; en cuanto a la desproporción cefalo pélvico se presentó en adolescentes 1.6% y en adultas 4.5%.

La presente investigación concuerda con las afirmaciones de TORRES OSORIO J. Referente a la desproporción céfalo pélvico, pero se discrepa con las investigaciones de PEÑA OSCUVILCA, A. y Cols. Puesto que afirman que la mayoría de casos de desproporción cefalo pélvico y presentación pelviana se presentó en adultas que en adolescentes la desproporción céfalo pélvico ocurre con mayor frecuencia en las adolescentes debido a que los órganos no han llegado a su madurez fisiológica como lo refieren múltiples autores.

En el gráfico 10, exhibe la alteración de la dinámica uterina; el alto porcentaje de atonía uterina, hipotonía e hipertonia uterina dió en las adultas con un 10.3%, 8.4% y 4.6% y en adolescentes 3.8%, 1.1% y 1.5%

respectivamente hipotonía uterina se dio con más frecuencia en las adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar las madres adultas tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones de la dinámica uterina que las madres adolescentes.

AROTOMA, MARCELO y Cols⁽⁴⁹⁾. En la investigación Patologías Obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, concluyeron que las mujeres que cursaron con complicaciones durante el parto figuran alteraciones de la dinámica uterina como la atonía uterina se registró en un porcentaje de 2.3% en adolescentes y en adultas 4.9%.

En relación a las otras alteraciones de la dinámica uterina no se halló antecedentes referenciales que afirmen o nieguen su influencia, sin embargo; conforme a los resultados obtenidos, la alteración de la dinámica uterina tiene mayor probabilidad de presentar las madres adultas.

Por lo tanto; se debe tener en cuenta las medidas de previsión antes de la atención del parto en todos los niveles de atención de la salud.

En el gráfico 11, exhibe la finalización del parto; el alto porcentaje de parto eutócico se dio en las adolescentes comparado con las adultas; parto distócico, cesárea de emergencia, cesárea programada se dio con más frecuencia en las adultas que en adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar parto eutócico que las madres adultas. ($p < 0.05$).

PANDURO BARÓN J. et al.⁽⁴³⁾. En la investigación "Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales". Señalaron que el 61% de adolescentes tuvieron como parto eutócico, el 3% parto distócico y el 36% parto por cesárea mientras que las adultas el 59% tuvieron parto eutócico, 2% parto distócico y 39% parto por cesárea.

JAIRO AMAYA, L. et al.⁽⁵⁰⁾ en su investigación al comparar el grupo de adolescentes con el grupo de 20 a 29 años, encontró que la incidencia de cesárea es menor en las adolescentes en 18.0% que en las mujeres de 20 a 29 años 21.4%.

SALINAS AVALOS, R. y Cols.⁽⁵¹⁾ señalan que la cesárea es más frecuente en mujeres adultas, mientras que en adolescentes aumenta conforme se acercan a los 20 años; a excepción de lo registrado en adolescencia temprana, de la cual poseen pocos casos registrados.

LEZCANO SILVINA A. y Cols.⁽⁵²⁾ en su estudio determinaron la finalización del parto por cesárea fue mayor en las adultas 25.37% que en adolescentes 22.13%.

PEÑA OSCUVILCA, A. y Cols.⁽⁴⁸⁾ en su investigación "Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia en el Hospital Regional de Huacho, Perú al comparar mujeres de 10-19 y 20 a 34 años. Concluyeron

que la finalización del parto eutócico se presenta en adolescentes con un 85.5% y en adultas 79.4%; la cesárea en adolescentes fue un 14.4% y en adultas 20.6%.

Nuestros resultados concuerdan con las afirmaciones de los autores mencionados. Respecto al parto eutócico el cual se presenta en mayor porcentaje en adolescentes y la cesárea en adultas.

El gráfico 12, presenta las complicaciones perinatales: en relación al APGAR a los cinco minutos de los recién nacidos: se halló que la depresión severa y sin APGAR se registraron con mayor porcentaje en los recién nacidos de madres adolescentes que en las adultas y la depresión moderada fue mayor en adultas comparado con adolescentes.

Sometida a la prueba Z estándar los recién nacidos de madres adolescentes, tienen la misma probabilidad de presentar APGAR alterado a los 5 minutos que las madres adultas ($p > 0.05$).

JAIRO AMAYA, L. et al. ⁽⁵⁰⁾ en su investigación determinan que el puntaje de APGAR bajo a los 5 minutos no se encontraron diferencias entre los recién nacidos de las adolescentes y adultas, representaron casi las mismas cifras.

BOLETÍN ESTADÍSTICO DE NACIMIENTOS MARZO 2012-MARZO 2013.

⁽⁵³⁾ En relación al score APGAR a los cinco minutos se registró recién nacidos de adolescentes con depresión moderada y severa un 6.12% y en adultas 93.88% y recién nacidos con APGAR normal a los cinco minutos en adolescentes 5.18% y en adultas 94.81%.

PEÑA OSCUVILCA y Cols. En su investigación "Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia en el Hospital Regional de Huacho-Perú, en relación al puntaje APGAR a los cinco minutos se registraron recién nacidos de adolescentes con depresión moderada y severa un 60.2%; en adultas con depresión moderada y severa con 0.9%.

Los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con las afirmaciones del boletín estadístico de nacimientos marzo 2012-marzo 2013 en relación al APGAR a los cinco minutos de recién nacidos con depresión moderada pero discrepamos con respecto a la depresión severa de los recién nacidos ya que esta se presenta con mayor frecuencia en adolescentes que en adultas.

Del mismo modo es distinto a las afirmaciones de JAIRO AMAYA, L. et al y PEÑA OSCUVILCA, A. y Cols. Por qué en la presente investigación el APGAR a los cinco minutos de recién nacidos con depresión moderada se da en mayor porcentaje en adultas y depresión severa se da más en adolescentes.

El gráfico 13, presenta las complicaciones perinatales en relación al peso del recién nacido; los recién nacidos de madres adultas presentaron peso normal en un alto porcentaje comparado con las adolescentes; bajo peso al nacer y macrosomía en recién nacidos, se da con más frecuencia en adolescentes que en adultas; las otras alteraciones del peso se encontraron en mínimos porcentajes respectivamente.

Sometida a la prueba Z estándar los recién nacidos de madres adolescentes tienen la misma probabilidad de presentar peso alterado que el de las madres adultas ($p>0.05$).

PANDURO BARÓN J. et. al⁽⁴³⁾ en la investigación "Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales en relación al peso del recién nacido señalaron que los recién nacidos de madres adolescentes con peso normal fueron 69% y adultas 66%; con bajo peso al nacer 20% en adolescentes y 18% en adultas y recién nacidos macrosómico 10% en adolescentes y 16% en adultas.

LEZCANO SILVINA A. y Cols⁽⁵²⁾ en su investigación determinaron que el bajo peso al nacer se presentó con mayor frecuencia en madres adolescentes con 20.08% y un 18.15% en madres mayores a 19 años.

BOLETÍN ESTADÍSTICO DE NACIMIENTOS MARZO 2012-MARZO 2013⁽⁵³⁾ En relación al peso de nacimiento en el Perú de marzo 2012 a marzo 2013 se registró recién nacidos con peso normal en adolescentes 5.29% y en adultas 94.72% mientras que en relación a los recién nacidos de bajo peso 6.61% en madres adolescentes y en adultas 93.37%.

Los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con las afirmaciones de LEZCANO SILVINA A. y Cols en relación al bajo peso que predomina en recién nacidos de madres adolescentes que de adultas, del mismo modo nuestras afirmaciones concuerdan con los resultados encontrados por PANDURO BARÓN J. et. al. Con el bajo peso el cual se

presenta en mayor porcentaje en los recién nacidos de madres adolescentes que adultas pero no concuerda con la macrosomía fetal que se presenta más en recién nacidos de madres adolescentes y el peso normal se presenta más en adultas.

Nuestros resultados concuerdan con las afirmaciones del boletín estadístico de nacimientos marzo 2012-marzo 2013, en relación al bajo peso de nacimiento se presenta más en adolescentes; pero discrepamos con los pesos normales de recién nacidos de madres adolescentes puesto que en nuestra investigación se dio con mayor frecuencia en madres adultas.

El gráfico 14, exhibe las complicaciones del puerperio de los cuales la retención de restos placentarios se presentó con alto porcentaje en las adolescentes en comparación con las adultas; atonía uterina y hemorragia puerperal, infección puerperal se registraron con mayor porcentaje en las adultas que en las adolescentes; las otras complicaciones del puerperio se registraron en porcentajes mínimas.

Sometida a la prueba Z estándar las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar que las madres adultas ($p < 0.05$).

SANDOVAL, JOSÉ et. al. ⁽⁵⁴⁾ en la investigación “Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes”. Estudio caso – control se registraron de las complicaciones del puerperio en adolescentes infección puerperal en 2.5%, retención de restos placentarios 6.8% y en adultas se registró infección puerperal 1.9%, retención de restos placentarios 4.3%.

HUANCO, DIANA. y Cols. ⁽⁴⁵⁾ en la investigación frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú concluyeron con que el 1.8% de madres adolescentes presentaron infección puerperal y 1.2% de adultas.

AROTOMA, MARCELO y Cols ⁽⁴⁹⁾ En la investigación patologías obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, concluyeron que las adolescentes cursaron con complicaciones durante el puerperio entre otros con infección puerperal en 1.1% hemorragia por atonía uterina en 0.2%.

Los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con las afirmaciones SANDOVAL, JOSÉ et. al. Con que la retención de restos placentarios se presenta mayormente en adolescentes pero discrepamos con que la infección puerperal se presenta más en adolescentes como también refiere HUANCO, DIANA. y Cols. Porque en nuestra investigación es lo contrario.

CONCLUSIONES

1. Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo en las adolescentes fueron: enfermedades concurrentes, alteración de los anexos, accidentes del embarazo, accidentes en el puerperio, accidentes del parto, presentaciones viciosas, y las complicaciones perinatales más frecuentes fueron: APGAR al minuto alterado, peso del recién nacido alterado.
2. Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo en las adultas fueron: accidentes del parto, enfermedades concurrentes, accidentes del embarazo, alteración de los anexos, alteración de la dinámica uterina, accidentes del puerperio, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, enfermedades propias del embarazo y la hemorragia de la primera mitad del embarazo. Las complicaciones perinatales más frecuentes fueron: APGAR al minuto alterado, peso del recién nacido alterado, APGAR a los 5 minutos alterado.
3. Las enfermedades concurrentes más frecuentes en las adolescentes fueron: las infecciones del tracto urinario 36.9%, anemia 9.9%, diabetes 0.4%; y en las adultas: anemias 23.2%, infecciones del tracto urinario 18.3% y diabetes 2.3%.
4. Las complicaciones maternas perinatales en embarazadas adultas y adolescentes son similares pero con diferente frecuencia.

RECOMENDACIONES

- 1. Al sector salud replantear y reprogramar las estrategias de promoción de la salud reproductiva de las adolescentes y de las adultas, dando un enfoque innovador y dinámico a fin de lograr un impacto que se traduzca en indicadores alentadores.**
- 2. En la población de adolescentes intensificar la educación sexual y en embarazadas el control pre natal de manera que se pueda reducir las complicaciones materno perinatal.**
- 3. Es necesario plantear la posibilidad de desarrollar estudios a futuro en el grupo de mayor riesgo de embarazadas menores de 16 años, adoptar políticas de salud destinadas a la atención integral y multidisciplinaria de los jóvenes, la prevención del embarazo adolescente y medidas tendientes a mejorar la atención de las jóvenes embarazadas, con lo que se obtendrán mejores resultados obstétricos y perinatales.**
- 4. Se propone que el control pre natal se lleve a cabo dentro de las visitas domiciliarias a fin de dar cumplimiento el control necesario, puesto que muchas complicaciones son prevenibles con un adecuado control prenatal.**
- 5. Las campañas informativas se deben focalizar en poblaciones vulnerables; sobre la importancia del control prenatal en gestantes, adolescentes y adultas; así prevenir las posibles complicaciones maternas perinatales que puedan presentarse.**

LIMITACIONES

- 1. Dentro de las limitaciones podemos referir la falta de uniformidad de los diagnósticos de las alteraciones maternos perinatales en cada una de las historias clínicas.**
- 2. Existen restricciones en el acceso a la fuente de información, a pesar de contar con autorización del Director del Hospital.**
- 3. No existen datos sobre mortalidad materna, por lo que no se consigna en el presente trabajo.**

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. LAFFITA BATISTA, A. et. al. Adolescencia e interrupciones de embarazo. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología, 2004.
2. SÁEZ CANTERO, V. Embarazo y adolescencia “resultados perinatales”. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología, 2005.
3. CELSAM. 2006 Venezuela. Embarazo en adolescentes. disponible: <http://embarzoadolescente/celsam.htm>. octubre.
4. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta nacional de demográfica y salud familiar 2000. Lima, 2001
5. BELTRAN MOLINA, LUZ. Embarazo en adolescentes 2006. Fundación escuela de gerencia social. Caracas, 2006. Disponible: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/spanish/wpayhealth.htm>. 2006.
6. VÁZQUEZ, JC. y Cols. Revista Cubana, Obstetricia y Ginecología, 2003.
7. JUNE, J. y DIAZ, A. Situación de la salud Materno Infantil y sus tendencias en América Latina y el Caribe. OPS, OMS, 1997.
8. TAVARA OROZCO, L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Revista de Ginecología y Obstetricia. Perú. 2004;
9. SAEZ, V. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Morbilidad de la madre adolescente, 2005.
10. PIO GÓMEZ IVAN. y RAMIRO MOLINA R. y NINA, Z. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe” primera edición. Lima Perú, 2011.
11. GUZMAN CHÁVEZ, H. et. al complicaciones del embarazo en adolescentes, en el Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima. Boletín de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú 2006.
12. HUAROTO CLAUDIO, LILIA. y PEÑA FLORES, LIZ. “Morbimortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes adolescentes en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho julio 2003”. Tesis para Licenciatura en Obstetricia 2008.
13. DÍA, ANGÉLICA y SANHUEZA, PABLO. Riesgos Obstétricos en el

- embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 2002; vol 67.
14. LIRA PLACENCIA, J. y OVIEDO CRUZ, H. et. al. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. *Revista de Ginecología y obstetricia México*, 2005.
 15. GUZMÁN VARGAS, C. Evaluación comparativa de las complicaciones del embarazo, parto y post-parto de las gestantes adolescentes, tempranas y tardías, en el Instituto Especializado Materno Perinatal, 2003-2004 Lima – Perú; tesis para obtener el grado académico de doctor en medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana unidad de post grado. 2006
 16. MONDRAGÓN HUERTAS. et. al. Complicaciones maternas perinatales en primigestas adolescentes: estudio caso control. Hospital Sergio E. Bernales 2004 - 2005 publicado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima – Perú. Tesis para optar el título profesional de licenciado en Obstetricia.
 17. SÁNCHEZ CAMPOS, M. Hallazgos perinatales de los recién nacidos de, madres adolescentes y madres adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002- 2003. Tesis para optar el título profesional de especialista en pediatría, 2004.
 18. MANUEL TICONA, R. y cols. “Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú: Factores de Riesgo” .Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Jorge Basadre, Tacna-Perú. *Revista Chilena de Obstetricia*, 2005.
 19. RIVAS, M. et. al. Hiperémesis gravídica en la Maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” Puerto Cabello de. *Revista de Obstetricia y ginecología. Venezuela*. 2001.
 20. ROMERO, M. y cols. Anemia y control del peso en embarazadas. *Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina*, 2005.
 21. PACHECO J, y Cols. *Ginecología y Obstetricia. Enfermedades hipertensivas de la gestación*, Segunda edición. Lima: MAD Corp SA; 2006.

22. CHIRINOS, J. ACTA ANDINA. Incidencia y características de la enfermedad hipertensiva en el embarazo: Estudio retrospectivo a nivel del mar y en la altura. Perú.1995.
23. SCHWARCS, RICARDO. Obstetricia, editorial ateneo 6ta Edic 2001.
24. MEZA MARTINEZ, J. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y Su repercusión en el neonato. Hospital Nacional de Hipólito Unanue: Lima 2002 -2006; Revista Peruana de Obstetricia, 2007.
25. VALDES DECAL, S. y Cols. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología, 2005. Disponible: en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm.
26. PELÁEZ MENDOZA, J. Adolescentes embarazadas: características y riesgos. Revista Sogia 1996
27. VÁZQUEZ, M. et. al. Morbilidad y mortalidad prenatal en el embarazo precoz; Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 1998.
28. CHAVARRY, F. et al Revista Médica Herediana, Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima Perú Octubre - Diciembre 2009.
29. GONZÁLEZ, C. y GONZALEZ, G. Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; hospital universitario "Luis Razetti", Barcelona. Estado Anzoátegui Barcelona, 2009.
30. PINEDO, ADOLFO y ORDERIQUE, LUÍS. Complicaciones maternas perinatales de la preeclampsia-eclampsia. Ginecología y Obstetricia - Vol. 47 N°1 Enero del 2005. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005.
31. FERGUSON, J. SISTROM C. Rev. Obstet-Gynecol, Can fetal-pelvic disproportion be predicted? University of Virginia, Health Systems, Charlottesville, USA, 2000.
32. RASMUSSEN, S. I RINGENS, LM, BERGSKO, P, D ALAKER, K. Perinatal mortality and case fatality afterplacental abruption in Norway 1967-1991. Acta Osbtet and Gynecol Scand,1996.
33. BUCHELI, T. RUBÉN; VELA F. LUIS Desprendimiento prematuro de la

- placenta normalmente implantada. Emergencias clínicas y quirúrgicas. Quito, 1998.
34. BALESTENA J. y Cols. Resultados del oligohidramnios en el parto y el recién nacido: Análisis caso-control. Revista de Ginecol y Obstetricia Cubana Ginecología Disponible:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100001&lng=es.
 35. MARTÍNEZ, L. y cols. Terapia con indometacina en el tratamiento del polihidramnios. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 1998 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1998000300004&lng=es.
 36. VÁZQUEZ NIEBLA JC et al. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un hospital Gineco-obstétrico. Revista Cubana Ginecología y Obstetricia 2003
 37. VERDURA, MARÍA J y Cols Bajo peso al nacer y prematurez en hijos de madres adolescentes de un centro materno neonatal de la ciudad de corrientes. En el servicio Materno neonatal público de la ciudad de Corrientes 2010.
 38. BERHMAN. R; et al. Tratado de Pediatría Editorial MCGRAW-Hill-Interamericana de. España. México.2011
 39. CASEY B, CINTIRE D, KENNETH J, LEVENO K; 2001: The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. N Engl J Med; 344: 467-71.
 40. NEEGERS Y. et al. Obstet-Gynecol.1995; 85: 129-96 et al. La relación entre las mediciones antropométricas maternas y neonatales en recién nacidos a término.
 41. GANTES R. Eritroblastosis fetal. Revista chilena de pediatría. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061943001000003&lng=es.doi:10.4067/S0370-41061943001000003.
 42. OMS/OPS 2002. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto

guía para obstétrices y médicos. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid

43. PANDURO BARÓN, J. et. al. Embarazo en adolescente y sus repercusiones materno perinatales. Revista de. Ginecología y Obstetricia México 2012.
44. ISSLER, JUAN. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina N° 107 - Corrientes, Argentina, 2001.
45. HUANCO, DIANA. y Cols. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2012. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, 2008".
46. ZAPATA MORENO, Y. Monitoreo eléctrico fetal en el diagnóstico de destosía funicular boletín de investigación .marzo-mayo 2003.
47. TORRES OSORIO J. Indicadores de riesgo de morbilidad y mortalidad asociados en adolescentes embarazadas en el Instituto Materno Perinatal. Revista Sogia 2007.
48. PEÑA OSCUVILCA, A. y Cols. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia en el Hospital Regional de Huacho, Perú. 2005. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011.
49. AROTOMA, MARCELO y Cols. Patologías obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2009. Revista aporte Santiaguino 2011.
50. JAIRO AMAYA, L. et al. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2005.
51. SALINAS AVALOS, R. y Cols. Vías de terminación de embarazo adolescente versus Embarazo adulto hospital "Dr. José R. Vidal, División Maternidad, Sector Obstetricia. Corrientes, Argentina, 2008 Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina.
52. LEZCANO SILVINA A. y Cols. Características del recién nacido en madres adolescentes Hospital J. R. Vidal". División Maternidad. Sector

- Obstetricia. Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 149 – Septiembre 2005.
53. BOLETÍN ESTADÍSTICO DE NACIMIENTOS MARZO 2012-MARZO 2013. INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA-MARZO 2013 representa el quinto del total de nacimientos del país. Disponible en: www.minsa.gob.pe/hv/
 54. SANDOVAL, JOSÉ et. al Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes estudio caso-control. Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología 2007.
 55. MONGRUT STEAR, ANDRÉS Tratado de Obstetricia Normal y Patológica IV edición

A N E X O S

- 5. Hemorragia en la 1ª mitad del embarazo ()
- 6. Hemorragia en la 2ª mitad del embarazo ()
- 7. Hiperemesis gravídica ()
- 8. Infección del tracto urinario ()
- 9. Ruptura prematura de membranas ()
- 10. Trastornos hipertensivos del embarazo ()
- 11. Trastornos metabólicos del embarazo ()
- 12. Hemorragias intraparto ()
- 13. Hemorragias post parto ()
- 14. Finalización del parto ()
Parto distócico ()
- 15. Peso de RN.....
- 16. APGAR al min. y 5 Min.....
- 17. presentaciones viciosas.....
- Otros:.....

FECHA:.....

CUADRO 02 DEL GRAFICO 01**COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA "(HRMAMLL) DE AYACUCHO, 2011.**

COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES	ADOLESCENTES	
	N°	%
HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD	9	3.4
HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD	49	18.6
ENF. PROPIAS DE EMBARAZO	51	19.4
ENFERMEDADES CONCURRENTES	162	61.6
ACCIDENTES DEL EMBARAZO	86	32.7
PRESENTACIONES VICIOSAS	67	25.5
ALTERACIONES DE LOS ANEXOS	89	33.8
ALTERACION DE LA DINAMICA UTERINA	17	6.5
ACCIDENTES DEL PARTO	76	28.9
APGAR AL MINUTO ALTERADO	64	24.3
APGAR A LOS CINCO MINUTOS ALTERADO	14	5.3
PESO DEL RECIÉN NACIDO ALTERADO	42	16
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	3	1.1
ACCIDENTES DEL PUERPERIO	75	28.5

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 03 DEL GRAFICO 02

COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES	ADULTAS	
	N°	%
HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD	17	6.5
HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD	55	20.9
ENF. PROPIAS DE EMBARAZO	54	20.5
ENFERMEDADES CONCURRENTES	126	47.9
ACCIDENTES DEL EMBARAZO	93	35.4
PRESENTACIONES VICIOSAS	49	18.6
ALTERACIONES DE LOS ANEXOS	88	33.5
ALTERACION DE LA DINAMICA UTERINA	61	23.2
ACCIDENTES DEL PARTO	127	48.6
APGAR AL MINUTO ALTERADO	49	18.6
APGAR A LOS CINCO MINUTOS ALTERADO	13	4.9
PESO DEL RECIÉN NACIDO ALTERADO	21	8
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	8	3
ACCIDENTES DEL PUERPERIO	57	21.7

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 04 DEL GRAFICO 03

ENFERMEDADES CONCURRENTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20 - 30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO-2011.

ENFERMEDADES CONCURRENTES DEL EMBARAZO	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
ANEMIA	26	9.9	61	23.2
ITU	97	36.9	48	18.3
DIABETES	1	0.4	6	2.3
ANEMIA-ITU	34	12.9	6	2.3
ANEMIA-DIABETES	2	0.8	2	0.8
ITU-DIABETES	2	0.8	3	1.1

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 05 DEL GRAFICO 04

HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ADULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO -OBSTETRICIA HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
ABORTO	2	0.8	1	0.4
AMENAZA DE ABORTO	7	2.7	15	5.7
EMBARAZO ECTÓPICO	0	0	1	0.4

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 06 DEL GRAFICO 05

HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ADULTAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	31	11.8	35	13.3
PARTO PRETERMINO	10	3.8	3	1.1
PLACENTA PREVIA	4	1.5	10	3.8
DPP	2	0.8	6	2.3
RUPTURA UTERINA	1	0.4	0	0.0
AMENAZA DE PPT - PARTO PT	1	0.4	0	0.0
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO-DPP	0	0.0	1	0.4

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 07 DEL GRAFICO 06

ENFERMEDADES PROPIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

ENFERMEDADES PROPIAS DEL EMBARAZO	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
HIPEREMESIS GRAVÍDICA	12	4.6	16	6.1
ECLAMPSIA	1	0.4	5	1.9
PREECLAMPSIA	36	13.7	29	11
SINDROME DE HELLP	1	0.4	4	1.5
PREECLAMPSIA- SINDROME DE HELLP	1	0.4	0	0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 08 DEL GRAFICO 07

ACCIDENTES DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO -OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

ACCIDENTES DURANTE EL PARTO	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
SUFRIMIENTO FETAL	31	11.8	30	11.4
RUPTURA UTERINA	2	0.8	2	0.8
ÓBITO FETAL	7	2.7	9	3.4
RUPTURA PRECOZ DE BOLSAS	3	1.1	34	12.9
RUPTURA DE CORDÓN UMBILICAL	1	0.4	2	0.8
PARTO PROLONGADO	12	4.6	30	11.4
HEMORRAGIA INTRAPARTO	11	4.2	17	6.5
SUFRIMIENTO FETAL-PARTO PROLONGADO	4	1.5	3	1.1
SUFRIENTO FETAL -HEMORRAGIA INTRAPARTO	3	1.1	0	0
OBITO FETAL- HEMORRAGIA INTRAPARTO	1	0.4	0	0
RUPTURA DE CORDON UMBILICAL-PARTO PROLONGADO	1	0.4	0	0

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 09 DEL GRAFICO 08

ALTERACIONES DE LOS ANEXOS OVULARES EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20 -30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

ALTERACIONES DE LOS ANEXOS OVULARES	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
CORDÓN BREVE	18	6.8	27	10.3
CIRCULAR SIMPLE	46	17.5	39	14.8
CIRCULAR DOBLE	15	5.7	9	3.4
POLHIDRAMNIOS	0	0	1	0.4
OLIGOHIDRAMNIOS	10	3.8	11	4.2
CORDÓN BREVE-CIRCULAR SIMPLE	0	0	1	0.4

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 10 DEL GRAFICO 09

PRESENTACIONES VICIOSAS EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20 - 30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

PRESENTACIONES VISIOSAS	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICO (DCP)	43	16.3	22	8.4
PODÁLICA	18	6.8	14	5.3
PROCIDENCIA DE MIEMBROS	6	2.3	13	4.9

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 11 DEL GRAFICO 10

ALTERACIONES DE LA DINAMICA UTERINA EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20 - 30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

ALTERACIONES DE LA DINAMICA UTERINA	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
ATONÍA UTERINA	10	3.8	27	10.3
HIPOTONIA	3	1.1	22	8.4
HIPERTONIA UTERINA	4	1.5	12	4.6

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 12 DEL GRAFICO 11

FINALIZACION DEL PARTO EN ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

FINALIZACION DEL PARTO	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
EUTÓSICO	141	53.6	108	41.1
DISTÓSICO	43	16.3	45	17.1
CESAREA PROGRAMADA	44	16.7	52	19.8
CESAREA DE EMERGENCIA	35	13.3	58	22.1

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 13 DEL GRAFICO 12

APGAR A LOS CINCO MINUTOS DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011.

APGAR A LOS CINCO MINUTOS	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
DEPRIMIDO MODERADO	3	1.1	5	1.9
DEPRIMIDO SEVERO	2	0.8	1	0.4
SIN APGAR	9	3.4	7	2.7

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.

CUADRO: 14 DEL GRAFICO 13

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES Y ADULTAS DE 20-30 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HRMAMLL DE AYACUCHO, 2011

PESO DEL RECIEN NACIDO	ADOLESCENTES		ADULTAS	
	N°	%	N°	%
NORMOSÓMICO	221	84	242	92
MACROSÓMICO	13	4.9	8	3
BAJO PESO AL NACER	23	8.7	4	1.5
MUY BAJO PESO AL NACER	4	1.5	0	0
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	2	0.8	9	3.4

FUENTE: Elaborado en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de la Unidad de Estadística y Archivos, de enero a diciembre del 2011.