



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**" Riesgo materno perinatal en gestantes adolescentes  
en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú,  
periodo 2006"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

**AUTOR**

Irma Luz CORNEJO BARRAGÁN

**ASESOR**

Luis Fernando KOBAYASHI TSUTSUMI

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Cornejo I. Riesgo materno perinatal en gestantes adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú, periodo 2006 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

---

*A mis padres y hermanos quienes me  
permiten cumplir con mis sueños.*

# ÍNDICE

# ÍNDICE

<b>I. RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>II.1 ASPECTOS GENERALES.....</b>	<b>10</b>
<b>II.2 DEFINICIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>II.3 PREVALENCIA.....</b>	<b>12</b>
<b>II.4 OBJETIVO.....</b>	<b>15</b>
<b>II.4.1 OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>15</b>
<b>II.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>15</b>
<b>III. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>16</b>
<b>III.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>III.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>III.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>III.2 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
<b>IV. RESULTADO.....</b>	<b>18</b>
<b>V. DISCUSION.....</b>	<b>21</b>

<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>25</b>
<b>VII. TABLAS Y GRÁFICOS.....</b>	<b>27</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>35</b>
<b>IX. ANEXO.....</b>	<b>41</b>

# **I. RESUMEN**



## RESUMEN

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica (1).

Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual (2).

**Objetivo:** Comparar los riesgos materno y perinatales que se presentan en el embarazo adolescente en relación a pacientes embarazadas adultas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú. Periodo 2006.

**Metodología:** El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, realizado de manera retrospectiva comparativa. Se revisaron 206 historias clínicas de gestantes adolescentes(grupo estudio) de los cuales 203 cumplieron con los criterios de inclusión, asimismo se revisaron 206 historias clínicas de gestantes adultas(grupo control) de los cuales 198 cumplieron con los criterios de inclusión.

**Resultados:** El promedio de las edades del grupo de adolescentes es de 17.4 años, La complicación mas frecuente de la adolescente fue la ITU ( $p=0.00$ ). Numéricamente hubo mayor incidencia de anemia, preeclampsia, RPM, trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado, pero sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. Cesárea también fue mas frecuente en el grupo control frente al grupo de adolescentes pero con  $p>0.05$ .

La condición de recién nacido Grande para la Edad Gestacional fue la única complicación con  $p<0.05$  respecto al grupo control. La prematuridad, los PEG, bajo peso y el trauma obstétrico fueron mas frecuentes en las adolescentes pero con  $p>0.05$ .

**Conclusión:** Solamente ITU y GEG fueron mas frecuentes en adolescentes. La complicación materno perinatal es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 16 años) y no así en las adolescentes tardías.

**Palabras Claves:** Riesgo gestantes adolescentes

## **II. INTRODUCCIÓN**

## II. INTRODUCCIÓN

### II.1 ASPECTOS GENERALES

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad.

Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población (3). En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional.

### II.2 DEFINICIÓN

**Anemia:** valor de hematocrito menor de 33 o valor de hemoglobina menor de 11g %

**Infección al tracto urinario, ITU:** presencia de microorganismos en la orina en una cantidad igual o mayor a 100.000 colonias/ml)

**Síndrome hipertensivo del embarazo, SHE :** cifra tensionales superiores a 140/90 mmHg o frente a alzas de 30 mmHg en la presión

arterial sistólica y 15 mmHg en la presión arterial diastólica, sobre los valores de los controles durante la gestación temprana.

**Diabetes mellitus gestacional:** glicemias en ayunas superiores a 105 mg% en 2 oportunidades, o frente a glicemia postprandial igual o mayor a 140 mg%.

**Rotura prematura de membranas, RPM:** solución de continuidad espontánea de las membranas corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto.

**Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, DPPNI:** separación accidental, total o parcial de la placenta luego de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto.

**Retardo del crecimiento intrauterino, RCIU:** Crecimiento fetal igual o menor al percentil 10.

**Trabajo de parto prolongado:** tiempo de duración superior a 12 horas en primíparas y superior a 8 horas en multíparas una vez iniciado el trabajo de parto.

**Cesáreas:** Nacimiento de un feto por medio de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina.

**Parto prematuro:** aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación y sobre las 22 semanas de gestación o 500 g de peso de crecimiento intrauterino.

**Recién nacidos adecuados para la edad gestacional, RN AEG:** aquel cuyo peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de la curva de crecimiento intrauterino.

**Pequeños para la edad gestacional, PEG:** aquel cuyo peso de nacimiento está por debajo del percentil 10 de la curva de crecimiento intrauterino.

**Grandes para la edad gestacional, GEG:** peso se encuentra sobre el percentil 90 de la curva de crecimiento intrauterino.

**Puntaje de Apgar:** Es la primera valoración del estado general del bebé. Se puntúa cada parámetro entre 0 y 2 y el resultado del test es la suma de las cinco puntuaciones. La puntuación ideal está entre 8 y 10 puntos. Se repite a los 5 minutos y, en ocasiones, a los 10.

### II.3 PREVALENCIA

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29% (1, 10, 15, 16, 17, 18). Sin embargo, una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas (11, 19, 20).

Bajo el mismo concepto anterior, podríamos inferir que la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionado con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas (3, 4, 10, 16, 17, 20, 23, 24,25, 26). Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las

pacientes adultas (11, 27). En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna (27). En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17% (21, 28).

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18% (1, 3, 29, 30, 31, 32).

El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas (21, 26, 33, 34). Si bien la mayoría de los estudios demuestran una frecuencia aumentada, este aumento no siempre es estadísticamente significativo (35).

La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 22% y 23% respectivamente, y esta diferencia es estadísticamente significativa con respecto a los grupos controles (1, 15, 16, 17, 36, 37). Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso de nacimiento (38).

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto (1). Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas (3, 15, 20, 21). Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas (11, 17, 39). Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco (1, 21).

Como se ha mencionado anteriormente, la existencia de desproporción cefalopélvica en la adolescente embarazada muchas veces determina el desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido. Sin embargo, algunos estudios revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes (3, 10).

Una patología que frecuentemente es posible encontrar en las embarazadas es la diabetes gestacional. Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas (40).



## **II.4 OBJETIVOS**

Los objetivos previstos en el desarrollo del presente trabajo han sido fundamentalmente los siguientes:

### **II.4.1 Objetivo General :**

Comparar los riesgos materno y perinatales que se presentan en el embarazo adolescente en relación a pacientes embarazadas adultas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú. Periodo 2006.

### **II.4.2 Objetivos Específicos:**

Determinar los Riesgos obstétricos que se presentan en el embarazo adolescente (grupo estudio) y gestantes adultas (grupo control) tales como: anemia, infección al tracto urinario, síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes mellitus gestacional, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, retardo del crecimiento intrauterino, trabajo de parto prolongado, cesáreas, parto prematuro.

Determinar los riesgos perinatales que se presentan en el embarazo adolescente (grupo estudio) y gestantes adultas (grupo control) tales como: recién nacidos adecuados para la edad gestacional, pequeños para la edad gestacional, grandes para la edad gestacional, puntaje de Apgar.

# **III. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **III. MATERIAL Y MÉTODOS**

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, realizado de manera retrospectiva comparativa.

Se revisaron 206 historias clínicas de gestantes adolescentes (grupo estudio) de los cuales 203 cumplieron con los criterios de inclusión, asimismo se revisaron 206 historias clínicas de gestantes adultas (grupo control) de los cuales 198 cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **III.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **III.1.1 Criterios de Inclusión**

Está formado por todas las embarazadas de 10 a 19 años, grupo de estudio y embarazadas de 20 a 29 años de edad grupo control que tuvieron su parto en el período de enero a diciembre del año 2006 en el INMP.

##### **III.1.2 Criterios de Exclusión**

Se excluyó de este estudio a todas las embarazadas que hayan cursado con embarazos múltiples, aquellos cuyos fetos hayan presentado algún tipo de malformación congénita. Paciente cuya Historia clínica no proporcione la información que el estudio requiere.

#### **III.2 METODOLOGÍA**

De la revisaron 206 historias clínicas de gestantes adolescentes (grupo estudio), 3 no cumplieron con los criterios de inclusión (historia clínica incompleta), asimismo de las 206 historias clínicas de gestantes adultas (grupo control), 8 no cumplieron con los criterios de inclusión (historias clínicas con datos insuficientes).

# **IV. RESULTADOS**

## **IV. RESULTADOS**

### **Edad Promedio (TABLA N° 1)**

El promedio de las edades del grupo de adolescentes es de 17.6 años, siendo el promedio de las adolescentes tardías (17.7), y el número de adolescentes precoces es pequeño (14.3).

### **Complicaciones del Embarazo en adolescentes (TABLA N° 2)**

La complicación mas frecuente de la adolescente fue la infección de tracto urinario ( $p = 0.00$ ). También se observó elevada incidencia de anemia, preeclampsia, RPM, diabetes mellitas gestacional, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria y otras infecciones (vulvovaginitis y condilomatosis) pero sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. Contrariamente, la distocia de presentación y el desprendimiento prematuro de placenta se presentaron con mayor frecuencia en el grupo control con diferencias significativas.

### **Complicaciones del Parto en adolescentes (TABLA N° 3)**

Se observa que hay mayor número de casos de trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado en el grupo de adolescentes, pero sin diferencias estadísticas significativas.

### **Tipo de Parto en adolescentes (TABLA N° 4)**

El parto por cesárea fue mas frecuente en el grupo control frente al grupo de adolescentes aunque sin diferencias estadísticas significativas esto es contrario a lo encontrado en estudios similares.

### **Resultados perinatales en adolescentes (TABLA N° 5A, 5B, 5C)**

Respecto a las complicaciones fetales hubieron mas SFA en las adolescentes pero sin diferencias significativas.

Hubieron diferencias en el número de RN nacidos con peso ideal en el grupo control, casi el 94% frente al 86% en las adolescentes. Se puede asumir que el bajo peso se presenta con mayor frecuencia en los hijos de las adolescentes, pero con  $p>0.05$ .

Respecto al apgar del RN no hay diferencias estadísticas significativas, aunque numéricamente pareciera que los hijos de las adolescentes nacen más saludables.

#### **Complicaciones del recién nacido (TABLA N° 6)**

La condición de grande para la edad gestacional fue la única complicación con diferencia significativa en las adolescentes respecto al grupo control. La prematuridad, los PEG y el trauma obstétrico fueron más frecuentes en las adolescentes pero con  $p>0.05$ . Por el contrario el apgar bajo al nacer fueron más frecuentes en los hijos de mujeres adultas, pero sin diferencias estadísticas significativas.

# V. DISCUSIÓN

## V. DISCUSIÓN

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, se atienden un promedio de 11139 nacimientos al año, el 16.76% correspondieron a gestantes adolescentes, incidencia que es parecida al promedio latinoamericana.

Las características generales que describe el estudio nos demuestra factores muy preocupantes de un embarazo en adolescente cuando se le compara con una gestante adulta.

Existe la idea generalizada, con respaldo de mucha bibliografía, que el embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. Las mujeres adolescentes no sólo están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores para tener un bebé, sino también menos preparadas físicamente para dar a luz un bebé saludable. A la luz de la medicina basada en evidencias científicas, es necesario seguir explorando el tema para esclarecer en que medida el factor edad es realmente un elemento de riesgo en la práctica obstétrica.

En el presente estudio, es evidente el mayor riesgo que para la gestante adolescente tiene la infección urinaria, pero respecto a las demás patologías que describe la bibliografía, no se demuestra estadísticamente su mayor presencia en las adolescentes. La anemia, RPM, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria, tienen ligera predominancia sobre el grupo control pero con  $p > 0.05$ . Contrariamente a otros estudios, no se encontró diferencia significativa con respecto a la preeclampsia (19,20,21,22). No hubo mayor diferencia al igual que un estudio realizado en Chile<sup>1</sup>, o el realizado en un hospital de Lima por Távora<sup>23</sup> quien encuentra a la eclampsia en adolescentes como única patología de riesgo con diferencias estadísticas significativas con respecto a un grupo de mujeres de 20 y 34 años.

Se exploró en el estudio la posibilidad en las adolescentes de parto prolongado, expulsivo prolongado, mayor tasa de cesárea, infección puerperal



o retención de secundinas, no encontrando ninguna diferencia con respecto a las gestantes adultas en contradicción con otros trabajos. Hay estudios que indican que el parto distócico es mas frecuente en este grupo (19, 20, 21). Sin embargo también existen investigaciones que avalan la menor incidencia de parto distócico en las adolescentes (1).

La morbi mortalidad perinatal en las adolescentes no es estadísticamente diferente que en un gestante adulta. Únicamente la condición de grande para la EG se detectó como complicación en las menores de 20 años. La prematuridad, los PEG y el trauma obstétrico fueron mas frecuentes en las adolescentes pero sin diferencias estadísticas. Por el contrario se encontró en varios parámetros de evaluación a un RN (apgar y complicaciones) mas saludable en las adolescentes que en las gestante adultas, contrariamente a lo expuesto en otras investigaciones donde evidencian mayor número de recién nacidos con bajo peso al nacer y Apgar menor de 7 (19,20,21,22).

Datos parecidos fueron encontrados en otros estudios, sin embargo en estos se observaba un nivel de significancia mayor (19,20,21,22), y un mayor porcentaje de pequeños para la edad gestacional que en nuestro estudio.

Otro dato importante de mencionar es la existencia de un solo caso de RCIU para cada uno de los grupos, contrariamente a estudios antes realizados, donde se observa un alto porcentaje de RCIU diagnosticado durante el embarazo y luego confirmado por examen físico del recién nacido (19,20,21,22).

En un estudio comparado con grupo control realizado con casi 350 mil gestantes adolescentes con datos tomados del Clap, encontraron alto riesgo para todas las adolescentes para eclampsia, parto instrumentado, episiotomía, hemorragia post parto y endometritis puerperal, pero fundamentalmente en menores de 16 años. En adolescentes precoces hubo significativo alto riesgo de anemia y muerte materna pero no en adolescentes tardías (24).

Donoso (25) en Chile encuentra una mayor tasa de muertes maternas y muertes neonatales en adolescentes precoces comparadas con gestantes de 20 a 34 años. En adolescentes tardías no hubo diferencia.

El espíritu de la presente investigación coincide con autores como Martínez y Borrón (26,27) cuando afirman que en condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto a los 16, 17, 18 o 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo y parto entre 20 y 25 años, pero debemos recordar que el 35 % de las madres adolescentes son solteras y que el 60 al 70 % de estos embarazos no son deseados por lo cual podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno para la familia y la sociedad en general (28).

Coincidimos plenamente con los estudios recientes y llegamos a la conclusión que la complicación materno perinatal es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 15 ó 16 años). En las adolescentes tardías, parecen ser mucho más relevantes y de mayor impacto diversos factores de tipo psicológico y social que incluyen: miedo, estrés, ansiedad, depresión, culpabilidad, baja auto estima, suicidios; “Síndrome del fracaso”; problemas escolares, menor rendimiento académico, abandono de los estudios; desempeño laboral en subempleos; precariedad económica; problemas de rechazo social (por su pareja, amigos, vecinos, familiares, padres); dificultad para relación de pareja estable; maternidad solitaria con riesgo de reincidencia.

# **VI. CONCLUSIONES**

## **VI. CONCLUSIONES**

Solamente Infección del Tracto Urinario y Recién Nacidos Grandes para la Edad Gestacional fueron mas frecuentes en adolescentes.

La complicación materno perinatal es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 16 años).

El trabajo de parto prolongado, expulsivo prolongado y el parto vaginal fue mas frecuente en el grupo de adolescentes sin diferencias estadísticas significativas.

Respecto a las complicaciones fetales hubieron más SFA en las adolescentes pero sin diferencias significativas.

Los Recién Nacidos Pequeños para la edad gestacional y el trauma obstétrico fueron mas frecuentes en las adolescentes, por el contrario el apgar bajo al nacer fueron mas frecuentes en los hijos de mujeres adultas, pero sin diferencias estadísticas significativas.

# **VII. TABLAS Y GRÁFICOS**

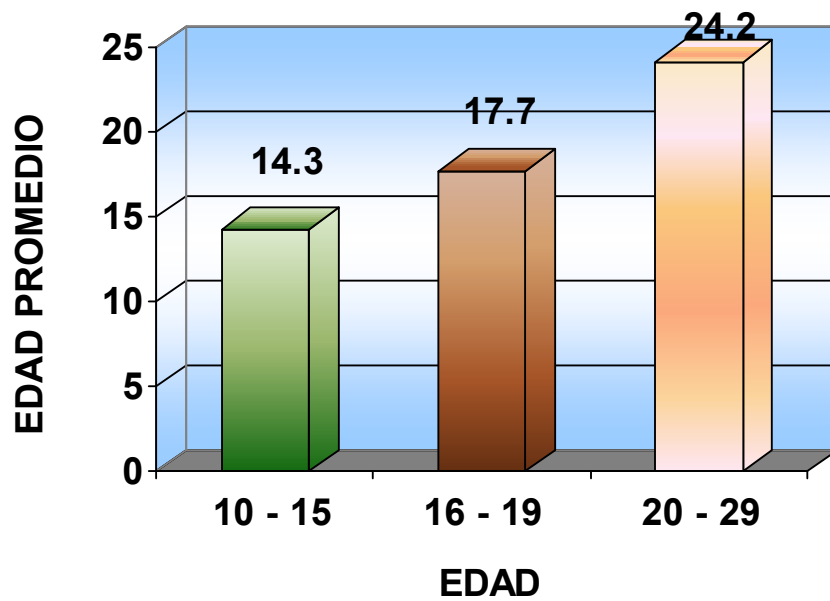
## VII. TABLAS Y GRÁFICOS

**TABLA N° 1**  
**EDAD PROMEDIO**

Edad		N	x
Grupo Caso		203	17.6
	10 - 15	16	14.3
	16 - 19	187	17.7
Grupo Control		198	24.2

Fuente : Servicio de Obstetricia Instituto Nacional Materno Perinatal

**GRAFICO N° 1**  
**EDAD PROMEDIO**

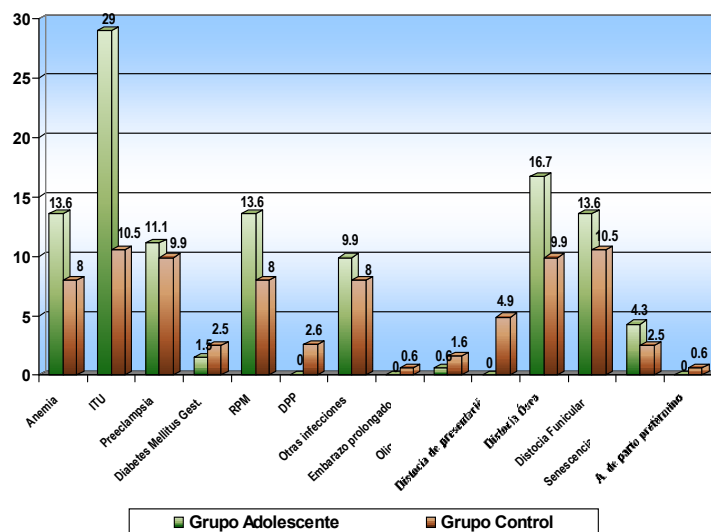


**TABLA N° 2**  
**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

	<i>Grupo adolescentes</i> <i>n = 203</i>		<i>Grupo Control</i> <i>n = 198</i>		
	N	%	N	%	
Anemia	28	13.6	16	8.0	0.11
ITU	59	29.0	21	10.5	0.00
Preeclampsia	22	11.1	20	9.9	0.72
Diabetes Mellitas Gest.	3	1.5	5	2.5	0.49
RPM	28	13.6	16	8.0	0.11
DPP	0	0.0	5	2.6	0.04
Otras infecciones	20	9.9	16	8.0	0.56
Embarazo Prolongado	0	0.0	1	0.6	0.32
Oligohidramnios	1	0.6	4	1.6	0.32
Distocia de presentación	0	0.0	10	4.9	0.00
Distocia Óseas	27	16.7	20	9.9	0.07
Distocia Funicular	22	13.6	21	10.5	0.39
Senescencia Placentaria	8	4.3	5	2.5	0.36
A. de parto pretérmino	0	0.0	1	0.6	0.32

**Fuente : Servicio de Obstetricia Instituto Nacional Materno Perinatal**

**GRAFICO N° 2**  
**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

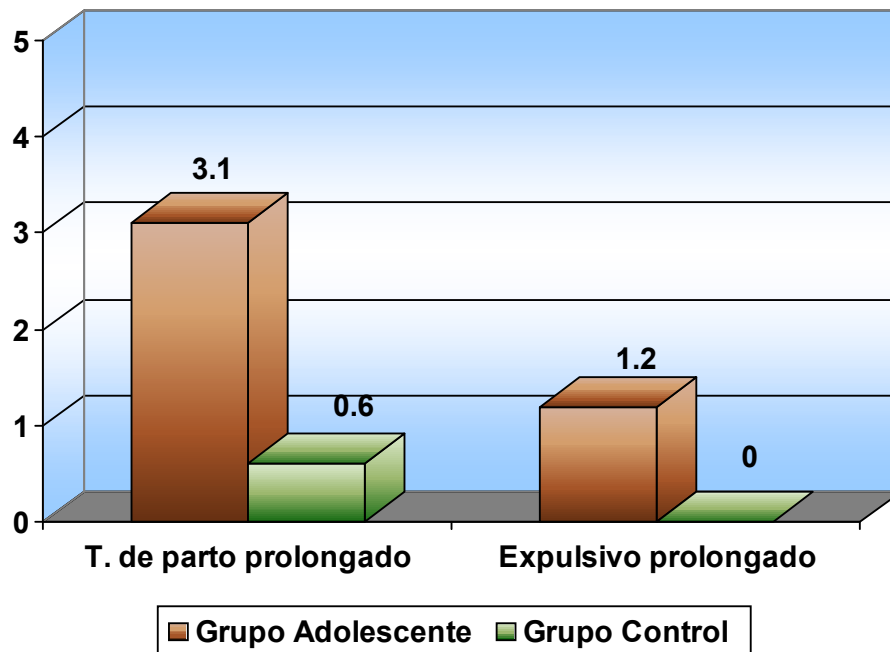


**TABLA N° 3**  
**COMPLICACIONES DEL PARTO EN ADOLESCENTES**

	<i>Grupo adolescentes</i> <i>n = 203</i>		<i>Grupo Control</i> <i>n = 198</i>		
	N	%	N	%	
T. de parto prolongado	6	3.1	1	0.6	0.11
Expulsivo prolongado	3	1.2	0	0.0	0.10

Fuente : Servicio de Obstetricia Instituto Nacional Materno Perinatal

**GRAFICO N° 3**  
**COMPLICACIONES DEL PARTO EN ADOLESCENTES**



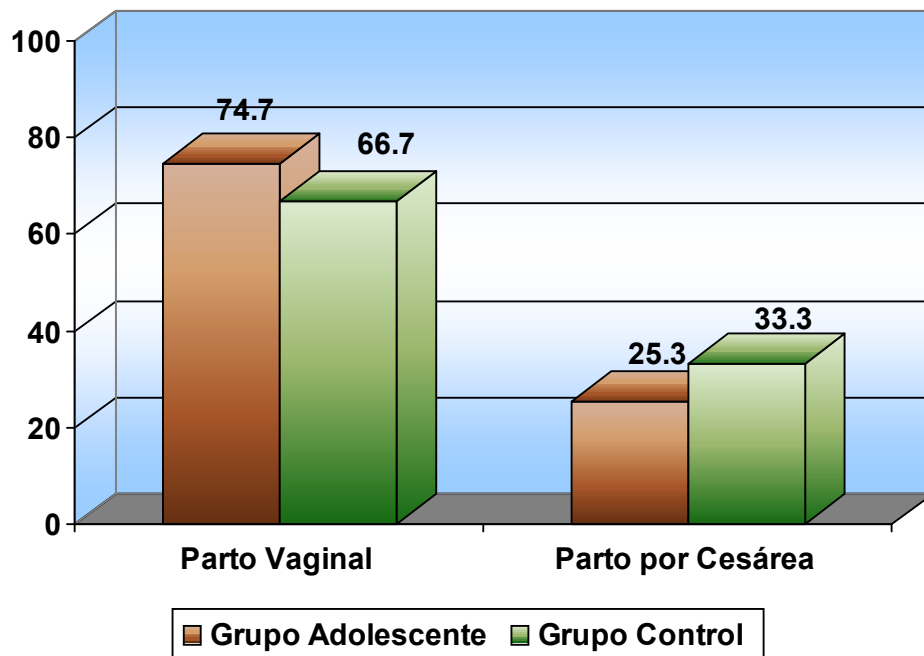


**TABLA N° 4**  
**TIPO DE PARTO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES**

	<i>Grupo adolescentes</i> <i>n = 203</i>		<i>Grupo Control</i> <i>n = 198</i>		
	N	%	N	%	
Parto vaginal	1561	74.7	5024	66.7	0.32
Parto por cesárea	914	25.3	3640	33.3	0.11

Fuente : Servicio de Obstetricia Instituto Nacional Materno Perinatal

**GRAFICO N° 4**  
**TIPO DE PARTO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES**

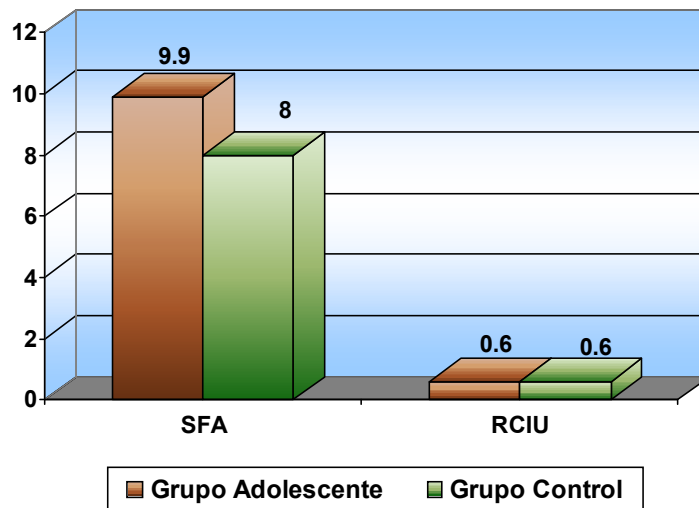


**TABLA N° 5A, 5B, 5C**  
**RESULTADOS PERINATALES EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES**

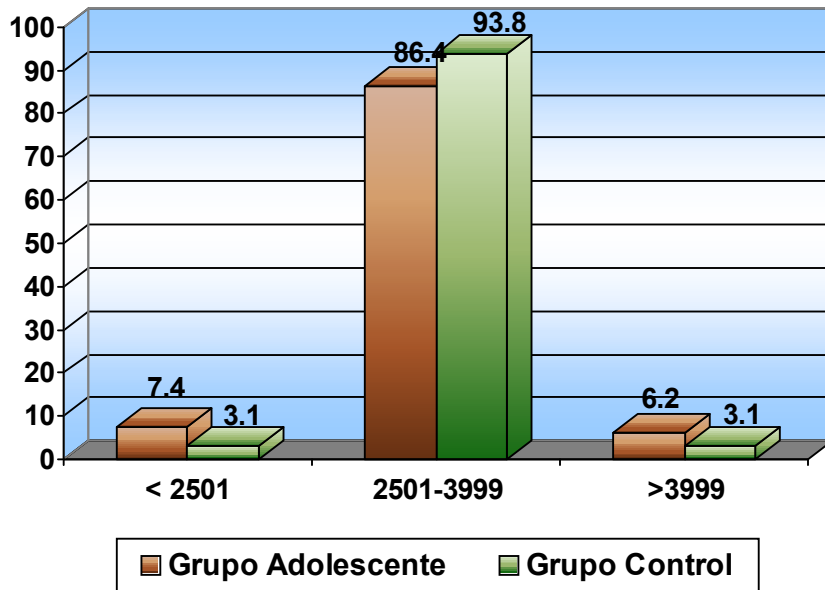
	<i>Grupoadolesc</i> <i>n = 203</i>		<i>Grupo Control</i> <i>n = 198</i>		
	N°	%	N°	%	
<b>Complicaciones fetales</b>	20	9.9	16	8.0	0.18
•1 SFA	1	0.6	1	0.6	0.56
•2 RCIU					
<b>Peso del R.N.</b>	15	7.4	6	3.1	0.08
•1 < 2501	175	86.4	186	93.8	0.03
•2 2501 - 3999	13	6.2	6	3.1	0.19
•3 >3999					
<b>Apgar al minuto</b>					
•1 0 - 3	1	0.6	5	2.5	0.18
•2 4 - 6	9	4.3	11	5.6	0.61
•3 7 - 10	193	95.1	182	91.9	0.26

Fuente : Servicio de Obstetricia Instituto Nacional Materno Perinatal

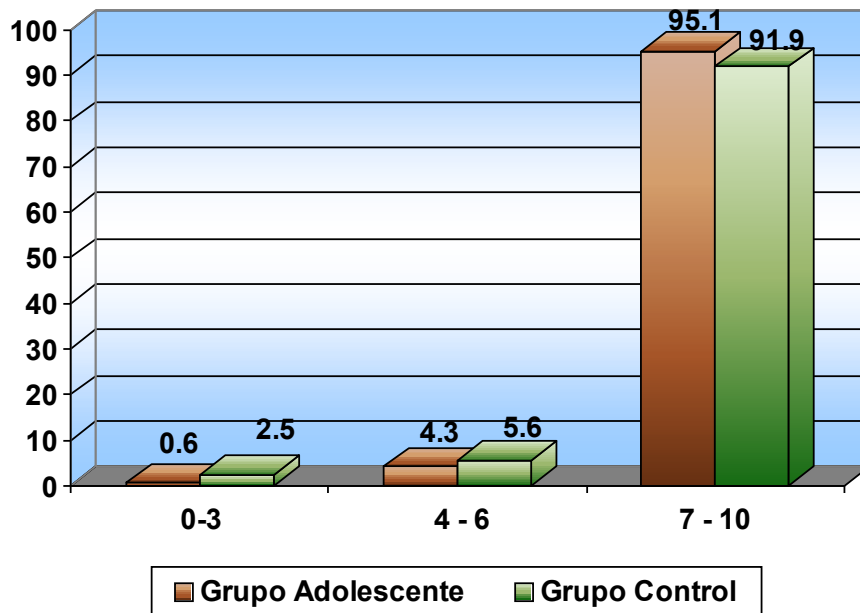
**GRAFICO N° 5A**  
**RESULTADOS PERINATALES EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES:**  
**COMPLICACIONES FETALES**



**GRAFICO N° 5B**  
**RESULTADOS PERINATALES EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES:**  
**PESO DE RECIÉN NACIDO**



**GRAFICO N° 5C**  
**RESULTADOS PERINATALES EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES:**  
**APGAR AL MINUTO**

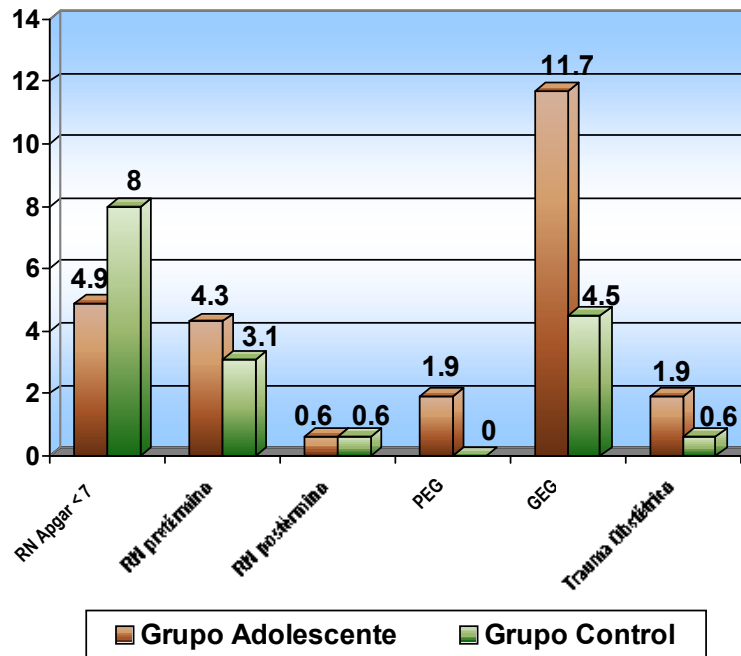


**TABLA N° 6**  
**COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO**

	<i>Grupo adolescentes</i> <i>n = 203</i>		<i>Grupo Control</i> <i>n = 198</i>		
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
RN Apgar < 7	10	4.9	16	8.0	0.26
RN pretérmino	9	4.3	6	3.1	0.56
RN postérmino	1	0.6	1	0.6	1.00
PEG	4	1.9	0	0.00	0.08
GEG	24	11.7	9	4.5	0.03
Trauma Obstétrico	4	1.9	1	0.6	0.32

Fuente : Servicio de Obstetricia Instituto Nacional Materno Perinatal

**GRAFICO N° 6**  
**COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO**



# **VIII. BIBLIOGRAFÍA**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Sogia 2004; 1(2): 70-2.
2. Forrest JD: Timing of reproductive life stages. Obstet Gynecol 1994; 82: 105.
3. Padilla de Gil: Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia 2002; 7(1): 16-25.
4. Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rev Méd Chile 1999; 127: 437-43.
5. Sulak PJ, Haney AF: Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J Obstet Gynecol 2003; 168: 2042-8.
6. National Center for Health Statistics. Advance report of final nataly figures 1990. Monthly Vital Statistics Report. Hyatts Ville. Maryland: Public Health Service 1993; 41.
7. Molina R: Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. Pérez-Sánchez: Obstetricia. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas Mediterraneo Ltda, 2002; 179-84.
8. Chelala C: Concem grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. Lancet 2000; 355: 128.

9. Anuario de estadísticas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Salvador.
10. Montero A, Matamala M, Valenzuela M: Principales características biosociales del embarazo y parto en adolescentes. *Rev Sogia* 1999; 6: 10.
11. Satin A, Leveno K, Sherman L, Reedy N, Lowe T, McIntire D: Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 171(1): 184-7.
12. Villanueva LA, Pérez MM, Martínez H, García E: Características obstétricas de la embarazada adolescente. *Ginecol Obstet Mex* 2000; 67: 356-60.
13. Hollingsworth DR, Kreutner AK: Teenage pregnancy. *N Engl J Med* 2003; 304: 516.
14. Bukulmez O, Deren O: Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case control study from a Turkish University Hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 88(2): 207-12.
15. Martínez E et al: Experiencia de una unidad de gestantes precoces. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2001; 50(2): 127-39.
16. Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T: Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. *Rev Sogia* 2003 5(1): 17-28.
17. Jolly MC, Segire N, Harris J, Robinson S, Regan L: Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol* 2000; 96(6): 962-6.
18. Jiménez R, Cazenave H, Perucca E, Pavez A, Loyola E: Eclampsia en

Hospital Regional de Rancagua. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 57(2): 67-71.

19. Savona-Ventura C, Grech ES: Risks in pregnant teenagers. Int J Gynecol Obstet 1990; 32: 7-13.
20. Barton JR, Stanziano GJ, Jacques DL, Bergauer NK, Sibai BM: Monitored outpatient management of mild gestacional hypertension remote from term in teenage pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2001; 173(6): 1865-8.
21. Pelaez J: Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Angel Maida y cols. Rev Sogia 2002; 3(1): 13-16.
22. Castro Santoro R *et al*: Preeclampsia pura en adolescentes embarazadas. Perinatología y Reproducción 2001; 2(2): 2-8.
23. Draper ES, Manktelow B, Field DJ, James D: Predictions of survival for preterm births by weight and gestacional age: Retrospective population based study. BMJ 2002; 319: 1093-7.
24. Gajewska M, Karwan-Plonska A, Skrzos-Buciak M, Wiater E: Analysis of pregnancy course and delivery in girls below 19 years of age. Ginekol Pol 2000; 71(8): 658-62.
25. Akinbami LJ, SchoendorfKC, Kiely JL: Risk of preterm birth in multiparous teenagers. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154(11): 1101-7.
26. Orvos H, Nyirati I, Hajdu J, Pal A, Nyari T, Kovacs L: Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? J Perinat Med 2002; 27(3): 199-203.
27. Otterblad P, Cnattingius S, Haglund B: Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106(2): 116.



28. Oyarzún E: Rotura prematura de membranas. Alto riesgo obstétrico. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile 2001; 97-112.
29. Stewart A: Adolescent pregnancy. *Lancet* 1990; 335(8685): 356.
30. Adolescent pregnancy. *Lancet* 1998; 2(8675): 1308-9.
31. Kumbi S, Isehak A: Obstetric outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. *East Afr Med J* 1999; 76(3): 138-40.
32. Thame M, Wilks R, Matadial L, Forrester TE: A comparative study of pregnancy outcome in teenage girls and mature women. *West Indian Med J* 1999; 48(2): 69-72.
33. Castro S: Adolescente embarazada: Aspectos orgánicos. Embarazado en adolescentes. Diagnóstico 1991. 1ª ed. Chile: SERNAM UNICEF, 1992
34. Andersen NE, Smiley DV, Flick LH, Lewis CY: Missouri rural adolescent pregnancy project (MORAPP). *Public Health Nurs* 2000; 17(5): 355.
35. Ziadeh S: Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265(1): 26-9.
36. Maida A, Muñoz R, Hochstatter E: Embarazo y adolescencia. *Rev Sogia* 1996; 3(1): 9-12.
37. Lynch SR: The potential impact of iron supplementation during adolescence on iron status in pregnancy. *J Nurs* 2000; 130(2S Suppl): 448S-451S.
38. Bondevik GT, Lie RT, Ulstein M, Kvale G: Maternal hematological status and risk of low birth weight and preterm delivery in nepal. *Acta Obstet*

Gynecol Scand 2001; 80(5): 402-8.

39. Torres A, Corjal L, Zambrana MM, Lara R: Obstetric decisions concerning adolescents vs. Adults. Ginecol Obstet Mex 1999; 67: 377-84.
40. Southwick RD, Wigton TR: Screening for gestational diabetes mellitus in adolescent hispanic Americans. J Reprod Med 2000; 45(1): 31-4.
41. Jiménez MA, Martín AR, García JR: Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. Eur J Epidemiol 2000; 16(6): 527-32.
42. Koniak-Griffin D, Anderson NL, Verzemnieks I, Brecht ML: A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. Nurs Res 2000; 49(3): 130-8.
43. Bukulmez O, Deren O: Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 88(2): 201-12. Hampton HL, Powell RH: Obstetrical Outcome in the Very Young Adolescent. J Miss State Med Assoc 1999; 40(12): 411-4.
44. Hampton HL, Powell RH: Obstetrical outcome in the very young adolescent. J Miss State Med Assoc 2003; 40(12): 411-4.
45. Brindis C: Building for the future: adolescent pregnancy prevention. J Am Med Womens Assoc 2001; Summer 54(3): 129-32.

# **IX. ANEXO**

## **FICHA DE RECONOCIMIENTO DE DATOS**

**ANEXO N°1 : “RIESGO MATERNO PERINATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES  
EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. LIMA-PERU. PERIODO 2006”**

FORMULARIO AD HOC N°....

H.CL. Nro:.....

NOMBRES Y APELLIDOS.....

EDAD.....años de edad

FORMULA OBSTETRICA : G P

EDAD GESTACIONAL POR FUR : ..... POR ECOGRAFIA:..... POR CAPURRO.....

Anemia .....

ITU .....

SHE: PA...../..... mm de Hg .....

DM gestacional: .....

RPM .....

DPPNI .....

RCIU .....

T. de parto prolongado .....

Parto vaginal normal .....

Cesárea .....

Parto prematuro.....

Peso de Recien Nacido.....

RN PEG.....

RN AEG .....

RN GEG .....

Puntaje Apgar.....

Otros.....