

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DEL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO
DE PICHANAKI, 2018.**

**PARA OPTAR EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNA PERINATAL
Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR: OBSTA. BLANCA YENY VALDEZ
DOMINGUEZ**

HUANCVELICA- PERU

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 07 días del mes de DICEMBRE a las 12:00 horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:
VALDEZ DOMINGUEZ, BLANCA YENY

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA
Secretario : Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
Vocal : Mg. ADA LIZBETH LARICO LOPEZ

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.

Presentado por el (la) Obstetra:

VALDEZ DOMINGUEZ, BLANCA YENY

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 600-2018 concluyendo a las 13:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 07 de DIEMBRE 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

Lina Yubana Cardenas Pineda
PRESIDENTE NOMBRADA



Rosibel Juana Muñoz de la Torre
Mg. ROSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
P.S.E. OBSTETRICIA

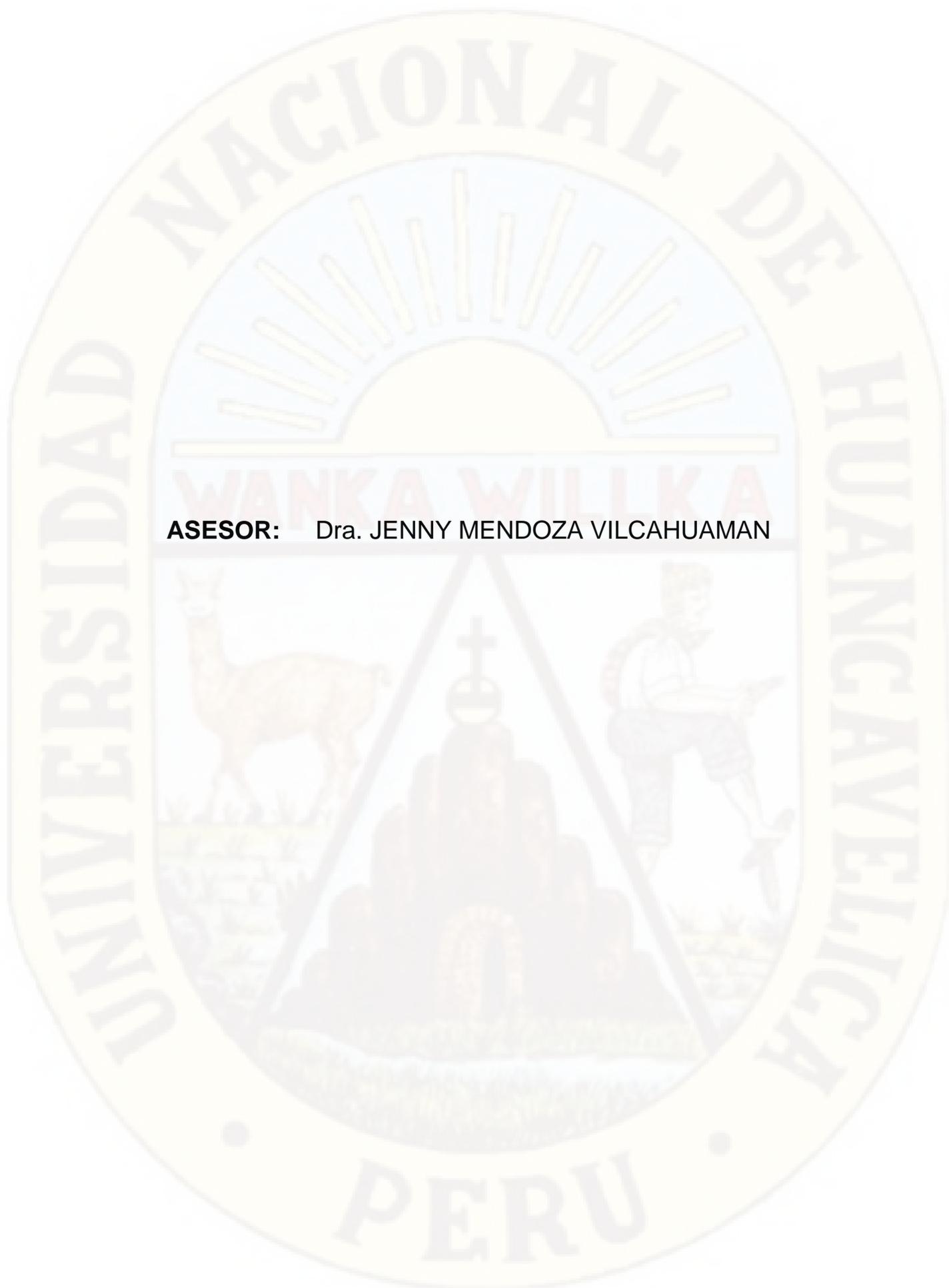
Ada Lizbeth Larico Lopez
Obsta. Ada Lizbeth Larico Lopez



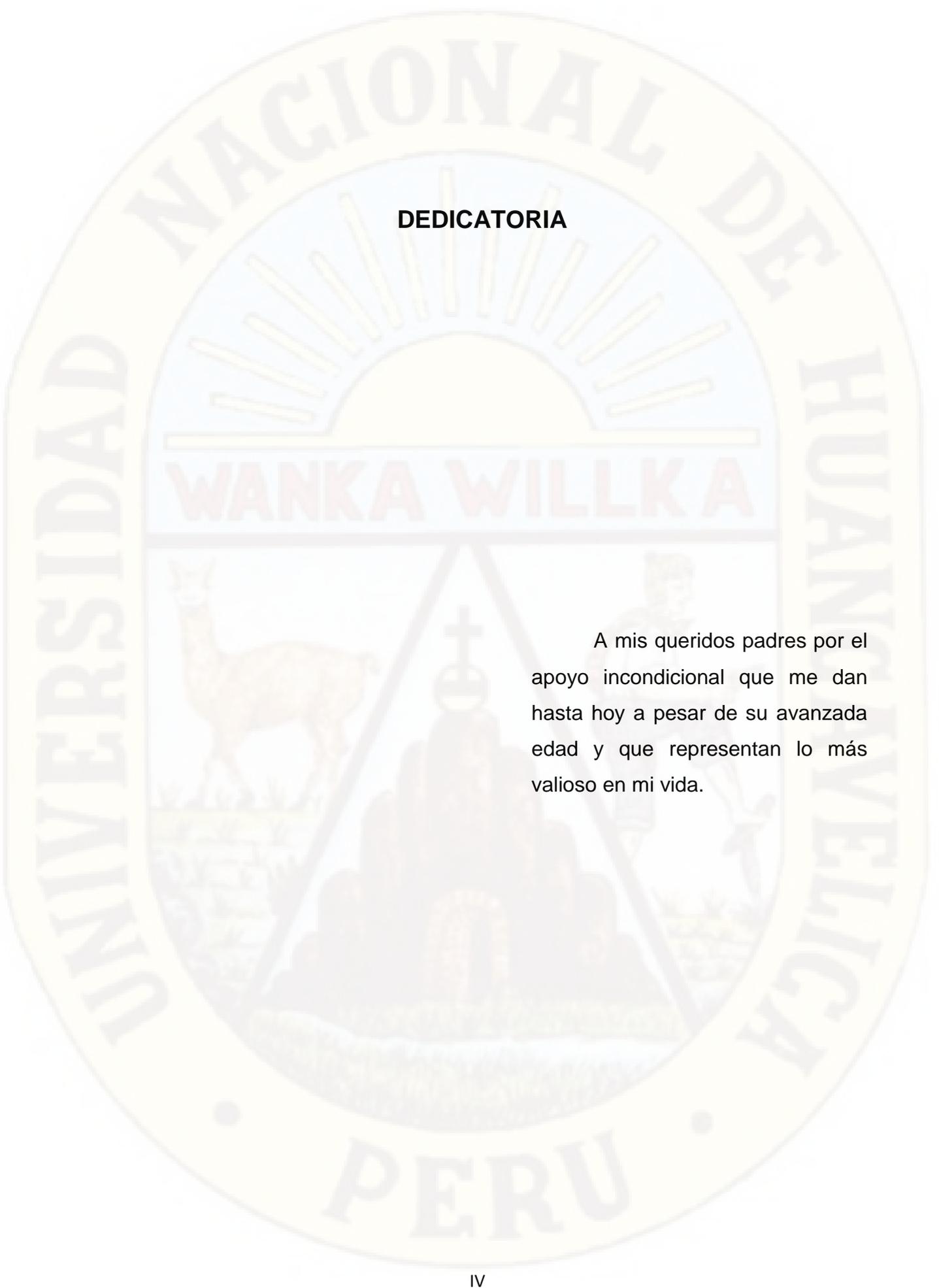
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Susana Guerra Olivares
Mg. SUSANA GUERRA OLIVERES
DECANA



Gabriela Ordoñez
Obsta. Gabriela Ordoñez
SECRETARIA DOC.
COP. 27047



ASESOR: Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN



DEDICATORIA

A mis queridos padres por el apoyo incondicional que me dan hasta hoy a pesar de su avanzada edad y que representan lo más valioso en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a Dios por toda la bendición que he recibido y seguridad que me da para lograr todas mis metas.

A mis maestras y maestros de la segunda especialidad, quienes me dieron tiempo y dedicación en la formación de la especialidad de Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico.

A mi asesora la Dra. Jenny Mendoza por su tiempo y dedicación.

Al personal que labora en el Hospital de Apoyo de Pichanaki que me apoyo con la recolección de datos.

RESUMEN

La tesis titulada “Repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018”, esta investigación tuvo como **objetivo**: Determinar las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes. La **metodología**: tipo de investigación descriptiva, nivel descriptivo, método descriptivo y diseño descriptivo. Los **resultados** encontrados fueron: Las repercusiones maternas del embarazo en adolescentes encontradas fueron; anemia leve 24,2% (29); anemia moderada 10% (12); cistitis 30,8% (37) y preeclampsia 1,7% (2). Observándose también que un porcentaje considerable 34,2% presentan anemia que a la vez es factor de riesgo para otras patologías maternas perinatales. La repercusión perinatal del embarazo en adolescentes encontrada fue el bajo peso al nacer en un 11,7% (14). La frecuencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki fue mayor en las adolescentes de edad tardía (las de 17 a 19 años) en un 68,4% (82). La **conclusión**: Las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki encontradas, fueron en la gestante anemia 34,3% (41) e infección del tracto urinario bajo, específicamente cistitis. Y la repercusión perinatal presente fue el bajo peso al nacer.

Palabras claves: Repercusiones, complicaciones maternas, complicaciones perinatales y adolescencia.

ABSTRACT

This research entitled “Maternal and perinatal consequences of pregnancies in adolescents attended at Support Hospital Pichanaki, 2018” had the objective to determine the maternal and perinatal consequences of pregnancies in adolescents.

Methodology: descriptive kind of research, descriptive level, descriptive method and descriptive design. **Results:** maternal consequences of pregnancies in adolescents were: mild anemia 24,2% (29), moderate anemia 10% (12), cystitis 30,8% (37), preeclampsia 1,7% (2). It was noticed that a great percentage 34,2% got anemia which is a risk factor for other perinatal maternal pathologies. Perinatal consequences of pregnancies in adolescents were: low weight 11,7% (14). Pregnancy frequency of adolescents attended at Support Hospital Pichanaki was higher in late adolescents (17 to 19 years old) 68,4% (82). **Conclusion:** maternal and perinatal consequences of pregnancies in adolescents attended at Support Hospital Pichanaki were: anemia 34,3% (41), low urine tract infection, specifically cystitis, and the perinatal consequence was low weight at birth.

Key words: consequences, maternal complications, perinatal complications, adolescence.

INDICE

Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Resumen	VI
Abstract.....	VII
Índice.....	VIII
Índice de graficos y tablas... ..	X
Introducción.....	XI
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Fundamentación del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	13
1.4. Justificación e importancia... ..	14
1.5. Factibilidad de la investigación	15
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Bases teóricas... ..	22
2.3. Definición de términos... ..	55
2.4. Identificación de variables.....	56
2.5. Operacionalización de variables... ..	56
CAPÍTULO III	58
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
3.1. Tipo de investigación.....	58
3.2. Nivel de investigación.....	58
3.3. Métodos de investigación.....	58
3.4. Diseño de investigación.....	58
3.5. Población, muestra y muestreo	59
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos... ..	59
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	59
CAPÍTULO IV	61

RESULTADOS	61
4.1. Presentación e interpretación de datos	61
4.2. Discusión de resultados	71
Conclusiones.....	73
Recomendaciones.....	74
Referencia bibliográfica	75
Anexos:	79
Matriz de consistencia.....	80
Instrumento	82
Registro visuales.....	83

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1:	REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.	62
GRAFICO N° 2:	PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.	63
GRAFICO N° 3:	PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS - TRANSTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.	64
GRAFICO N° 4:	PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS - INFECCION DEL TRACTO URINARIO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.	65
GRAFICO N° 5:	PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS - ANEMIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018	66
GRAFICO N° 6:	PRESENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.	67
GRAFICO N° 7:	PRESENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES - EDAD GESTACIONAL AL NACER, DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.	68
GRAFICO N° 8:	PRESENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES - APGAR AL MINUTO, DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.	69
GRAFICO N° 9:	LA FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.	70

INTRODUCCION

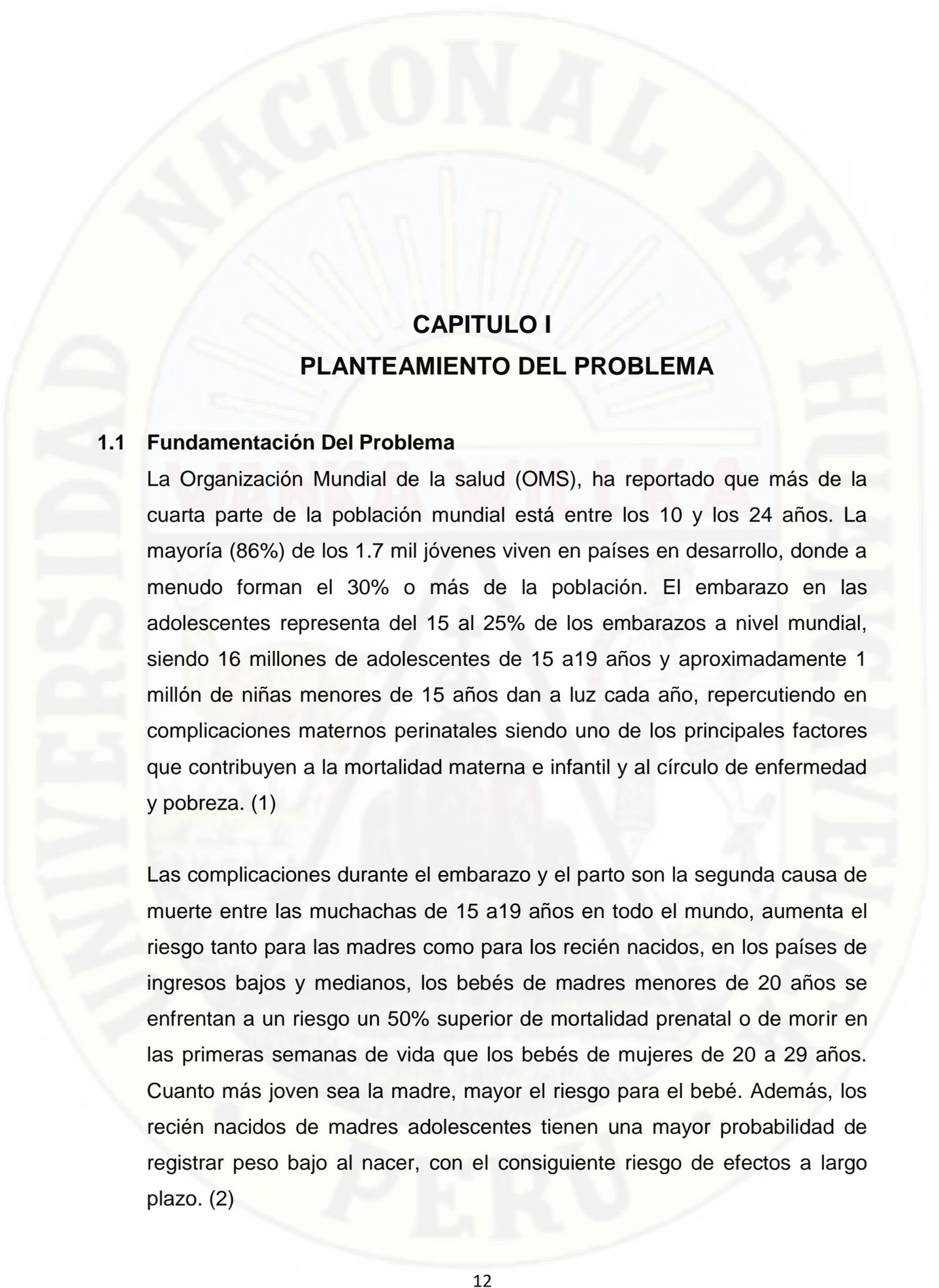
Las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes son muchas, toda vez que la adolescencia es de por sí un factor de riesgo de suma importancia que va a condicionar la presencia de otros.

Las tasas de morbilidad, sobre todo de mortalidad anual sigue siendo inaceptablemente alta: 289 000 defunciones maternas, 2,6 millones de mortinatos, 2,7 millones de defunciones de recién nacidos y 1,3 millones de defunciones de adolescentes relacionadas a embarazo, esto evidencia un problema claro de salud pública. (31)

En el Perú, pese a que se ha logrado una reducción significativa de la tasa de mortalidad infantil (57 X 1000 nacidos vivos en 1992 a 18 X 1000 nacidos vivos en 2007), esto se ha dado más a expensas de la mortalidad posneonatal. Las tasas de mortalidad neonatal permanecen altas, el 62% de la mortalidad infantil corresponde a los neonatos. Las poblaciones más pobres y excluidas del país concentran las cifras de mortalidad neonatal más altas, similares a la de los países subdesarrollados, es el caso de Huancavelica y la India, o Puno y Guinea. (26)

Es el propósito de la presente investigación es describir cada una de las repercusiones presentes en las gestantes adolescentes de una región central y selva de Perú, las que constituirán una base de datos que será útil para el manejo de estas por parte del personal del Hospital de apoyo de Pichanaki.

El proyecto de tesis se distribuye en cuatro capítulos principales, siendo estos: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Metodología de la investigación y finalmente el Capítulo IV: Resultados.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación Del Problema

La Organización Mundial de la salud (OMS), ha reportado que más de la cuarta parte de la población mundial está entre los 10 y los 24 años. La mayoría (86%) de los 1.7 mil jóvenes viven en países en desarrollo, donde a menudo forman el 30% o más de la población. El embarazo en las adolescentes representa del 15 al 25% de los embarazos a nivel mundial, siendo 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, repercutiendo en complicaciones maternos perinatales siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (1)

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo, aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos, en los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo. (2)

De la población adolescente en el Perú, En el 2016, el 11.17% de la población total son adolescentes de 12 a 17 3,482 162, el 13.2%, están embarazadas o ya son madres, 1538 Recién Nacidos son de Madres menores de 14 años, un Promedio de 4 partos por día, Este factor no se ha modificado en los últimos veinte años. (3)

Según la revista peruana de medicina experimental y salud pública (2013) el embarazo en adolescentes prácticamente estable en las últimas décadas entre el 10.2 % en zonas urbana y 21.5 % en zona rural, en la región costa se evidencia 21 %, en la región sierra un 12.4 % y en la región selva un 27.5% de 15 a 19 años, terminando en muchos casos en complicaciones maternos perinatales. (4)

Las adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo de Pichanaki, son un grupo de alto riesgo obstétrico, por lo que no están libres de presentar complicaciones en el transcurso de todo el embarazo y puerperio, por lo que esta investigación pretende determinar las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki 2018.

1.2 Formulación del problema de investigación

¿Cuáles son las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir las repercusiones maternas del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018.

- Describir las repercusiones perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018.
- Identificar la frecuencia de embarazo de acuerdo a la edad específica de las adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018.

1.4 Justificación e importancia

El embarazo en adolescente es un problema de salud pública, a nivel mundial representando del 15 al 25% del total de embarazos, a nivel de América Latina y el Caribe el porcentaje se ha incrementado alarmantemente. La maternidad adolescente se encuentra estrechamente vinculada con el nivel cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En primer lugar, porque suscita con mayor frecuencia entre las adolescentes más pobres, situación que tiende a reproducir el círculo de pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente, en segundo lugar, porque implica mayores probabilidades de morbilidad materno perinatal. (5)

Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones en la madre como: anemia , amenazas de aborto, parto prematuro , toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras y en la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. Aumentando los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. (6,7)

Perú está entre los países con más altas tasas de mortalidad materna adolescente y aborto. El Diario Perú 21 (2017) reporta que cada día 15 adolescentes de entre 11 y 15 años se convierten en madres en el Perú, poniendo en riesgo su salud y su futuro. En el 2015 dieron a luz 1538 niñas

entre 11 y 14 años y 3950 de 15 años. Los niveles más altos se reportan en las zonas rurales, en la selva, donde las cifras alcanzan el 25 y 38 de cada 100. (8)

Las adolescentes peruanas, especialmente aquéllas en pobreza, se encuentran en mayor riesgo de complicaciones obstétricas y muerte, muy asociadas a la falta de consulta prenatal y con complicaciones. A pesar del sub registro hospitalario, se sabe que un diez por ciento de la mortalidad juvenil y el cinco por ciento de la mortalidad adolescente en las mujeres son por problemas obstétricos y por aborto y que por lo tanto tiene consecuencias a corto, largo y mediano plazo por las consecuencias que conlleva, las cuales debe ser consideradas no solamente en términos del presente, sino del también del futuro por las complicaciones que acarrear. Por todo ello, el embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública. (9)

Por tanto, se considera importante determinar cuáles son las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, ello me permitirá establecer aspectos que en adelante se deban considerar en bien de proteger la salud de la gestante adolescente.

1.5 Factibilidad de la investigación

Este trabajo cuenta con el visto bueno por parte de la jefatura y la coordinación de la unidad hospitalaria. El servicio de Obstetricia reconoce la importancia de disminuir la morbimortalidad materno perinatal de las mujeres adolescentes embarazadas y su neonato atendidas en el Hospital de Apoyo Pichanaki.

Se cuenta con acceso a las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacional:

Panduro G. y col. (10) En su trabajo de investigación: Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales 2010-2011. Estableció como **objetivos:** determinar las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes. **La metodología:** estudio de casos y controles, La población a investigar fueron dos grupos de pacientes. El grupo A: 550 puérperas adolescentes menor de 18 años que tuvieron un embarazo mayor a 27 semanas; el grupo B control: lo conformaron 550 puérperas de 20-30 años. se desarrolló en el Hospital I Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, del 1 de julio del 2010 al 31 de diciembre del 2011. Los datos se obtuvieron por encuesta directa y se analizaron con las pruebas estadísticas y razón de momios. **Los resultados,** en cuanto a complicaciones durante el embarazo, en el grupo A: 128 tuvieron amenaza de aborto (23,3%),124 rotura prematura de membrana (22,5%),107 amenaza de parto pre termino (19,5%), 43 pacientes hipertensión (7,8%),21 diabetes (3,8%),7 desprendimiento de placenta normo inserta (1,3%), 10 placenta previa (1,8%), 21 otras complicaciones (3,8%). Mientras que el grupo B: 141 tuvieron amenaza de aborto (31,1%), 75 rotura prematura de membranas (13,6%), 68 amenaza de parto pre termino (12,3%), 53 hipertensión (9,6%), 23 diabetes (4,2%),6 desprendimiento de placenta normo inserta (1,1%), 1 placenta previa (2,9%) y 28 otras complicaciones (5, 1%).El peso de los recién nacidos en el grupo a: peso normal fue de 69%, de bajo peso al nacer 20% y 10% con peso alto; el grupo B: 66% peso normal, 18 % peso bajo y 16% peso alto. Entre las complicaciones maternas: en el grupo A: 32 mujeres adolescentes tuvieron complicaciones; 25 desgarros perineales

(78,1%), 5 hemorragias obstétrica (15,6%) e histerectomía obstétrica 3 (10,7%). En el grupo B: 28 tuvieron complicaciones: desgarro o perineales 16 (57,1%), hemorragia obstétrica 9 (32,1%) e histerectomía obstétrica 3 (10,7%). En cuanto a complicaciones en recién nacidos en el grupo A: síndrome de dificultad respiratoria 46 (64,8%), muerte fetal 9 (12,7%), sepsis 6 (8,5%), malformaciones 5 (7,0%), oligohidramnios severo 3 (4,2%), polihidramnios 2 (2,8%). El grupo B: dificultad respiratoria 28 (56%), muerte fetal 6 (12%), oligohidramnios severo 6 (12%), malformaciones 6 (12%), sepsis 3 (6%) y fractura de clavícula 1 (2%). los resultados llevaron a **la conclusión:** el embarazo en la adolescente, tiene repercusiones materno perinatales la más frecuentes fueron: rotura prematura de membrana, amenaza de parto pre termino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, además es un problema sociocultural y económico, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones.

Auchter M. y col. (11) En su investigación: El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años. Experiencia en la ciudad de Corrientes 2001-2002. Estableció como **objetivos:** determinar la incidencia de la candidiasis vaginal en mujeres gestantes, de 20 a 35 años de edad, registrar el grupo de edad predominante de gestantes con candidiasis, así como establecer los síntomas más frecuentes. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo de casos y controles. Los casos son adolescentes mujeres, menores de 19 años, que han ingresado al Servicio de Tocoginecología del Hospital "J. R. Vidal" por trabajo de parto y parto, y que se encuentran cursando las primeras 24 a 48 horas. del puerperio. Los controles son mujeres de 19 años y más, que al igual que las anteriores, han ingresado a la misma institución por trabajo de parto y parto, y se hallan cursando el primer o segundo día de puerperio. Población fue de 360 adolescentes compuesta por un 25% de lo esperado como partos en adolescentes (180) y un número igual de controles no adolescentes (n 180). Los datos se obtuvieron por encuesta directa y se completa con la revisión de las historias clínicas. **Los resultados:** Patologías asociadas al embarazo - hipertensión arterial(HTA), amenaza de parto prematuro(APP), desprendimiento prematuro de placenta(DPP), rotura

prematura de membranas (RPM), retardo de crecimiento intrauterino(RCIU) - se observaron en el 50% de los casos y en el 33% de los controles. En cuanto al Apgar de los recién nacidos (RN) al minuto de vida, se constataron valores inferiores a 7 en el 24% de los casos, que disminuyó a 14% en los controles. La prematuridad -37 semanas de gestación y menos - fue más alta en los controles (46%) con respecto a los casos (36%). Mientras que el bajo peso para edad gestacional (BPEG) y el peso insuficiente para edad gestacional (PIEG) fue más frecuente en los casos que en el grupo control: 10% de BPEG y 17% de PIEG en los casos y sólo 7% de PIEG en los controles. En ambos grupos hubo un 40% de RN con talla baja. En lo referido a la preparación para la maternidad - técnica de amamantamiento, curación de cordón umbilical, baño del niño, cambio de pañales y controles médicos del RN - se observó positivamente en el 70% de los casos y en el 85% de los controles. La **conclusión** El embarazo insuficientemente controlado, dato más frecuente en las madres adolescentes, guardó relación con mayor incidencia en este grupo de patologías de la gestación, muchas sin diagnóstico oportuno, y de precaria. Preparación psicofísica para el parto, que se evidenció en un mayor número de RN deprimidos al comparar con el grupo control. Sin bien la ganancia de peso durante la gestación fue más apropiada en el grupo de adolescentes con respecto a los controles, esto no se reflejó en mayor proporción de RN con peso adecuado; se constató que algo más de una cuarta parte de los RN hijos de adolescentes, presentaban BPEG o PIEG, situación que no se observó en los RN de mujeres de más edad. Hubo importante cantidad de NR prematuros en ambos grupos, con porcentaje más elevado en los controles que en los casos; pero analizando los datos, se detectó que en los controles el tiempo de gestación oscilaba entre 36 y 37 semanas, mientras que en las madres adolescentes los RN fueron más prematuros, entre las 33 y 36 semanas.

Nacional:

Huanco D. y col. (12) En su investigación denominada: Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. El

objetivo fue: Conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú.

Materiales y métodos: Estudio analítico de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años) y sus recién nacidos. Los casos fueron 17.965 adolescentes de 10 a 19 años, y los controles 49.014 adultas de 20 a 29 años. Se analizaron las variables desde la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Para el análisis se usó frecuencias y Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza.

Resultados: el análisis de riesgos maternos entre adolescentes y adultas. Las adolescentes tienen una asociación significativa con control prenatal inadecuado y tardío, morbilidad durante el embarazo, parto o puerperio; enfermedad hipertensiva del embarazo, infección del tracto urinario, anemia e infección puerperal. perinatal entre adolescentes y adultas. Los riesgos perinatales en adolescentes fueron: bajo peso al nacer, prematuridad, desnutrición fetal, depresión al minuto de nacimiento, morbilidad neonatal, traumatismo al nacer y mortalidad neonatal. **Conclusión:** Las madres adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, se caracterizan por presentar condiciones socio-económicas y nutricionales desfavorables, condicionando mayor morbilidad materna y morbi-mortalidad neonatal; por lo tanto, en el Perú el embarazo adolescente se debe considerar como un grupo de alto riesgo materno-perinatal.

García G. y col. (13) En su tesis de grado titulado: Efectos maternos y perinatales en el embarazo adolescente de la Región Tumbes. Estableció como objetivos: determinar los efectos maternos y perinatales en el embarazo adolescente en la Región Tumbes. **La metodología:** estudio descriptivo, comparativo de corte transversal y muestreo no probabilístico. La población estuvo definida por un grupo de 646 gestantes entre 10 y 19 años y un grupo control de 950 entre 20 y 35 años. A partir de un cuestionario estructurado de acuerdo al propósito del estudio se recogió información de registros estadísticos e historias clínicas a cerca de la evolución y resultados maternos y perinatales, realizando el análisis a través de estadística descriptiva e inferencial. **Los resultados**

fueron Las complicaciones maternas más frecuentes en las adolescentes fueron: el aborto 66 (34%), la infección del tracto urinario 53 (27%), amenaza de aborto 27 (14%), RPM 12(6%), anemia 2 (1%), trabajo parto prolongado 17 (22%) y expulsivo prolongado 13 (17%), SFA 24 (31%). En relación al grupo control: aborto 50 (30%), la infección del tracto urinario 32 (19%), amenaza de aborto 15 (9%), RPM 16(10%), anemia 5 (3%), trabajo parto prolongado 22 (17%) y expulsivo prolongado 18 (24%), SFA 32 (42%). Las principales complicaciones de los recién nacidos en los adolescentes: bajo peso al nacer 96(17%), grande para la edad gestacional 5 (1%), sepsis 7 (11%), síndrome de distres respiratorio 26 (41%), enfermedad de membrana hialina 27 (42%). En relación al grupo control: bajo peso al nacer 96(17%), grande para la edad gestacional 84 (9%), sepsis 102 (11%), síndrome de distres respiratorio 11 (17%), enfermedad de membrana hialina 26 (39%). los resultados llevaron a la conclusión: La morbilidad en adolescentes durante el Embarazo está representada por aborto, ITU y EHE, resultando no significativos. Sin embargo las complicaciones durante el trabajo de parto y parto son significativamente relevantes en el grupo estudiado (39%), y el factor relevante ha sido el trabajo de parto prolongado en el 22% de los casos, La prematurez también es frecuente en adolescentes (40%), los recién nacidos que pesan menos de 2500 gr al nacer son los más afectados y representan un mayor porcentaje en el grupo de estudio (17%).La mortalidad perinatal temprana es mayor en el grupo control, Por otro lado, la enfermedad de la membrana hialina, el síndrome de dificultad respiratoria y la Sepsis, son entre otras las causas más importantes de muerte neonatal precoz en adolescentes.

Peña A. (14) En su investigación titulada: Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Estableció como **objetivos:** Determinar la asociación entre el embarazo en la adolescencia y sus repercusiones adversas en la madre y su recién nacido. **La metodología** Se realizó un estudio de cohorte no concurrente en el Hospital Regional de Huacho

(Huacho, Gobierno Regional de Lima), 2005: El grupo de expuestos estuvo conformado por las gestantes adolescentes, de 10 a 19 años de edad al momento del parto; en el grupo de no expuestos se consideró a las gestantes de 20 a 34 años, la recolección de datos se obtuvo. El cálculo de la muestra del estudio se realizó mediante el uso del Sistema Informático Perinatal (SIP) mediante el programa Epidat 3.1 para Windows, calculando un tamaño muestral de 308 y 924 sujetos para los grupos de expuestos y no expuestos, respectivamente, ajustado a la prueba de chi cuadrado, con corrección de Yates. **Los resultados** fueron, En el grupo de expuestos, se obtuvo una edad media de 17,5 años \pm 1,5, mientras que en el grupo de no expuestos se observó una media de 25,5 años \pm 4,0. En cuanto a complicaciones durante el embarazo, en el grupo expuesto: 107 infecciones urinarias (34,2%), 76 anemia (24,3%), 6 preeclampsia (1,9 %), 5 desproporción feto pélvica (1,6 %), 0 RCIU (00%). Mientras que el grupo no expuesto: 300 infecciones urinarias (31,9%), 258 anemia (27,4 %), 23 preeclampsia (2,4 %), 15 desproporción feto pélvica (1,6 %), 1 RCIU (0, 11%). Las principales complicaciones de los recién nacidos en el grupo expuesto fue bajo peso 25 (8,0%) muy bajo al nacer 4 (1,3%), puntaje Ápgar bajo (1-6) al primer minuto 29 y quinto minuto Ápgar bajo 2, síndrome aspirativo 6, hiperbilirrubinemia 22, enfermedad de membranas hialinas 2. Mientras que el grupo no expuesto: bajo peso 41 (4.3%) muy bajo al nacer 2 (0,2%), puntaje Ápgar bajo (1-6) al primer minuto 48 (5,1 %) y quinto minuto Ápgar bajo 8 (0,9%), síndrome aspirativo 2 (0,2 %), hiperbilirrubinemia 75 (8,0 %), enfermedad de membranas hialinas 1 (0,1 %). los resultados llevaron a **la conclusión:** El embarazo adolescente es un problema vigente de la salud pública asociada con patologías del embarazo, como la eclampsia, anemia crónica, desproporción céfalo-pélvica, peso bajo al nacer , restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, malformaciones congénitas ; y, visto desde un plano social, se acompaña a una mayor exposición de los hijos al maltrato físico, por la inmadurez de los padres , así como de estados de depresión y problemas mentales.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Adolescencia

La OMS define como adolescencia al periodo comprendido entre los 10 -19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognitivos; se considera la etapa de transición de la niñez a la juventud, vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica. (15)

Por los matices según las diferentes edades, la adolescencia se divide en tres etapas:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (15)

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (15)

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una

perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (15) Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes. (16)

2.2.2. Factores de Riesgo del embarazo

2.2.2.1. Aborto

Definición: Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. (17)

Etiología:

- Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- Deficiencia hormonal.
- Enfermedades intercurrentes.

Factores de riesgo asociados:

- Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- Multiparidad.
- Antecedente de aborto previo.
- Patología uterina que compromete su cavidad.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- Malas condiciones socio-económicas (desnutrición).
- Violencia familiar.

- Intoxicaciones ambientales.
- Factores hereditarios (17)

Tipos de aborto

Aborto espontaneo:

- **Amenaza de aborto:** el diagnóstico clínico de amenaza de aborto se sospecha ante la presencia de secreción vaginal hemática o hemorragia vaginal a través del orificio cervical cerrado durante las primeras 22 semanas del embarazo, puede haber cólicos rítmicos en la línea media, lumbalgia persistente con compresión pélvica o un dolor sordo supra púbico.
- **Aborto inevitable:** durante el primer trimestre las roturas de membranas acompañado de dilatación cervical casi siempre van seguidas de contracciones uterinas o infección, en caso de hemorragia, cólicos el aborto se considera inevitable.
- **Aborto completo:** Es la eliminación total del producto de la concepción, a menudo se describen hemorragia escasa, durante la exploración física orificio cervical cerrado.
- **Aborto incompleto:** es la eliminación parcial de producto de la concepción, con presencia de hemorragia abundante, dolor supra púbico, durante la exploración física orificio cervical abierto
- **Aborto diferido:** también llamado aborto fallido y retenido. Se utiliza para referirse a aquellos productos muertos de la concepción retenidos durante varios días, semanas incluso meses dentro del útero con un orificio cervical cerrado.
- **Aborto séptico:** Complicación infecciosa grave del aborto. El 1 - 2% de las mujeres con aborto incompleto o diferido padece una infección pélvica y síndrome de septicemia

Aborto recurrente: es el fracaso de dos o más embarazos clínicos confirmados por medio de ecografía o examen histológico. Después de tres abortos ciertamente se requiere de una valoración minuciosa y el tratamiento. Las causas para el aborto recurrente son: anomalías

cromosómicas, síndrome de cuerpo antifosfolipidico y subgrupos de anomalías uterinas.

Aborto inducido: describe la interrupción quirúrgica o medica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad. (18)

Manejo del aborto en Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II2)

Aborto incompleto.

- Hospitalización.
- Instalar vía EV segura con ClNa 9%0.
- Solicitar: Ecografía, Hemograma, (hemoglobina o hematocrito), Grupo sanguíneo y factor Rh, Examen de orina, RPR o VDRL.VIH
- Procedimiento: Si el tamaño uterino es menor de 12 cm: Legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino. Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm: y el cuello uterino está abierto, existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, procurar la expulsión de restos con infusión oxitócica 30 UI en 500 cc de ClNa 9%0. Luego realizar legrado uterino. En el caso que el cuello uterino está cerrado y no existen contracciones uterinas y la metrorragia no es abundante, madurar el cuello con prostaglandinas: 200 microgramos de Misoprostol en el fondo de saco vaginal cada 6 horas, máximo 4 dosis. Luego realizar legrado uterino contando con una vía endovenosa segura. Si la metrorragia es abundante, colocar una vía segura con oxitocina y evacuar el contenido uterino inmediatamente.

Aborto retenido

- Hospitalizar.
- Solicitar: Ecografía para evaluar viabilidad fetal, Perfil de coagulación: fibrinógeno, recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, Hemograma (hemoglobina o hematocrito), Grupo y factor sanguíneo, Sedimento de orina, RPR o VDRL, Prueba de Elisa VIH o prueba rápida

- Procedimiento: Si el cuello uterino es permeable realizar legrado uterino previa dilatación y si el cuello uterino no es permeable, madurar con prostaglandinas (Misoprostol), luego realizar legrado uterino. Si existen alteraciones en las pruebas de coagulación someter a legrado inmediatamente, con transfusión simultánea de componentes sanguíneos necesarios o sangre total fresca.

Aborto séptico: Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos según el estadio clínico. (17)

2.2.2.2. Trastornos hipertensivos del embarazo

Etiología: La etiología de la hipertensión inducida por el embarazo es desconocida.

Fisiopatología: existen Múltiples teorías, actualmente es desconocida. El sustrato es la vasoconstricción generalizada.

Factores de riesgo:

- Primigesta: Es 6-8 veces más frecuente en nulíparas que en multíparas.
- Edad: la preeclampsia es más frecuente en embarazadas menores de 21 años y mayores de 35 años.
- Herencia. Está ligada a un gen autosómico recesivo o dominante con penetrancia incompleta.
- Embarazo gemelar.
- Obesidad
- Diabetes
- Antecedentes de preeclampsia.

Clasificación de los trastornos hipertensivos

Hipertensión gestacional:

El diagnóstico de hipertensión gestacional se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90 mmHg o más por primera vez después de la mitad del embarazo, pero en quienes no se presenta

proteinuria. Su curso es relativamente benigno y la presión sanguínea se normaliza después del parto.

Síndrome de Preeclampsia y eclampsia

preeclampsia: se describe como un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todo el sistema orgánico produciendo daño a nivel del tejido endotelial, se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación.

Preeclampsia leve: Presencia de presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg o incremento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, e incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal, Proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico).

Preeclampsia severa: presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características: Cefalea, escotomas, reflejos aumentados, oliguria; Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg o incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o incremento de la Presión diastólica en 30 mmHg o más (en relación a la basal); Proteinuria igual o mayor de 5 gr/lit. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico); Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar. Disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis.

Eclampsia: En una mujer con preeclampsia, las convulsiones no pueden atribuirse a otras causas conocidas como la eclampsia, las crisis convulsivas son generalizadas y pueden aparecer antes, durante, después del trabajo de parto

Síndrome HELLP: esta complicación de la preeclampsia describe a pacientes que además de su hipertensión arterial y proteinuria presentan anemia hemolítica, recuento bajo de plaquetas, enzimas hepáticas elevadas.

Hipertensión crónica de alguna causa:

Cuadro clínico:

- Hipertensión (140/90 mmHg o más) que precede al embarazo
- Hipertensión (140/90 mmHg o más) detectada antes de las 20 semanas de gestación. Hipertensión persistente mucho después del embarazo, hasta 12 semanas postparto.

Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada: Sin importar la causa, cualquier trastorno hipertensivo crónico predispone a la paciente a padecer preeclampsia agregada. La hipertensión crónica subyacente se diagnostica en mujeres con presión arterial documentada mayor igual a 140/ 90 mmHg antes del embarazo o de la semana 20 de gestación. (18)

MANEJO SEGÚN Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Preeclampsia leve

- Control materno: Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
- Exámenes de laboratorio: Perfil renal: Urea y creatinina, Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría, Perfil hepático: TGO, TGP, billirrubinas totales y fraccionadas y LDH
- Control fetal: Autocontrol materno de movimientos fetales diario, Test no estresante cada 48 horas, Ecografía con perfil biofísico semanal
- Considerar hospitalización: Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio. si vive lejos, considerar la casa de espera.

- Control en hospitalización: Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte, Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.
- Evaluar edad gestacional y condiciones maternas para terminar el embarazo por la mejor vía.

Preeclampsia severa.

- Colocar dos vías endovenosas seguras: Una con ClNa 9‰ a 40 gotas por minuto, otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.
- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.
- Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 horas vía oral, Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg con relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/100 mmHg administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50mg en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100 mmHg.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros por minuto.
- Control de funciones vitales.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.
- Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.

- Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea. • Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones.

Eclampsia: Las siguientes medidas se deben adoptar tan pronto se produzca la crisis convulsiva, todo en forma simultánea:

- Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Realizar consentimiento informado a los familiares de las intervenciones a realizar y sus posibles complicaciones.
- Paciente en decúbito lateral izquierdo.
- Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de mayo, intubación orofaríngea, traqueotomía).
- Control de la ventilación – oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsometría continua), oxígeno en concentración suficiente para controlar la hipoxemia.
- Asegurar la permeabilidad de vía endovenosa.
- Monitorización hemodinámica estricta: Diuresis horaria estricta, Control de PVC.
- Valoración de las posibles alteraciones funcionales: Función hepática: TGO, TGP. Función renal: Creatinina, ácido úrico, sedimento de orina, Perfil de coagulación: Recuento de plaquetas, Tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno. (17)

2.2.2.3. Parto prematuro

Definición: Se denomina parto prematuro o parto pre término al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

Etiología: Se han descritos diferentes mecanismos de inicio de parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al

mismo como para utilizarlos como un marcador seguro. esta diversidad de factores encontrados hace que se hable de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro.

- Bacteriuria asintomática
- Infección urinaria
- Infección ovular fetal
- Vaginosis
- Insuficiente ganancia de peso materno
- Trabajo con esfuerzo físico
- Estrés psicossocial
- Incompetencia istmicocervical ya acortamiento del cuello uterino
- Hidramnios
- Embarazo múltiple
- Malformaciones y miomas uterocervicales.
- Hemorragias del primer y segundo trimestre.

Diagnostico precoz de la amenaza de parto prematuro

Se basa principalmente en tres elementos:

- **Edad del embarazo:** oscila entre las 22-36 semanas de gestación y debe correlacionarse con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen dicha edad gestacional.
- **Las contracciones uterinas:** se caracteriza por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa. Su frecuencia deberá exceder los valores normales para la edad del embarazo.
- **Cuello uterino:** se debe apreciar se debe apreciar modificaciones con relación al último examen vaginal. Los principales signos a tener en cuenta son el borramiento, la dilatación y la posición del cuello uterino, así como el apoyo de la presentación sobre el mismo y el estado de las membranas ovulares.

Tratamiento de la amenaza de parto prematuro.

El enfoque terapéutico se basa en fármacos uteroinhibidores y otros inductores de la madurez pulmonar.

Agentes tocolíticos: (inhibidores de la contractibilidad uterina). Con el propósito de detener el parto prematuro,

- Betamiméticos; por vía intravenosa logran la máxima potencia con rápida instalación del efecto, en un lapso que oscila entre 5-20 minutos
- Antiprostaglandinas: su uso es opcional y solo para gestación menores de 32 semanas. La indometacina 100mg/ día x 3 días, reduce significativamente la contracción uterina y la frecuencia de parto prematuro.
- Bloqueantes del calcio:
- Antagonista de la oxitocina: atosiban

Maduración pulmonar fetal: la administración de betametasona a la madre (12 mg IM/ día durante dos días) reduce significativamente la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido pretermino. (19)

2.2.2.4. Infecciones puerperales.

Dentro de las complicaciones infecciosas se encuentran la endometritis, la infección urinaria y mastitis, son las causas más frecuentes de fiebre durante el puerperio, la endometritis, ocurre más comúnmente después de la cesárea que después del parto vaginal.

Endometritis puerperal.

El 70% de los pacientes con infección puerperal tienen endometritis. Al tercer o cuarto día del posparto aparecen fiebre, taquicardia, dolor de tipo hipogástrico los cuales aumentan con la palpación y malestar general. Los loquios se vuelven fétidos. Las infecciones endometriales se pueden determinar hacia las trompas y los parametrios y peritoneo pélvico, dando origen a piosalpinx, abscesos pélvicos y pelviperitonitis.

Definición: Invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina luego del parto, comprendiendo la decidua, con posibilidad de invadir la capa muscular. La infección puede favorecerse si existe retención de restos placentarios. Se caracteriza por presentar fiebre mayor de 38 °C, pasadas las 48 horas del parto, en dos controles cada 6 horas

Etiología: En la infección puerperal causada por estreptococos b-hemolíticos los loquios pueden ser escasos e indoloros, pero se disemina rápidamente a través de los linfáticos produciendo bacteriemia y gran toxicidad.

Factores de riesgo asociados:

- Anemia.
- Estado nutricional deficitario.
- RPM.
- Corioamnionitis previas.
- Parto domiciliario.
- Trabajo de parto prolongado.
- Múltiples tactos vaginales.
- Parto traumático.
- Retención de restos placentarios.
- Cesárea en condiciones de riesgo.

Cuadro clínico: Los signos clínicos más notables está el dolor hipogástrico de aparición temprana con fiebre súbita alta y malestar general, escalofríos, dolor uterino intenso a la palpación, sub involución uterina, dolor a la movilización del cuello uterino, útero sensible, loquios purulentos y malolientes.. Entre las complicaciones de aparición tardía de la peritonitis pélvica se incluye la tromboflebitis pélvica, la formación de absceso tuboovaricos.

Diagnóstico: Se basa fundamentalmente en el cuadro clínico, ya que la pesquisa bacteriológica es difícil y de bajo rendimiento. (20)

Manejo según establecimientos con funciones obstétricas y neonatales esenciales: FONE (categorías II-1, II-2)

- Hospitalizar a la paciente en Unidad de Cuidados Intermedios, (UCI).
- Solicitar exámenes de laboratorio y ecografía.
- Continuar terapia antibiótica:
 - Ampicilina 1gr EV c/6 horas, más Gentamicina 5 mg/Kg de peso corporal cada 24 horas.

Otra alternativa:

- Ceftriaxona 1 gr EV cada 8 horas, más,
 - Amikacina 500 mg EV cada 12 horas, más,
 - Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.
- El tratamiento parenteral continuará hasta que la puérpera esté asintomática durante 48 horas. Luego se suspenden los antibióticos.
 - Proceder a realizar LU si el caso lo amerita.
 - Si la fiebre persiste hasta 72 horas a pesar del tratamiento adecuado, debe sospecharse en tromboflebitis pélvica, un absceso pélvico, fiebre farmacológica o fiebre por otras causas.
 - Manejo interdisciplinario.
 - Tratamiento quirúrgico si fracasan las medidas anteriores antibioticoterapia, legrado uterino.

Complicaciones

- Pelvi peritonitis.
- Shock séptico.

Mastitis puerperal.

Es la segunda causa de infección en el puerperio. El 15% de las pacientes pueden presentar grados variables de inflamación de las glándulas mamarias. Ocurre frecuentemente en pacientes primíparas que nulíparas que lactan y generalmente es causado por estafilococo áureas coagulasa positivo. Inflamación de las mamas aparecen el cuarto o quinto día post parto.

Etiología: El microorganismo que se aísla con mayor frecuencia es por estafilococo aureus coagulasa positivo, en especial la cepa resistente a la meticilina. el origen inmediato que causa mastitis es siempre la nariz o la garganta del recién nacido. Las bacterias penetran a través del pezón en el sitio de una fisura o abrasión pequeña. Los microorganismos casi siempre se cultivan en la leche

Cuadro clínico: El síntoma de comienzo suele ser escalofríos. La hipertermia alcanza en seguida los 38-39 °c y se acompaña de taquicardia. La mama se observa rosada en una extensión variable no palidece a la presión, que a su vez, despierta dolor. no hay edema ni infarto mamario: es la fase de linfangitis superficial, puede evolucionar hacia la curación entre las 24-48 horas, o bien profundizarse en el tejido celular y producir mastitis intersticial. Esta mastitis intersticial se instala la mayoría de las veces entre la segunda y tercera semana del puerperio con escalofríos, fiebre y marcada red epidérmica. (19)

Tratamiento: Siempre y cuando el tratamiento adecuado contra la mastitis se instituya antes de la supuración, la infección se resuelve en 48 horas. La mayoría de los especialistas recomienda exprimir la leche de la mama enferma en un hisopo para someterla a cultivo antes de empezar el tratamiento. El antibiótico de elección inicial dicloxacilina en forma empírica, en dosis de 500 mg por vía oral cada seis horas. En las mujeres que son alérgicas a penicilina se administra eritromicina. Si la infección es causada por estafilococos productor de penicilina, o si se sospecha de un microorganismo resistente mientras se espera el resultado, se aplica vancomicina o algún otro antibiótico anti MRSA. Si bien la respuesta clínica puede ser inmediata. el tratamiento se prolonga entre 10-14 días. (19)

2.2.2.5. Infección del tracto urinario embarazo.

Las infecciones del tracto urinario (ITU), son quizás las complicaciones médicas que más frecuentemente aparecen durante

la gestación y que además pueden tener una repercusión importante tanto para la madre como para la evolución del embarazo.

Etiología: En general los gérmenes causantes de infecciones del tracto urinario durante la gestación son los mismos que fuera del embarazo:

- Bacilos gramnegativos: fundamentalmente *Escherichia coli* (85% de los casos). Otros bacilos gram negativos como *Klebsiella spp*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter spp*, *Serratia spp* y *Pseudomonas spp*. son más frecuentes en las ITU complicadas y en pacientes hospitalizadas.
- Cocos grampositivos: *Streptococcus agalactiae*.

Factores de riesgo: Constituyen factores de riesgo para desarrollar una infección urinaria en la gestación los siguientes factores:

- Bacteriúria asintomática
- Historia de ITU de repetición
- Litiasis renal
- Malformaciones uroginecológicas
- Reflujo vesico-ureteral
- Insuficiencia renal
- Diabetes mellitus
- Enfermedades neurológicas (vaciado incompleto, vejiga neurógena)
- Anemia de células falciformes
- Infección por *Chlamydia trachomatis*
- Multiparidad
- Nivel socioeconómico bajo.

Las formas clínicas y frecuencia de presentación de ITU durante el embarazo son las siguientes:

- Bacteriuria asintomática: 2-11%
- Cistitis: 1,5%
- Pielonefritis aguda: 1-2%

Bacteriuria Asintomática: Es la presencia de bacterias en la orina de la embarazada en ausencia de síntomas clínicos.

El diagnóstico se establece mediante un urocultivo que demostrará la presencia de > 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC) por ml (bacteriuria significativa) de un único germen uropatógeno (en general, Escherichia coli) en una paciente sin clínica urinaria.

Tratamiento: Normalmente se dispone de antibiograma. Utilizar el antibiótico de espectro más reducido (fosfomicina < amoxicilina < cefuroxima < amoxicilina-clavulánico):

- Fosfomicina trometamol 3 g vo (dosis única)
- Amoxicilina 500 mg/8 h vo x 4-7 días
- Cefuroxima 250 mg/12 h vo x 4-7 días ó
- Amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 h vo x 4-7 días

En caso de alergia a betalactámicos:

- Fosfomicina trometamol 3 g vo (dosis única)
- Nitrofurantoína 50-100 mg/6 h vo x 4-7 días.

Cistitis y síndrome uretral

La cistitis en el embarazo se considera una ITU primaria pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa.

Cuadro clínico: Se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria, micción urgente (síndrome miccional), acompañado a menudo de dolor suprapúbico, orina maloliente y en ocasiones hematuria. No existe clínica de infección del tracto superior.

Examen de laboratorio

En una paciente con cistitis, el análisis de orina suele demostrar:

- Sedimento: piuria (en general > 3 leucocitos por campo de 40 aumentos).
- Urocultivo positivo (> 100.000 UFC/ml).

Cistitis asociada a dolor lumbar, signos sistémicos de infección y fiebre indican siempre afectación renal.

El diagnóstico: microbiológico del síndrome uretral requiere orina sin contaminación (lo que puede necesitar sondaje o punción suprapúbica) y usar métodos especiales de cultivo.

Tratamiento: El tratamiento suele iniciarse de forma empírica porque generalmente no se dispone de antibiograma

Empírico

- Fosfomicina trometamol 3 g vo (dosis única *)
- Cefuroxima 250 mg/12 h vo x 7 días

Si antibiograma disponible

- Fosfomicina trometamol 3 g vo (dosis única*)
- Amoxicilina 500 mg/8 h vo x 7 días
- Cefuroxima 250 mg/12 h vo x 7 días ó
- Amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 h vo x 7 días

Pielonefritis aguda

Es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, que suele presentarse en el último trimestre y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada previamente o no tratada correctamente y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente.

Cuadro clínico: incluye aparte de sintomatología de cistitis, alteración del estado general, fiebre, sudoración, escalofríos y dolor lumbar intenso y constante. La exploración física suele ser muy demostrativa: la puñopercusión lumbar homolateral suele exacerbar el dolor de manera intensa lo que contrasta con la normalidad de la zona contralateral con > 100.000 UFC/ml en orina. En el sedimento encontraremos leucocituria y pueden aparecer también cilindros leucocitarios, proteinuria y hematíes.

El tratamiento de la pielonefritis requiere hospitalización de la paciente y las medidas a tomar son las siguientes:

En gestante:

- Primera elección: Ceftriaxona 1 g/24 h ev

- Alergia a betalactámicos: Gentamicina 80 mg/8 h ev.

En puérpera:

- Primera elección: Ceftriaxona 1 g/24 h ev + ampicilina 1 g/6 h ev (se debe cubrir también el Enterococo faecalis)
- Alergia a betalactámicos: Gentamicina 240 mg/24 h ev. (21)

2.2.2.6. Anemia y embarazo

La OMS define a la anemia durante el embarazo, cuando la hemoglobina (Hb) está por debajo de 11 durante 1-12 y 29 -40 semanas (primer trimestre y tercer trimestre); 10.5 en las semanas 13 - 28 (segundo trimestre) y 10.0 g/dl en el postparto. (22)

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados, La anemia en el embarazo se ha relacionado con la falta de aumento del volumen plasmático materno, con el consecuente menor riego sanguíneo y función placentaria inadecuada. importancia de una adecuada expansión del volumen plasmático parece estar relacionada con una disminución de la viscosidad de la sangre para una mejor irrigación placentaria.

La anemia aparece en hasta un tercio de las mujeres durante el tercer trimestre.

Las causas más comunes son

- Deficiencia de hierro: anemia ferropénica
- Deficiencia de ácido fólico: la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente.

Clasificación de la anemia según la severidad clínica

- Anemia severa: < 7,0 g/dL
- Anemia moderada 7,1 – 10,0 g/dL
- Anemia leve: 10,1 – 10,9 g/dL

Manifestaciones clínicas: Los síntomas que presentan son:

- Disnea
- Astenia
- Taquicardia
- Palidez
- Alteraciones de pulso

Métodos de diagnóstico: El diagnóstico clínico de la anemia se va establecer inmediatamente de la elaboración de una minuciosa anamnesis, examen físico, síntomas, signos, valores hemáticos: Hemoglobina y Hematocrito y biometría hemática.

Complicaciones maternas y Perinatales. Estudios clínicos revelaron que la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal y perinatal, aborto, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductuales. (23)

2.2.3. Factores de riesgo perinatales

2.2.3.1. Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer (BPN menor de 2500 g) es uno de los indicadores más importantes para vigilar los progresos en salud materna perinatal e infantil. Refleja la capacidad de reproducción de a la madre y posibilita el pronóstico de sobrevida y desarrollo del recién nacido. El bajo peso al nacer es también un indicador social porque se asocia con la pobreza, la desnutrición y la falta de educación de la mujer y su medio en la etapa preconcepcional.

Epidemiología: Los niños pequeños para su edad gestacional representan un 3-5% de la población³⁻⁸. El grupo más numeroso dentro de ellos es el que sólo se ve afectada la talla (2,4%), 1,6% son los que tienen afectado únicamente el peso y el 1,5% es el grupo de peso y talla bajos.

Etiología: El aporte de nutrientes en el feto depende entre otros del estado nutricional y salud de la madre, del desarrollo de la placenta y del flujo fetoplacentario

Causas Fetales:

- Cromosomopatías: Trisomía 13, 18, 21, Sd. Turner, deleciones autonómicas, cromosomas en anillo.
- Anomalías congénitas: Sd. Potter, anormalidades cardíacas.
- Enfermedades genéticas: acondroplasia, Sd. Bloom.

Causas maternas:

- Enfermedades médicas: HTA, enfermedad renal, diabetes mellitus, enfermedad del colágeno, hipoxemia materna (enfermedad Cardíaca cianósante, anemia crónica, enfermedad pulmonar crónica).
- Infecciones: toxoplasma, rubéola, CMV, herpes virus, malaria, tripanosomiasis, VIH.
- Estado nutricional: peso bajo antes del embarazo, poca ganancia ponderal-desnutrición durante el embarazo.
- Abuso de sustancias-drogas: tabaco, alcohol, drogas ilegales, drogas terapéuticas (warfarina, anticonvulsivantes, antineoplásicos, antagonistas del ácido fólico).

Causas útero-placentarias:

- Alteraciones en la implantación placentaria: placenta baja, placenta previa.
- Alteraciones de la estructura placentaria: inserción anómala del cordón, arteria umbilical única, inserción velamentosa umbilical, placenta bilobular, hemangiomas, infartos o lesiones focales.

Evolución:

- Efectos en el periodo neonatal: La mortalidad perinatal es de 10-20 veces mayor que en los niños con un peso adecuado para su edad gestacional. La causa de esta morbimortalidad se debe principalmente a las consecuencias de la hipoxia y anomalías

congénitas. Presentan con mayor frecuencia policitemia, hiperbilirrubinemia e hipoglucemia.

- Efectos sobre el crecimiento: La mayoría de los PEG presentan el denominado crecimiento recuperador o “catch-up”, que se define como una velocidad de crecimiento mayor que la media para la edad cronológica y sexo durante un periodo definido de tiempo, después de una etapa de inhibición del crecimiento. Este fenómeno favorece que el niño alcance su canal de crecimiento determinado genéticamente. Esto implica que > 85% de los niños PEG adquieren este crecimiento en los dos primeros años de la vida (siendo más importante los primeros 2-6 meses)
- Efectos sobre el desarrollo neurológico y de la conducta:
- Efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado
- y sistema cardiovascular. (21)

2.2.3.2. Recién nacido prematuro

Definición: Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días.

Se clasifica de la siguiente manera:

- Prematuridad leve (34 – 36 semanas).
- Prematuridad moderada (30 – 33 semanas).
- Prematuridad extrema (26 – 29 semanas).
- Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas).

Factores de riesgo asociados a la prematuridad

- Desnutrición Materna.
- Anemia de la madre.
- Infecciones del tracto urinario.
- Infecciones maternas (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes simple, Sífilis: TORCHS).
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Ruptura prematura de membranas > 18 horas.
- Polihidramnios.

- Corioamnionitis.
- Intervalo intergenésico corto.
- Leiomiomatosis uterina.
- Útero bicórneo.
- Gestaciones previas pretérmino.
- Hemorragia del tercer trimestre.
- Anormalidades uterinas congénitas.
- Isoinmunización.
- Tabaquismo.
- Drogadicción.
- Edad materna: menor de 15 años y mayor de 35 años.
- Estado socioeconómico: Pobreza.
- Analfabetismo.
- Control prenatal inadecuado o ausente.
- Antecedente muerte fetal.

Diagnóstico: El diagnóstico de la edad gestacional se hará con el Método de Capurro y se corroborará a las 24 horas con el Método de Ballard.

Exámenes auxiliares

Se solicitarán los necesarios según el caso, de acuerdo a capacidad resolutive del establecimiento de salud:

- Hemograma, hemoglobina hematocrito, grupo sanguíneo y RH.
- Glucosa, calcio.
- Bilirrubina.
- Radiografía de tórax.

Manejo según en Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II2)

Medidas Generales

- **Termorregulación:** Antes del nacimiento, se debe asegurar que la temperatura de la sala de partos se encuentre sobre los 24°C. Los recién nacidos prematuros y sobre todo los de peso muy bajo son los que sufren serios problemas al no poder mantener su

temperatura corporal, debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular; por lo tanto, menor aislamiento térmico con respecto al recién nacido a término.

- Se puede mantener la temperatura del neonato prematuro o de bajo peso por medio de tres métodos: incubadoras; La temperatura varía según la edad gestacional, edad postnatal y peso.; Calor Local Para mantener temperatura corporal en 36.5 - 37 °C. Puede ser con estufa (no colocarla debajo de la cuna), o lámpara de cuello de ganso. No usar bolsa de agua caliente porque puede causar quemaduras y Método Canguro debe permanecer en contacto piel a piel con su madre, colocarlo entre los senos maternos, donde ella le pueda proporcionar calor y temperatura adecuada las 24 horas del día.
- **Control de funciones vitales:** Frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria tomadas al minuto según sea necesario (máximo cada 4 horas).
 - **Control diario de peso:** Se debe de pesar al niño diariamente para evaluar la tendencia de subida de peso y realizar los cálculos de sus necesidades energéticas y del equilibrio hidroelectrolítico.
 - **Prevenir hipoglicemia:** Mantener suministro de energéticos, asegurando una adecuada lactancia materna temprana y frecuente, monitorizar la glicemia con tiras reactivas en la primera y la tercera hora de vida y luego cada 4 horas hasta que haya pasado el periodo de riesgo (en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional y los hijos de madre diabética deben continuar al menos durante 24 horas)
 - **Oxigenoterapia:** Se suministrará según necesidad (cuadro clínico, saturación de O₂ y gases arteriales).

- **Alimentación:** debe ser exclusivamente con leche materna a libre demanda, de día y de noche.
- **Inmunizaciones:** de acuerdo a calendario nacional de vacunas. En el Recién Nacido de Bajo peso (menor de 2,000 gr) debe posponerse la aplicación hasta alcanzar su maduración.

Control obligatorio de hemoglobina y hematocrito, debe realizarse en las siguientes edades:

- 01 mes.
- 02 meses.
- 06 meses.
- 12 meses.
- 18 meses.

Administración de sulfato ferroso:

Se administrará sulfato ferroso en dosis terapéuticas cuando la concentración de Hemoglobina en relación a la edad post-natal sea;

- Primera semana de vida; Hb igual o menor de 13 gr/dl.
- Segunda a cuarta semana de vida; Hb menor a 10 gr/dl.
- Quinta a octava semanas de vida; Hb igual o menor a 8 gr/dl.

Dosis profiláctica:

- 2 – 3mg/Kg de peso por día, a partir de las 4 semanas de edad.

Complicaciones:

Problemas Inmediatos

- Termorregulación: hipotermia.
- Metabólicos: hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis metabólica e hiperglicemia.
- Respiratorios: enfermedad de membrana hialina, apnea recurrente, taquípnea transitoria, asfixia perinatal, broncoaspiración.
- Infecciosos: sepsis, meningitis.

- Neurológicos: hemorragia intracraneana, encefalopatía hipóxicaisquémica, leucomalacia periventricular.
- Cardiovasculares: hipotensión e hipovolemia, persistencia de ductus arterioso (PDA) persistencia de la circulación fetal (PCF).
- Hematológicos: anemia y hemorragias.
- Renales: hiponatremia, incapacidad para manejar exceso de líquidos.
- Nutricionales: inmadurez enzimática del tracto intestinal.
- Gastrointestinales: enterocolitis necrotizante (NEC).
- Ictericia: hiperbilirrubinemia.
- Malformaciones congénitas.
- Trauma al nacer.

Problemas mediatos

- Disfunción del sistema nervioso central (motora, visual, auditiva y parálisis cerebral).
- Displasia bronco pulmonar.
- Patrones de crecimiento alterado.
- Retinopatía del prematuro.
- Enfermedad metabólica ósea: osteopenia.
- Anemia. (24)

2.2.3.3. LESIONES DEL RECIÉN NACIDO

Las lesiones durante el nacimiento pueden complicar parto. Por consiguiente, aunque algunos tienen más probabilidad de relacionarse con el parto (traumatismos)

Prevalencia: La frecuencia global de traumatismos natal es de 20-26 por 1000 partos.

Lesiones craneales en el neonato:

Las lesiones traumáticas craneales que se relacionan con el parto o el alumbramiento pueden ser externas y evidentes; intracraneales y en algunos casos son encubiertos.

Hemorragia intracraneal: Casi todos los aspectos de la hemorragia intracraneal neonatal están relacionados con la edad gestacional. En concreto la mayor parte de la hemorragia en los recién nacidos prematuros se debe a la hipoxia e isquemia, en tanto en recién nacidos de término el trauma es la causa más frecuente.

Principales tipos de hemorragia craneal en el recién nacido:

- **Subdural:** traumatismo tentorial, laceración venosa que produce hematoma; dentro de los resultados clínicos es infrecuente pero potencialmente grave, el inicio de los síntomas es variable y depende de la expansión de hematoma, pero por lo general en menos de 24 horas, irritabilidad, letargia y compresión del tronco el encéfalo.
- subaracnoidea primaria
- intracerebelosa
- intraventricular

Hemorragia extracraneal: Estos derrames sanguíneos se acumulan fuera del cráneo y se clasifican como cefalohematoma o hemorragia subgaleal. Desde su porción más superficial hacia adentro, el cuero cabelludo consta de piel, tejido subcutáneo, aponeurosis epicraneal, espacio subgaleal y periostio del cráneo

- **los cefalohematomas** son hematomas subperiostio craneales. Se presentan por la fuerza de corte del parto y el alumbramiento que laceran las venas emisarias o diploicas. La hemorragia puede ser sobre uno o ambos huesos parietales, pero se puede apreciar bordes palpables a medida que la sangre llega a los límites del periostio. Estos hematomas se deben diferenciar del caput succedaneum (tumor del parto) un cefalohematoma puede no ser evidente hasta después del nacimiento. Después que se identifica a menudo aumenta más de tamaño y persiste durante semanas o incluso meses, y la hemorragia puede ser suficiente para causar anemia.

Fracturas en el neonato:

- **Fracturas claviculares:** son complicaciones frecuentes e inevitables de nacimiento normal
- **Fracturas humerales:** se asocia a partos difícil de hombros, partos cefálicos y de un brazo extendido en los partos de nalga.
- **Fracturas de fémur:** son relativamente infrecuentes y por lo general se relaciona con el parto de nalgas vaginal. (18)

2.2.3.4. APGAR en el recién nacido.

La puntuación de Apgar es una herramienta conveniente para notificar el estado del neonato y la respuesta a la reanimación. Ha sido utilizada inadecuadamente para predecir resultados neurológicos específicos en el recién nacido a término. Carecemos de datos válidos sobre el significado de la puntuación de Apgar en los neonatos pretérmino. La puntuación de Apgar posee limitaciones y no es adecuado utilizarla de forma aislada para establecer el diagnóstico de asfixia. La puntuación de Apgar asignada durante la reanimación no equivale a una puntuación asignada a un recién nacido que respira espontáneamente. Un impreso ampliado de la puntuación de Apgar explicaría las intervenciones de reanimación simultáneas y daría información para mejorar los sistemas de asistencia perinatal y neonata

Este sistema de puntuación ofreció una evaluación normalizada de los recién nacidos tras el parto. La puntuación de Apgar tiene 5 componentes: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, cada uno de ellos puntuado como 0, 1 o 2. Ahora se informa de la puntuación al cabo de 1 y 5 minutos del nacimiento. (25)

Con esta prueba se le evalúa:

- Frecuencia cardíaca
- Respiración

- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel

Sistema de puntuación de Apgar

Puntuación	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
Respiración	Ausente	Lenta, irregular, llanto débil	Buena; llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Cierta flexión de brazos y piernas	Movimiento activo
Reflejo*	Ausente	Mueca	Mueca y tos o estornudos
Color	Azulados o pálido	Cuerpo rosado; manos y pies azulados	Completamente rosado

La puntuación de Apgar sigue siendo una herramienta conveniente para informar del estado del neonato y de la respuesta a la reanimación. Ha sido utilizada inadecuadamente en los neonatos a término para predecir resultados neurológicos específicos. Dada la ausencia de datos válidos sobre el significado de la puntuación de Apgar en los recién nacidos pretérmino, en esta población no se debe utilizar la puntuación con otro objetivo que la evaluación realizada en la sala de partos

Puntuación de Ápgar y reanimación

La puntuación de Apgar a los 5 minutos, y especialmente el cambio de puntuación entre 1 y 5 minutos, constituye un útil índice de la respuesta a la reanimación. Si la puntuación de Apgar es inferior a 7 a los 5 minutos, las pautas del PRN indican que se debería repetir cada 5 minutos hasta los 20 minutos Sin embargo, la puntuación de Apgar asignada durante la reanimación no es equivalente a la otorgada a un recién nacido que respira espontáneamente. No existe norma aceptada para notificar la puntuación de Apgar en los neonatos sometidos a reanimación tras el parto, ya que muchos de los elementos que contribuyen a la puntuación están alterados por la reanimación. Se ha sugerido el concepto de una puntuación ayudara que tuviera en cuenta las intervenciones de reanimación, pero no se ha estudiado la fiabilidad de predicción. Para describir correctamente a estos recién nacidos y ofrecer una documentación y recogida de datos exacta proponemos un impreso de puntuación de Apgar ampliado.(25)

Predicción del resultado

Una puntuación baja de Apgar al minuto no se correlaciona, por sí sola, con el resultado futuro del recién nacido. Un análisis retrospectivo concluyó que la puntuación de Apgar a los 5 minutos seguía ofreciendo una predicción válida sobre la mortalidad neonatal, pero que su empleo para predecir el resultado a largo plazo era

inadecuado. Por otra parte, otro estudio indicó que las bajas puntuaciones de Apgar a los 5 minutos estaban asociadas con la muerte o la parálisis cerebral, y esta asociación aumentaba si ambas puntuaciones, a 1 y 5 minutos, eran bajas. En los recién nacidos a término, la puntuación de Apgar a los 5 minutos muestra mala correlación con los resultados neurológicos futuros. Por ejemplo, una puntuación de 0 a 3 a los 5 minutos se asoció con un ligero aumento del riesgo de parálisis cerebral, comparado con puntuaciones mayores. A la inversa, el 75% de los niños con parálisis cerebral tuvo puntuaciones normales a los 5 minutos. Además, la baja puntuación a los 5 minutos, combinada con otros marcadores de asfixia, puede identificar a los recién nacidos en riesgo de desarrollar convulsiones. El riesgo de mal resultado neurológico aumenta cuando la puntuación de Apgar es 3 o menos a los 10, 15 y 20 minutos. Una puntuación de Apgar de 7 a 10 a los 5 minutos se considera normal. Las puntuaciones de 4, 5 y 6 son intermedias y no constituyen marcadores de aumento del riesgo de disfunción neurológica. Estas puntuaciones pueden ser consecuencia de la inmadurez fisiológica, las medicaciones maternas, la presencia de malformaciones congénitas o de otros factores. Por estas otras circunstancias, la puntuación de Apgar aislada no puede ser considerada prueba ni consecuencia de asfixia. Al definir un episodio hipóxico-isquémico intraparto como causa de parálisis cerebral se deben considerar otros factores, como unos patrones no tranquilizadores en la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y anomalías en la gasometría de la arteria umbilical, la función cerebral clínica, los estudios de neuroimagen, la electroencefalografía neonatal, la anatomía patológica de la placenta, los estudios hematológicos y la disfunción orgánica multisistémica.

(25)

2.2.3.5. Morbilidad neonatal

La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; en Perú representa el 56%.

Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurre en países en vías de desarrollo.

Causas directas de la mortalidad neonatal en el mundo son:

- Neumonía (19%)
- Tétanos (14%)
- Malformaciones congénitas (11%)
- Prematurez (10%)
- Sepsis (10%) (26)

2.2.3.6. Mortalidad neonatal

Recién nacido o neonato: Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad. Se considera nacido vivo, cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.

Neonatal: Es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.

Muerte Neonatal Precoz: Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre entre el nacimiento y los primeros 7 días de vida

Muerte neonatal tardía: la que ocurre desde los siete hasta los 28 días completos de vida

Complicaciones Neonatales

- se considera complicaciones neonatales bajo vigilancia a las siguientes entidades nosológicas: i Asfixia del Nacimiento
- Dificultad Respiratoria Neonatal
- Sepsis Bacteriana del recién nacido : recién nacido que presenta:
 - a) Dos o más de los siguientes signos: Dificultad respiratoria, inestabilidad cardiopulmonar, ictericia, hiper o hipotermia, con o sin convulsiones, visceromegalia, cianosis y/o piel marmórea; Al menos una de los siguientes resultados de laboratorio: Recuento de leucocitos anormales, relación neutrófilos inmaduro/neutrófilos totales > 0,16 (en las primeras 24 horas), VSG aumentada, proteína C reactiva positiva y otros métodos de ayuda diagnóstica positivos como radiografía y/o trastornos gastrointestinales, vómito porráceo y/o íleo, y presenta ademásEstas son las complicaciones más frecuentes e importantes predictores de posterior mortalidad y discapacidad. (27)

2.2.4. Embarazo en adolescentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina como un embarazo adolescente a todos aquellos que ocurren por debajo de los 19 años de edad. La gestación en cualquier época de la vida se vuelve un paso importante en el desarrollo de las mujeres. Con frecuencia, suele ser parte de un sentimiento de autorrealización y crecimiento dentro de sus vidas. El embarazo suele generar una sensación de alegría, pero, por otra parte, si este no es planeado o se presenta en situaciones adversas simplemente se vuelve en una situación sumamente estresante. La manera en que una mujer responde a la gestación se relaciona muchas veces con sus experiencias previas de la niñez y la adolescencia, su mecanismo de adaptación, su personalidad, situación de vida y su círculo primario de apoyo. (15)

Factores predisponentes a un embarazo en adolescentes

- Menarquía temprana: otorga madurez reproductiva, presentando ovulación cuando aún no maneja las situaciones de posible riesgo en un embarazo.

- **Inicio precoz de relaciones sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- **Familia disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola
- **Bajo nivel educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- **Migraciones recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios.
- **Pensamientos mágicos:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán teniendo relaciones sexuales, porque no lo desean.
- **Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- **Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen mitos como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay la penetración del pene completamente.
- **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen

por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

- **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Consecuencias del embarazo tempranas en la adolescente

- Trastornos psicológicos
- Sentimientos de culpa.
- Deserción escolar y laboral.
- Abortos espontáneos.
- La mortalidad en los nacimientos de los hijos.
- Nacimiento de hijos prematuros.
- Abandono del padre del futuro hijo.
- Nacimiento de un hijo sin control
- No participar en las reuniones que protegen al neonato por factor tiempo. (28)

2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Adolescente. - Periodo comprendido entre los 10 -19 años de edad, que se caracteriza por cambios físicos, psicosociales y cognitivos; se considera la etapa de transición de la niñez a la juventud, vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica. (15)

Aborto. - Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. (17)

EHIE. - Proceso patológico que afectar a todos los sistemas orgánicos produciendo daño a nivel del tejido endotelial, se caracteriza por la aparición

de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación. (17)

ITU. - Son complicaciones médicas que más frecuentemente aparecen durante la gestación y que además pueden tener una repercusión importante tanto para la madre como para la evolución del embarazo. (17)

Anemia.-. Hematocrito inferior al 10%; y cuyos niveles de hemoglobina no alcanzan los 10 gramos por ciento. (17)

Infección puerperal. - Proceso que se da posterior al parto, en etapa del puerperio de las siendo las complicaciones infecciosas más frecuente la endometritis, la infección urinaria y mastitis. (19)

Bajo peso al nacer: Nacer Característica del recién nacido (vivo o muerto), que pesa al nacer menos de 2500 gramos independientemente de la edad gestacional. La medición se realiza al momento del nacer o dentro de las primeras 24 horas de vida del RN, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido. (21)

Ápgar. - Herramienta conveniente para notificar el estado del neonato y la respuesta a la reanimación. (25)

2.4. Identificación de Variables:

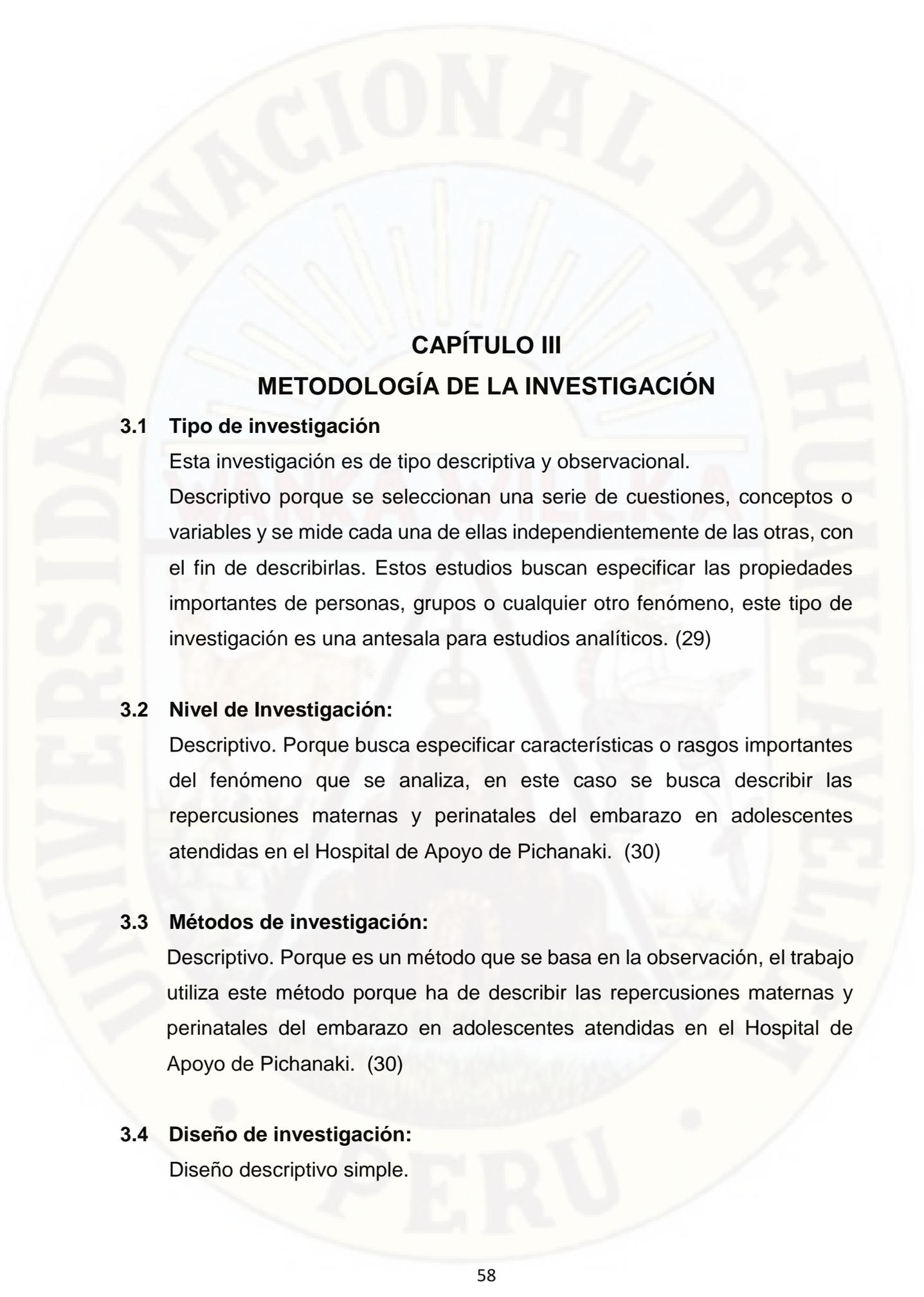
Se estudiará una sólo variable.

Variable de Investigación:

Repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes.

2.5. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICADOR	ESCALA
Repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en la salud materna y perinatal.	Efecto que se produce el embarazo en las adolescentes en la salud materna y perinatal.	Repercusiones maternas	Morbilidad materna.	<ul style="list-style-type: none"> - Aborto SI() NO() - EHIE SI() NO() - ITU SI() NO() - Anemia SI() NO() - Infección puerperal SI() NO() 	Nominal
		Repercusiones perinatales	Riesgo perinatal.	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso al nacer - Edad gestacional – pretermino - Apgar al minuto - Morbilidad neonatal - Traumatismo al nacer - Mortalidad neonatal 	Nominal



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptiva y observacional.

Descriptivo porque se seleccionan una serie de cuestiones, conceptos o variables y se mide cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno, este tipo de investigación es una antesala para estudios analíticos. (29)

3.2 Nivel de Investigación:

Descriptivo. Porque busca especificar características o rasgos importantes del fenómeno que se analiza, en este caso se busca describir las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki. (30)

3.3 Métodos de investigación:

Descriptivo. Porque es un método que se basa en la observación, el trabajo utiliza este método porque ha de describir las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki. (30)

3.4 Diseño de investigación:

Diseño descriptivo simple.

En este diseño, el investigador busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, existiendo una sola variable y una sola población:

M O

M: Gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018.

O: Repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes

3.5 Población, muestra y muestreo:

Población. - La población estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, los meses de enero a junio del 2018.

Muestra. - La muestra estuvo constituida por 120 gestantes adolescentes que presentaron alguna repercusión en su embarazo y atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki en el 2018.

3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica: La observación.

El instrumento: Ficha de observación o de recolección de datos.

3.7 Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos

Se solicitó permiso a la Dirección del Hospital de Apoyo de Pichanaki, para obtener la autorización que permita revisar las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Apoyo de Pichanaki de enero a junio del 2018.

Registro de información. Se utilizó la ficha de recolección de datos.

(Anexo 1).

Digitación. El proceso de digitación de los instrumentos de recolección de datos, por la investigadora, según requerimientos del paquete estadístico SPSS versión 22,0.

Archivo de documentos. El archivamiento de los datos fue informático, empleando el paquete estadístico SPSS versión 22,0.

Procedimiento De Recolección De Datos Y Diseño Estadístico

Los datos fueron procesados informáticamente, empleando el paquete estadístico IBM - SPSS versión 22,0.

Los gráficos se elaboraron haciendo usos del programa Excel.

The background of the page features a large, faint watermark of the seal of the University of Huancavelica. The seal is circular and contains a sunburst at the top, a central figure holding a staff, and a mountain range at the bottom. The text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA' is written around the top inner edge, and 'PERU' is at the bottom.

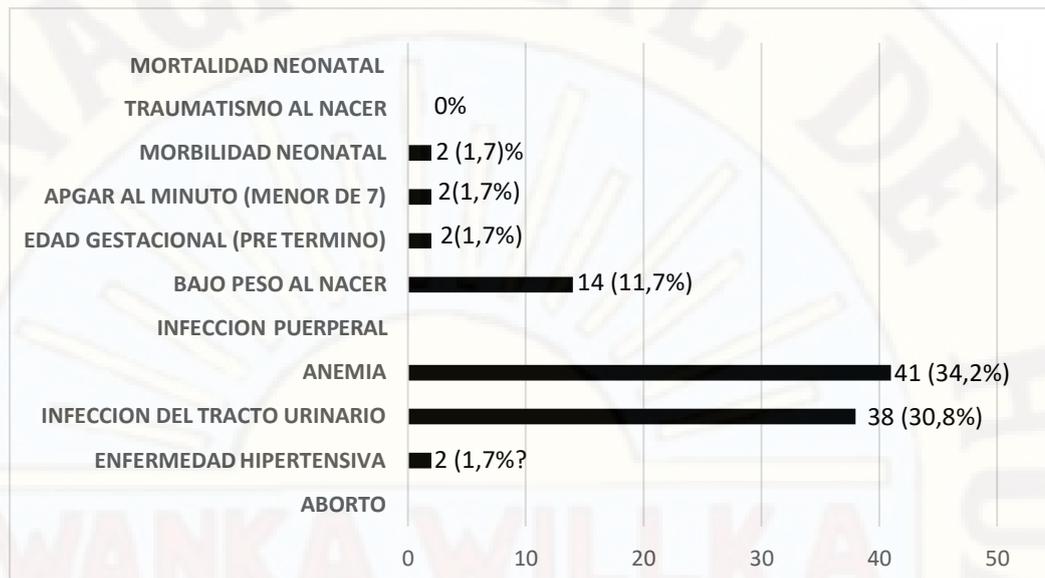
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

La investigación tuvo como objetivo Determinar las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018. Se trabajó con una muestra de 120 gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki en el 2018. Se hizo uso de la técnica de análisis documental y observación y el instrumento usado fue la ficha de recolección de datos. La presentación de los siguientes datos se hizo en concordancia a los objetivos planteados.

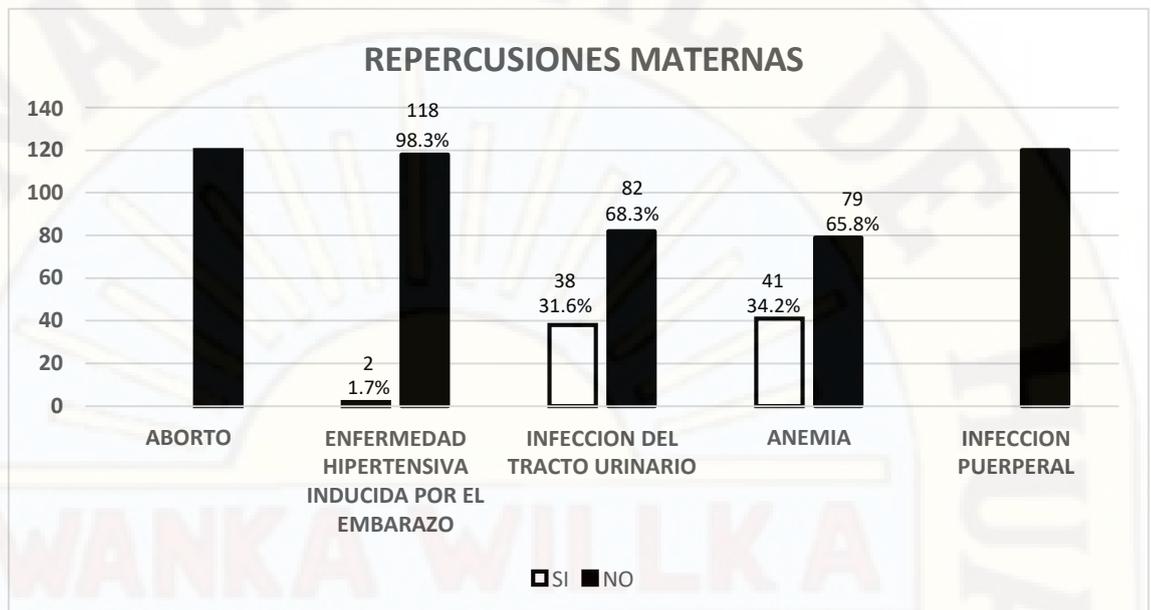
GRAFICO N° 1: REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En la gráfica se observa las repercusiones maternas y perinatales predominantes, siendo la anemia en un 34,2 % (41) e infección del tracto urinario en un 30,8%. (38); seguido de bajo peso al nacer en 11,7% (14) y en 1,7%(2) morbilidad neonatal, APGAR al minuto menor de 7 edad y gestacional pre termino.

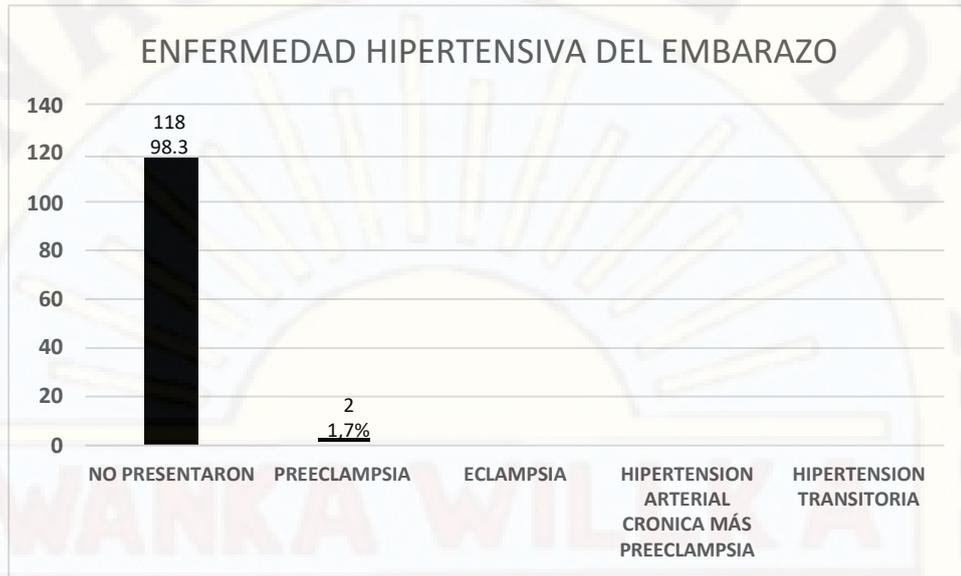
GRAFICO N° 2: PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En la gráfica se observa las Repercusiones maternas predominantes, siendo la anemia la complicación más frecuente en las gestantes adolescentes en un 34,2 % (41), seguido de las infecciones del tracto urinario 31,6% (38), como también los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en 1,7%(2), el aborto e infección puerperal no presentó ninguna adolescente embarazada.

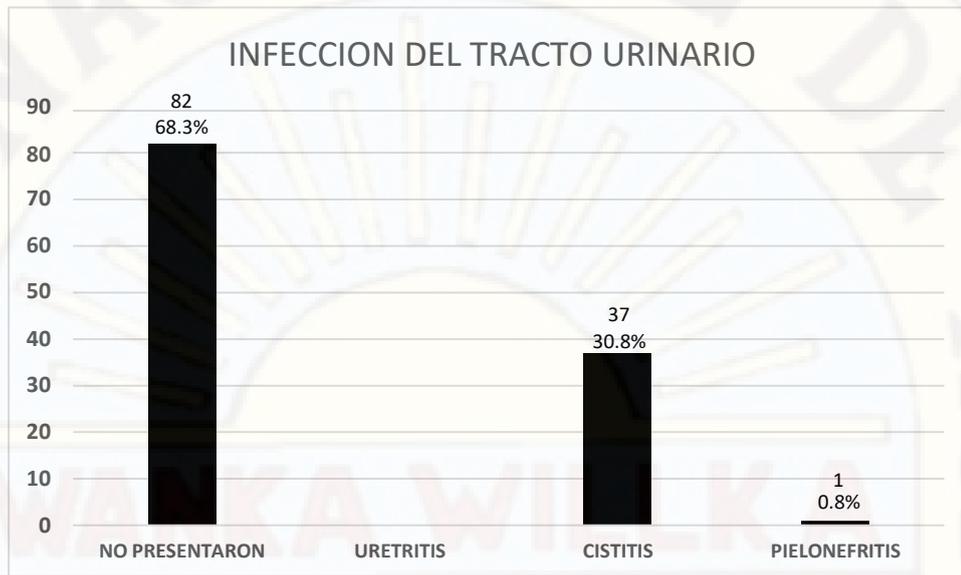
GRAFICO Nº 3: PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS - TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En el gráfico se observa que el 98,3% (118) no presentaron trastornos hipertensivos del embarazo, mientras que el 1,7% (2) presentaron preeclampsia.

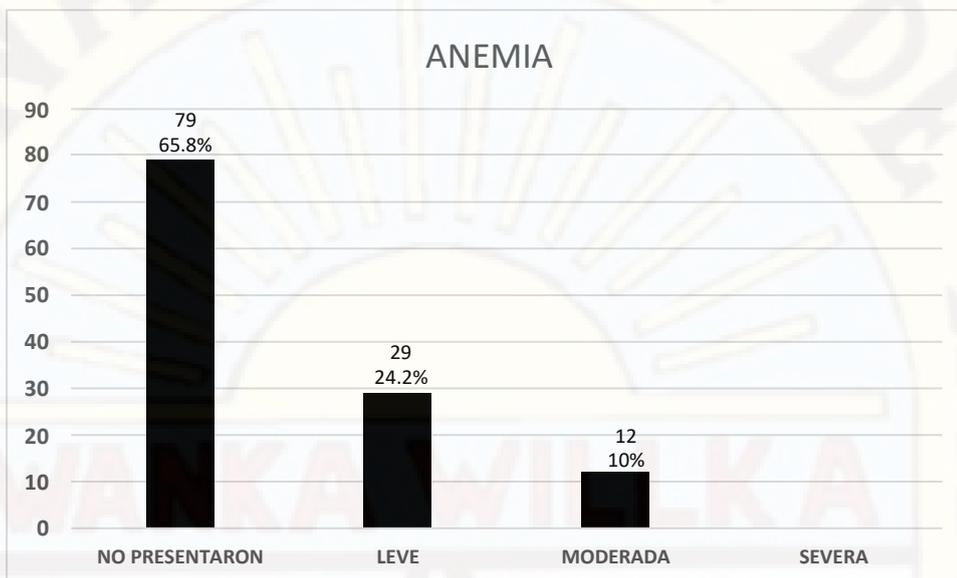
GRAFICO Nº 4 PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS - INFECCION DEL TRACTO URINARIO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En el gráfico se observa que el 68.3% (82) no presentaron infección del tracto urinario y aquellas que presentaron fueron cistitis en 30,6% (37) y pielonefritis 0,6% (1).

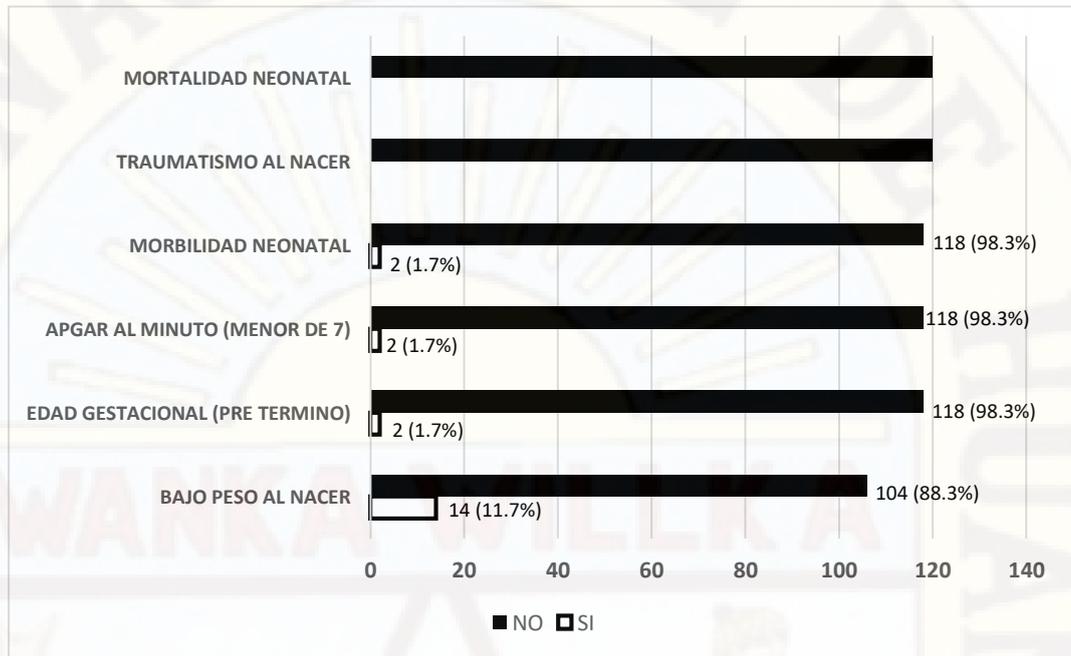
GRAFICO N° 5: PRESENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS - ANEMIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En el gráfico se observa que de la total de adolescentes embarazadas el 65,8% (79) no presento anemia durante su embarazo y aquellas que presentaron fue en 24,2% anemia leve 10% (12) anemia moderada.

GRAFICO N° 6: PRESENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En la gráfica se observa las Repercusiones perinatales predominantes, siendo bajo peso al nacer la complicación más frecuente en un 11,7 % (14), seguido en 1,7%(2) morbilidad neonatal, APGAR al minuto menor de 7, edad gestacional pre termino.

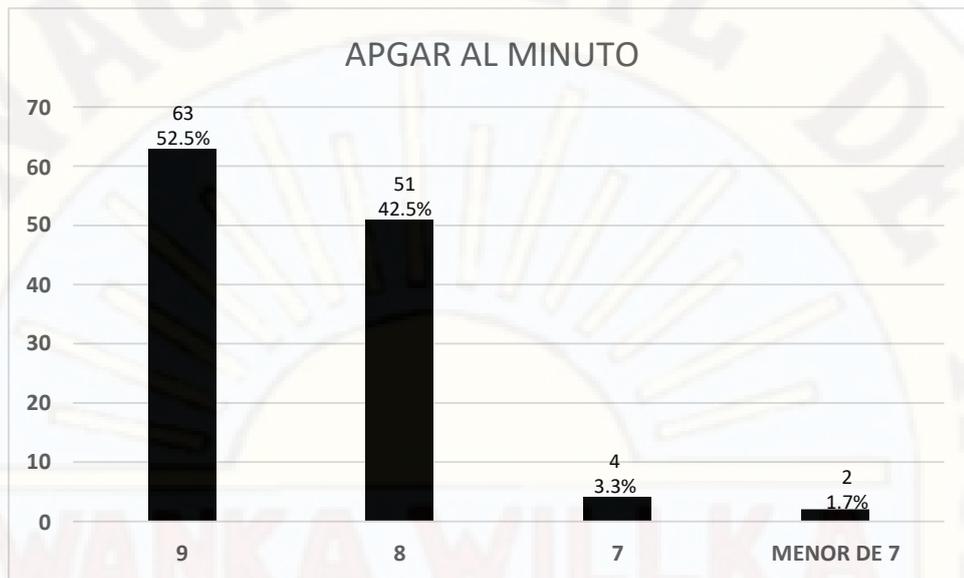
GRAFICO N° 7: PRESENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES DE EDAD GESTACIONAL AL NACER, DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En el gráfico se observa que el 98,3% (116) nacieron a término y el 1,7% (2) nacieron con edad gestacional pre termino.

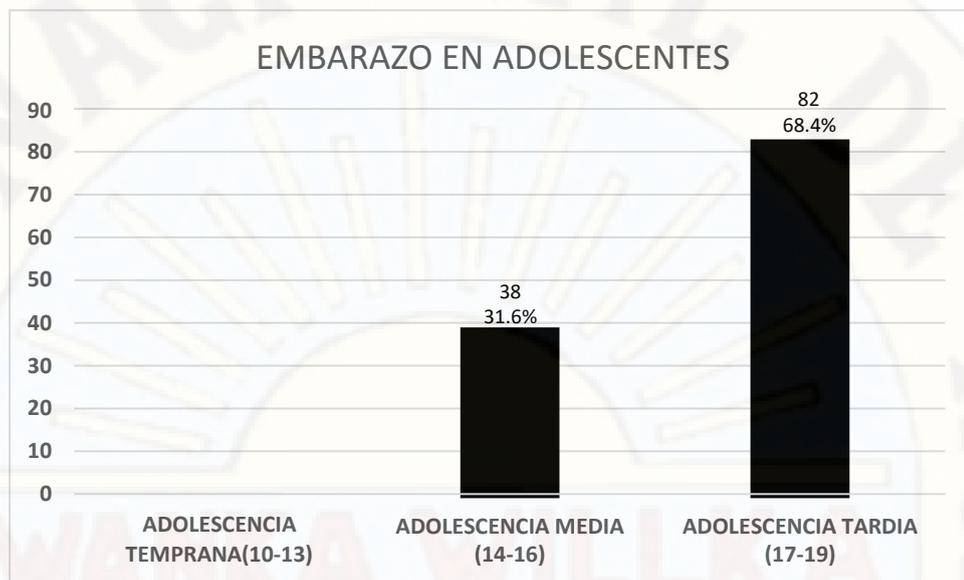
GRAFICO N° 8: PRESENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES DE APGAR AL MINUTO, DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En el gráfico se observa que el APGAR al minuto en un 52,5% (63) fue de 9, en un 42,5% (51) es de 8, así mismo en 3,3% (4) fue de 7, aquellos que tuvieron menos de 7 fue en 1,7% (2).

GRAFICO N° 9: LA FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2018.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo de Pichanaki, 2018.

En la gráfica se observa del total de adolescentes embarazadas las complicaciones maternas perinatales se dio en 68,4%(82) en la adolescencia tardía, seguido de 31,6%(38) adolescencia media.

4.2. Discusión de resultados

El presente informe de investigación nos muestra que las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki encontradas, fueron anemia en la gestante 34,3% (41) e infección del tracto urinario bajo, específicamente cistitis 30,8% (31). Y la repercusión perinatal presente fue el bajo peso al nacer en un 11,7% (14).

Los resultados de la presente investigación coinciden con lo reportado por Huanco y Col. (12), quienes encontraron en las adolescentes lo siguiente: morbilidad durante el embarazo relacionado a enfermedad hipertensiva del embarazo, infección del tracto urinario, anemia e infección puerperal. Las complicaciones perinatales en adolescentes fueron: bajo peso al nacer y prematuridad. Esta coincidencia puede deberse a la similitud de los contextos donde se desarrollaron las investigaciones. Sin embargo, difiere con lo encontrado por Panduro y Col. (10) quienes encontraron en su investigación lo siguiente, en el grupo de adolescentes tuvieron amenaza de aborto (23,3%) 128, rotura prematura de membrana (22,5%) 124, amenaza de parto pre termino (19,5%) 107 y en los recién nacidos reporto presencia de síndrome de dificultad respiratoria (64,8%) 46 y muerte fetal (12,7%) 9, esta diferencia puede deberse a que el tamaño de muestra en esta investigación fue más que el doble de la mía.

En mi tesis se encontró que las repercusiones maternas del embarazo en adolescentes encontradas fueron; anemia leve y moderada 34,2% (41); cistitis 30,8% (37) y preeclampsia 1,7% (2). Esto concuerda con lo encontrado por García y Col. (13), reportaron a la infección del tracto urinario 53 (27%) y amenaza de aborto 27 (14%) como consecuencia del ITU. También coincide con lo reportado por Peña A. (14), quien manifiesta que embarazo adolescente es un problema vigente de la salud pública asociada con patologías del embarazo, como la eclampsia y anemia crónica.

Las repercusiones perinatales del embarazo en adolescentes encontrada fue el bajo peso al nacer en un 11,7% (14). Esto concuerda con lo encontrado por García y Col. (13) quienes también reportan bajo peso al nacer 96(17%).

También coincide con lo reportado por Peña A. (14), quien manifiesta peso bajo al nacer en hijos de adolescentes.

En embarazo en adolescentes es un problema de salud pública porque presenta repercusiones como con la anemia, infecciones del tracto urinario y otros. Esto se corrobora lo reportado por la OMS (22), reporta que la anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados como es el caso de Perú.

CONCLUSIONES

- Las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki encontradas, fueron en la gestante anemia 34,3% (41) e infección del tracto urinario bajo, específicamente cistitis 30,8% (31). Y la repercusión perinatal presente fue el bajo peso al nacer en un 11,7% (14).
- Las repercusiones maternas del embarazo en adolescentes encontradas fueron; anemia leve 24,2% (29); anemia moderada 10% (12); cistitis 30,8% (37) y preeclampsia 1,7% (2). Observándose que un porcentaje considerable 34,2% presentan anemia que a la vez es factor de riesgo para otras patologías maternas perinatales.
- Las repercusiones perinatales del embarazo en adolescentes encontrada fue el bajo peso al nacer en un 11,7% (14).
- La frecuencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki fue mayor en las adolescentes de edad tardía (las de 17 a 19 años) en un 68,4% (82).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los entes directivos del Hospital de apoyo de Pichanaki, trabajar en estrategias que permitan controlar o disminuir el embarazo en adolescentes.
- Se recomienda a personal del servicio de obstetricia realizar actividades preventivas promocionales de prevención del embarazo en adolescentes, toda vez que esta edad constituye un factor de riesgo para incrementar la morbilidad y mortalidad materno y perinatal.
- Se recomienda a investigadores del área de Alto Riesgo obstétrico realizar investigaciones analíticas partiendo de los datos descriptivos encontrados en esta tesis.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud, “El embarazo en la adolescencia”. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Organización Mundial de la Salud, “Estrategia mundial para la Salud de la mujer, el nacido y el adolescente 2016-2030”. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática -Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Perú 2016. Fuente: registro nacional de identificación y estado civil-RENIEC 2016
4. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, “El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas” Lima, Perú. 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la niñez en el mundo 2017: en deuda con la niñez. Disponible en: http://savethechildren.org.do/wpcontent/uploads/2015/08/EndofChildhood_Report_2017_SPANISH.pdf
6. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Embarazo Adolescente. ISSN 2007-2007 2012. Vol.3 No.1 septiembre-diciembre 2012.
7. Sobeida M. y Blázquez L. Adolescent Pregnancy. http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/3_1/3_1Embarazo_Adolescente.pdf
8. Diario Perú 21, La maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años. 2017. Redacción Perú 21. 30/07/2016 07:10h. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/maternidad-peru-empezando-11-anos-224598>
9. Tijero Martha. Red Nacional de Educación. Área de Información, Educación y Comunicación. Salud sexual y desarrollo para jóvenes; Situación *actual de la salud adolescente en el Perú*. Lima, enero 2001

10. Panduro-Barón JG, Jiménez- Castellanos PM, Pérez-Molina JJ, Panduro-Moore EG, Peraza- Martínez D, Quezada-Figueroa NA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecología y Obstetricia. México. 2012;80(11):694-704.
11. Auchter M., Balbuena M. y Galeano H. El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años. Experiencia en la ciudad de Corrientes. Argentina. Rev enferm Hosp Ital. 2002; 6(16):5-9. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000105&pid=S0120
12. Huanco D., Ticona M. y Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77(2): 122 – 128. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200008
13. García G., Fernández Y. y Calle A. Efectos maternos y perinatales en el embarazo adolescente de la Región Tumbes. tesis. Universidad Nacional de Tumbes. Perú. 2009.
14. Peña A., William R. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 57, núm. 1, 2011, pp. 43-48 Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología San Isidro, Perú Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428199009>
15. Organización mundial de la salud: Información general y técnica de la OMS acerca de la salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Disponible: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
16. Ponce M. Adolescencia. Lima, junio, 2015. Disponible en: http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962_03ponce.pdf
17. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria

- Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. 158 p.
18. Hoffman B., Schorge J., Schaffer J., Halvorson L., Bradshaw y Cunningham G. Williams Ginecología. ISBN: 978-607-15-1003-7. Editorial McGraw-Hill. 24 edición. Dallas, Texas. 2015.
 19. Schwarcz R. Fescina R. y Duverges C. Schwarcz Obstetricia. Editorial Ateneo. 6 edición. Buenos aires, 2008.
 20. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. Editorial Guadalupe. 6 edición. Colombia. 2007.
 21. Rodrigo Cifuentes. Obstetricia de alto riesgo. Editorial guadalupe. 6 edición. colombia, 2007
 22. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) Edición de internet: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
 23. Iglesias J., Tamez L. y Reyes I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Medicina Universitaria 2009;11(43):95-98. Disponible en: www.nietoeditores.com.mx, www.meduconuanl.com.mx
 24. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. 146 p.; ilus.
 25. Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5, 6th Edition (Copyright © 2015 American Academy of Pediatrics). Revisado el 08/2/2017. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/paginas/apgar-scores.aspx>
 26. Organización Mundial de la Salud :Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ediciones de la OMS, Ginebra , Suiza . http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
 27. Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal. Lima. MINSA, dirección general de epidemiología, 2009. salud perinatal y neonatal/ muerte fetal/ muerte neonatal/complicaciones

neonatales/vigilancia epidemiológica. Primera edición, 2009. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1014_OGE153.pdf

28. Díaz A., Sanhueza R, et al. Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: Estudio Comparativo de Resultados Obstétricos y Perinatales con Pacientes Embarazadas Adultas. Revista Chilena Obstétrica Ginecológica. 2002. Volumen 67.
29. Novío S., Nuñez M. y Garabal M. Investigación en Ciencias de la salud. Metodología Basica. USC, editora. Santiago de Compostela, España. 2016.
30. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. Metodologia de la Investigacion. 5th ed. Mcgraw-Hill/Interamericana Editores SADCV, editor. Mexico: Mexicana; 2014.
31. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2014, and Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO, 2015 and 2014



ANEXO

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APOYO DE PICHANAKI, 2018.

Formulación del problema	Objetivos	Población Y Muestra	Diseño Metodológico
<p>¿Cuáles son las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de</p>	<p>General: - Determinar las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018.</p> <p>Objetivos Específicos - Describir las repercusiones maternas del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018.</p>	<p>Población. La población estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki en el 2018.</p> <p>Muestra La muestra estuvo constituida por todas las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki en el 2018.</p>	<p>Tipo de investigación Investigación es Descriptiva. (29)</p> <p>Nivel de Investigación: Descriptivo, porque se busca especificar características o rasgos importantes del fenómeno que se analiza, se busca describir las repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki. (30)</p> <p>Métodos de investigación: Descriptivo Es un método que se basa en la observación, el trabajo utiliza este método porque se describen las</p>

<p>Apoyo de Pichanaki, 2018?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Describir las repercusiones perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018. - Identificar la frecuencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2018. 		<p>repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Pichanaki. (30)</p> <p>Diseño de investigación: Diseño descriptivo simple El gráfico que corresponde a este diseño es el siguiente:</p> <p style="text-align: center;">M O</p>
----------------------------------	---	--	--

ANEXO N° 02
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APOYO DE
PICHANAKI, 2018

Historia Clínica N°:..... **Edad:**.....

Repercusiones maternas:

1. Aborto SI() NO()
Espontaneo () Provocado ()
2. Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo SI() NO()
Preeclampsia ()
Eclampsia ()
Hipertensión arterial crónica más preeclampsia ()
Hipertensión transitoria ()
Otro:
3. Infección del Tracto Urinario SI() NO()
Uretritis ()
Cistitis ()
Pielonefritis ()
Otro:
4. Anemia SI() NO()
Leve ()
Moderada ()
Severa ()
5. Infección puerperal SI() NO()
Sepsis ()
Endometritis ()
Corioamnionitis ()
Otro:

Repercusiones perinatales:

6. Bajo peso al nacer SI() NO()
Peso:
7. Edad gestacional: Pretermino () Termino ()
8. Apgar al minuto:
9. Morbilidad neonatal SI() NO()
Cual:
10. Traumatismo al nacer SI() NO()
Cual:
11. Mortalidad neonatal SI() NO()

**ANEXO N° 03
REGISTROS VISUALES**

