



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Embarazo adolescente y sus complicaciones materno neonatales
en el Hospital Carlos Monge Medrano 2019**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTOR

Br. Milagros Diana Condori Sosa (ORCID: 0000-0001-5726-1154)

ASESOR

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna y Perinatal

PIURA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi padre Elías por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a él he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mi madre Odilán que desde el cielo me cuida, me protege y me ayuda.

A mí querida hermana Flor de María y demás familia en general por el apoyo incondicional que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mis padres: Elías y Odilán; por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A los docentes de la Escuela de medicina humana de la Universidad Cesar Vallejo, por haber compartido sus conocimientos para culminar la preparación de mi profesión.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
PÁGINA DEL JURADO	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA.....	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3. Población, muestra y muestreo	11
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5. Procedimientos	12
3.6. Método de análisis de datos	12
3.7. Aspectos éticos.....	13
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN.....	18
VI. CONCLUSIONES.....	20
VII. RECOMENDACIONES	21
REFERENCIAS.....	22
ANEXOS	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Características sociodemográficas de las gestantes. Hospital Carlos Monge Medrano 2019.	14
Tabla 02: Distribución de las gestantes según complicaciones maternas. Hospital Carlos Monge Medrano 2019.	15
Tabla 03: Distribución de las gestantes según complicaciones neonatales. Hospital Carlos Monge Medrano 2019.	16
Tabla 04: Asociación entre embarazo adolescentes y complicaciones maternas y neonatales. Hospital Carlos Monge Medrano 2019.	17

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre embarazo adolescente y complicaciones materno neonatales en el Hospital Carlos Monge Medrano 2019.

Metodología: Estudio analítico de cohorte retrospectiva. Se registraron 812 partos, de los cuales 248 fueron adolescentes y 564 no adolescente. Para el análisis inferencial se estimó prueba de Chi cuadrado y razón de momios.

Resultados: La edad promedio de las gestantes adolescentes fue 17.26 ± 1.15 años y de las gestantes no adolescentes fue 28.33 ± 4.83 años. En ambos grupos predominó la educación secundaria (91.53% vs 63.83) y la convivencia (69.76% vs 82.62%). Se encontró relación entre embarazo adolescente y enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=6.83; IC95%=3.68-12.65), amenaza de aborto (OR=10.88; IC95%=4.07-29.09), amenaza de parto pretérmino (OR=25.39; IC95%=11.41-56.52), prematuridad (OR=6.10; IC95%=3.78-9.85), sepsis neonatal (OR=5.88; IC95%=1.82-18.94), distrés respiratorio (OR=4.24; IC95%=2.57-6.98), desgarro perineal (OR=0.17; IC95%=0.08-0.36) y oligohidramnios (OR=0.45; IC95%=0.21-0.95).

Conclusiones: El embarazo adolescente es un factor de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, prematuridad, bajo peso al nacer, sepsis neonatal y distrés respiratorio. Sin embargo, también es un factor de protección frente a desgarro perineal y oligohidramnios.

Palabras clave: Embarazo, adolescente, complicaciones.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between adolescent pregnancy and maternal and neonatal complications at Hospital Carlos Monge Medrano 2019.

Methodology: Retrospective cohort analytical study. 812 deliveries were registered, of which 248 were adolescents and 564 were non-adolescents. For the inferential analysis, the Chi square test and the odds ratio were estimated.

Results: The average age of the adolescent pregnant women was 17.26 ± 1.15 years and of the non-adolescent pregnant women it was 28.33 ± 4.83 years. In both groups, secondary education (91.53% vs 63.83) and coexistence (69.76% vs 82.62%) predominated. A relationship was found between adolescent pregnancy and hypertensive disease of pregnancy (OR = 6.83; 95% CI = 3.68-12.65), threat of abortion (OR = 10.88; 95% CI = 4.07-29.09), threat of preterm delivery (OR = 25.39; 95% CI = 11.41-56.52), prematurity (OR = 6.10; 95% CI = 3.78-9.85), neonatal sepsis (OR = 5.88; 95% CI = 1.82-18.94), respiratory distress (OR = 4.24; 95% CI = 2.57-6.98), perineal tear (OR = 0.17; 95% CI = 0.08-0.36) and oligohydramnios (OR = 0.45; 95% CI = 0.21-0.95).

Conclusions: Adolescent pregnancy is a risk factor for hypertensive disease of pregnancy, threatened abortion, threatened preterm labor, prematurity, low birth weight, neonatal sepsis and respiratory distress. However, it is also a protective factor against perineal tear and oligohydramnios.

Keywords: Pregnancy, adolescent, complications.

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública con importantes consecuencias médicas, emocionales y sociales para la madre adolescente, el hijo y la familia. Puede llevar al desarrollo de múltiples complicaciones para la madre y el recién nacido. Se estima que la tasa mundial de embarazos adolescentes es de 46 nacimientos por cada 1000 niñas, sin embargo, en América Latina y el Caribe esta cifra puede llegar a 66.5 nacimientos por cada 1000 niñas (1). Se sabe que la adolescencia es un factor de alto riesgo de malos resultados obstétricos, debido a la inmadurez biológica y la atención prenatal deficiente (2). Además, una gran cantidad de embarazos de adolescentes no están preparados, se producen fuera del matrimonio y no son deseados, lo que lleva a embarazos desatendidos con resultados ciertamente adversos.

El embarazo y la maternidad en la adolescencia están relacionados con resultados sociales y de salud adversos tanto para estas mujeres jóvenes como para sus hijos. La paternidad adolescente se asocia con bajo rendimiento educativo, pobreza, dependencia del bienestar, violencia doméstica y malas relaciones sociales. La mayoría de estudios indican que el embarazo adolescente está asociado con resultados adversos, como anemia materna, parto prematuro y bajo peso al nacer (3-5) mientras que algunos no encontraron un mayor riesgo de tales complicaciones. A nivel nacional sabemos que cerca del 12.8% de las adolescentes de 15 a 19 años ya estuvo embarazada alguna vez (6).

La atención prenatal y posparto debe adaptarse para satisfacer las necesidades especiales de las adolescentes embarazadas porque es posible que los entornos obstétricos estándar no lo hagan.

Ante esta problemática descrita nos planteamos la siguiente pregunta, ¿Cuál es la relación entre el embarazo adolescente y las complicaciones materno neonatales en el Hospital Carlos Monge Medrano en el año 2019?

Por lo tanto, nuestra investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre el embarazo adolescente y las complicaciones materno neonatales en el Hospital Carlos Monge Medrano en el año 2019. Para la obtención del objetivo principal nos apoyaremos en:

1. Describir las características sociodemográficas de las gestantes.
2. Identificar las complicaciones maternas del embarazo adolescente y no adolescente.
3. Identificar las complicaciones neonatales del embarazo adolescente y no adolescente.
4. Comparar las complicaciones maternas y neonatales del embarazo adolescente y no adolescente.

II. MARCO TEÓRICO

Wong S, et al. 2020. El objetivo del estudio fue examinar hasta qué punto el estado socioeconómico, la salud mental y el consumo de sustancias están asociados con los embarazos de adolescentes en el suroeste de Ontario, y si estos embarazos tienen un riesgo elevado de resultados adversos en el parto. Se incluyeron mujeres que dieron a luz a bebés únicos sin anomalías congénitas entre 2009 y 2014. Se compararon los embarazos de adolescentes (19 años o menos) con los embarazos de mujeres de 20 a 34 años y de 35 años o más. De 25.263 mujeres embarazadas, 1080 (4,3%) tenían 19 años de edad o menos. Aproximadamente el 18% de las madres adolescentes vivían en barrios socioeconómicamente desfavorecidos, en comparación con el 11% de las madres de 20 a 34 años y el 9% de las mujeres de 35 años o más ($p < 0,001$). Las madres adolescentes tenían tasas más altas de depresión durante el embarazo (9,8%) que las madres de 20 a 34 años (5,8%) y las de 35 años o más (6,8%; $p < 0,001$). El embarazo en la adolescencia aumentó el riesgo de una puntuación de Apgar baja (razón de posibilidades ajustada, 1,56; IC 95%, 1,21-2,02), pero no se asoció con otros resultados del parto después de ajustar por covariables (7).

Kassa G, et al. 2019. Este estudio se realizó para evaluar los resultados neonatales adversos del embarazo adolescente en el noroeste de Etiopía. Se incluyeron un total de 374 mujeres adolescentes (15-19 años) y 760 mujeres adultas (20-34 años) que acudieron a establecimientos de salud seleccionados al azar en la zona de East Gojjam. Se utilizó estadística descriptiva, prueba de chi-cuadrado y prueba t de Student, además, análisis de regresión logística bivariante y multivariante para ajustar los factores de confusión de los resultados neonatales adversos. Una mayor proporción de mujeres adolescentes que adultas eran del área rural (57,2% vs 44,7%), no estaban casadas (5,1% vs 1,7%), estaban embarazadas por primera vez (91,7% vs 34,1%), no asistían seguimiento de la atención prenatal (12% frente al 4,5%). Después de ajustar por factores de confusión conocidos, las probabilidades de bajo peso al nacer (BPN) fueron más altas entre las adolescentes que entre las mujeres adultas (AOR 2.14; IC del 95%, 1.36, 3.36, valor de $p =$

0.001). De manera similar, las probabilidades de parto prematuro (AOR 1,65; IC del 95%, 1,09; 2,49; valor de $p = 0,017$) (8).

Daniel S, et al. 2017. Con el objetivo de investigar los resultados obstétricos y perinatales en una cohorte de adolescentes de un importante centro terciario australiano. Realizo un estudio de cohorte retrospectivo de nueve años de mujeres que dieron a luz en el Mater Mother's Hospital en Brisbane, Australia, entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2015. La cohorte de adolescentes tenía menos de 19 años y el grupo de control tenía entre 20 y 24 años. Durante el período de estudio, la cohorte total del estudio comprendió 8904 mujeres. De estos, la cohorte de adolescentes estaba formada por 1625 niñas (18,2%) y el grupo de control estaba formado por 7279 mujeres (81,8%). Los adolescentes tenían más probabilidades de ser nulíparas, solteras, de etnia indígena o tener la condición de refugiado. Tenían tasas más altas de tabaquismo, asma, diabetes mellitus y enfermedad de la tiroides. Tenían más probabilidades de tener un parto vaginal espontáneo sin complicaciones, pero tenían menos probabilidades de tener un perineo intacto y tenían tasas más altas de partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. No hubo diferencias en las tasas de hemorragia posparto (9).

Bejarano D, et al. 2017. Con el objetivo de conocer si existe asociación entre la gestante adolescente y las complicaciones materno fetales en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, realizó un estudio retrospectivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 122 mujeres gestantes las cuales cumplieron los criterios de selección. Entre las complicaciones asociadas se observó: expulsivo prolongado en 21,4% con valor $p 0,001$; desgarro cervical en 4,9% con valor $p 0,006$; hematoma perineal en 9,0% con valor $p 0,001$; hemorragia posparto en 9,0% con valor $p 0,001$; infección de tracto urinario en 4,9% con un valor $p 0,001$, hiperémesis gravídica en 35,2% con valor $p 0,010$ e hipertensión arterial en 13,9% con valor $p 0,014$ (10).

Narukhutrpicchai P, et al. 2016. El presente estudio tuvo como objetivo comparar los resultados obstétricos y neonatales entre embarazos adolescentes y no adolescentes. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo para investigar a 957

mujeres embarazadas con un solo hijo que asistieron a salas de parto en el Hospital de la Universidad de Naresuan entre octubre de 2006 y septiembre de 2013, comparando los resultados del embarazo de 268 embarazos de adolescentes con 689 embarazos no adolescentes. La incidencia de embarazo adolescente fue de 15,24% durante siete años de estudio. A diferencia de las madres no adolescentes, la visita completa de atención prenatal fue menos probable entre las madres adolescentes, 66,5% frente a 90,5% respectivamente ($p < 0,001$). Se encontró una mayor proporción de parto vaginal normal en madres adolescentes (59,7% frente a 36,4%). La aparición de desproporción cefalopélvica (CPD) pareció ser menor en el grupo de adolescentes en comparación con el grupo de no adolescentes, 14,5% frente a 26,4% ($p < 0,001$). Además, era poco probable que ocurriera hemorragia posparto en el grupo de adolescentes, 3,8% vs 8,4% ($p = 0,016$). Se encontró que la proporción de partos prematuros era mayor en el embarazo de adolescentes en comparación con los embarazos no adolescentes (16,2% frente a 5,5%, $p < 0,001$). Al nacer, la mayor proporción de bebés que tenían puntuaciones de Apgar bajas (< 7) al minuto se encontró en el embarazo adolescente, 7,1% frente a 3,1% ($p = 0,01$) (11).

Kawakita T, et al. 2016. El objetivo del estudio fue investigar los resultados del embarazo adolescente. Se enrolaron gestantes de doce centros clínicos con 19 hospitales en los Estados Unidos: mujeres nulíparas ($n = 43,537$) menores de 25 años, incluidas 1189 adolescentes más jóvenes (edad 15,9 años), 14,703 adolescentes mayores (edad 16-19,9 años) y 27,645 adultos jóvenes (edad 20-24,9 años). Se calculó la razón de posibilidades ajustada (ORa) con intervalo de confianza (IC) del 95%, controlando las características maternas y las complicaciones del embarazo. Las adolescentes más jóvenes tenían un mayor riesgo de anemia materna (ORa = 1,25; IC del 95%, 1,07-1,45), parto prematuro a menos de 37 semanas de gestación (ORa = 1,36; IC del 95%, 1,14-1,62), hemorragia posparto (ORa = 1,46; IC del 95%, 1,10-1,95), preeclampsia o hemólisis, aumento de los niveles de enzimas hepáticas y síndrome plaquetario bajo (ORa = 1,44; IC del 95%, 1,17-1,77), pero tenía un menor riesgo de parto por cesárea (ORa = 0,49; IC del 95%, 0,42-0,59), corioamnionitis (ORa = 0,63; IC del 95%, 0,47-0,84) e ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (ORa =

0,80; IC del 95%, 0,65-0,98). Las adolescentes mayores tenían un mayor riesgo de anemia materna (ORa = 1,15; IC del 95%, 1,09-1,22), parto prematuro a menos de 37 semanas de gestación (ORa = 1,16; IC del 95%, 1,08-1,25) y transfusión de sangre (ORa = 1,21; IC del 95%, 1,02-1,43), pero tuvo un menor riesgo de parto por cesárea (ORa = 0,75; IC del 95%, 0,71-0,79), corioamnionitis (ORa = 0,83; IC del 95%, 0,75-0,91), laceración perineal mayor (ORa = 0,82; IC del 95%, 0,71-0,95) e ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (ORa = 0,89; IC del 95%, 0,83-0,96) (12).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años, y 1 millón de niñas menores de 15 años, dan a luz cada año en todo el mundo. Además, el 95% de estos partos se concentran en países en vías de desarrollo, y se estima que para 2035 los nacimientos serán de 20 millones, lo que convierte al embarazo en la adolescencia uno de los mayores problemas de salud pública (14). Las tasas más altas de embarazo ocurren en adolescentes mayores en comparación con adolescentes más jóvenes y entre adolescentes negras e hispanas en comparación con sus pares blancos (14). Entre el 30 y el 50% de las madres adolescentes que tienen un primer parto antes de los 18 años tendrán un segundo hijo dentro de los 12 a 24 meses. Además, existen importantes disparidades de salud entre los grupos raciales y étnicos de adolescentes embarazadas. En 2009, los blancos tenían 11, los negros tenían 32 y los hispanos tenían 41 nacimientos por cada 1000 mujeres (15).

En el ámbito de la salud pública, el embarazo en la adolescencia se considera un problema importante debido a la alta prevalencia y los riesgos perinatales. Los embarazos de adolescentes pueden considerarse de alto riesgo, especialmente los de adolescentes menores de 15 años, y con frecuencia quedan fuera de los datos estadísticos. El parto y las complicaciones del embarazo son las principales causas de hospitalización y muerte entre las mujeres adolescentes en los países en desarrollo (16). Múltiples riesgos están asociados con el embarazo adolescente, incluidos los abortos inseguros, de los cuales 2,5 millones en todo el mundo ocurren anualmente (17). Las muertes maternas son cuatro veces más altas si la madre

tiene 16 años o menos. Los mortinatos y las muertes que ocurren en la primera semana de nacimiento tienen una incidencia 50% más alta para las madres adolescentes (17).

Los factores biológicos que se han asociado sistemáticamente con resultados negativos del embarazo son un estado nutricional deficiente, bajo estatura y peso previo al embarazo y paridad. Muchos factores sociales también se han asociado con resultados deficientes en el parto, incluida la pobreza, el estado de soltería, bajos niveles educativos, tabaquismo, consumo de drogas y atención prenatal inadecuada. Tanto los factores biológicos como los sociales pueden contribuir a los malos resultados en las adolescentes. Las adolescentes también tienen altas tasas de ETS, consumo de sustancias e ingesta nutricional deficiente, todo lo cual contribuye al riesgo de parto prematuro.

La anemia, la preeclampsia y la hemorragia posparto pueden ocurrir en mayor proporción que en las mujeres adultas embarazadas (18). El parto prematuro, el bajo peso al nacer, el bajo puntaje de Apgar y la mortalidad perinatal también son más frecuentes entre los niños de madres adolescentes (19). Otras complicaciones médicas incluyen anemia, infecciones de transmisión sexual, trastornos mentales (depresión), escaso aumento de peso materno e hipertensión inducida por el embarazo (20). Los problemas sociales relacionados con los embarazos de adolescentes incluyen la pobreza, la soltería, los bajos niveles educativos, el tabaquismo, el uso de drogas, la atención prenatal inadecuada y la deserción escolar (21).

Aproximadamente el 14% de los bebés nacidos de adolescentes de 17 años o menos son prematuros, en comparación con el 6% de las mujeres de 25 a 29 años (22). Las madres adolescentes jóvenes (14 años o menos) tienen más probabilidades que otros grupos de edad de dar a luz bebés con bajo peso. y esto es más pronunciado en los adolescentes negros. El bajo peso al nacer es un determinante importante de la mortalidad infantil, especialmente en los países en desarrollo. La edad de las madres jóvenes se asocia con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, que generalmente es utilizado por los médicos como una medida

indirecta de la restricción del crecimiento intrauterino (22). El bajo peso al nacer, el tamaño pequeño para la edad gestacional y la prematuridad son importantes debido a las complicaciones médicas asociadas y la escasa supervivencia neonatal. Los bebés nacidos de madres adolescentes corren un mayor riesgo de maltrato o daño, y tienen tasas más altas de enfermedades, accidentes y lesiones, así como de complicaciones cognitivas, conductuales y emocionales (23).

Más evidencia sugiere que las dificultades y desventajas asociadas con el primer parto temprano son duraderas con peores resultados emocionales y conductuales para los niños nacidos de madres que tenían menos de 20 años en el primer parto en comparación con aquellos que tenían veinte años. En ellos se observa puntuaciones más bajas en la escuela, mayor probabilidad de repetir un grado escolar o abandonar la escuela secundaria, mala salud cuando era un bebé, ser víctima de abuso y negligencia, ser colocado en un hogar de acogida, estar encarcelado o dar a luz en la adolescencia son algunos de los riesgos para la descendencia de una madre adolescente (24)

Existen muchos modelos de programas de prevención de embarazos en adolescentes, los más exitosos incluyen enfoques múltiples y variados al problema e incluyen promoción de abstinencia e información sobre anticoncepción, disponibilidad de anticonceptivos, educación sexual, estrategias de finalización de estudios y capacitación laboral (25). Se necesitan tanto programas de prevención primaria (primer embarazo) como de prevención secundaria (embarazo repetido), con especial atención a las adolescentes que corren mayor riesgo de quedar embarazadas y programas innovadores que incluyan a hombres (26). Padres, escuelas, instituciones religiosas, los médicos, las agencias sociales y gubernamentales y los adolescentes tienen roles en programas de prevención exitosos.

Los esfuerzos para prevenir el embarazo adolescente han aumentado en los últimos años, y existe una creciente evidencia de que este tipo de programas pueden ayudar a disminuir el riesgo sexual y el embarazo entre las adolescentes (27). Estudios recientes han encontrado que algunos programas de educación

sobre sexualidad y VIH han sostenido efectos positivos en el comportamiento, y se ha demostrado que al menos un programa que combina la educación en sexualidad y el desarrollo de la juventud reduce las tasas de embarazo hasta por 3 años (28). Además, se ha descubierto que los programas de aprendizaje comunitario y los programas de educación sobre el VIH y la sexualidad disminuyen la asunción de riesgos sexuales y/o el embarazo, y las intervenciones clínicas breves que incluyen materiales educativos junto con asesoramiento también pueden aumentar el uso de anticonceptivos (28).

A pesar de las tendencias alentadoras, los esfuerzos para prevenir el embarazo deben renovarse constantemente a medida que los niños entran en la adolescencia. Para 2025, se espera que la población de adolescentes de 15 a 19 años aumente en un 10%; por lo tanto, es posible que la disminución de las tasas de embarazo no signifique menos embarazos o nacimientos (29). No obstante, el uso de condones ha aumentado levemente y las usuarias adolescentes de anticonceptivos han adoptado cada vez más métodos hormonales de acción prolongada, que tienen las tasas de falla más bajas; por lo tanto, la eficacia anticonceptiva general entre los adolescentes ha ido mejorando (30).

Las investigaciones actuales indican que fomentar la abstinencia y promover un mejor uso de la anticoncepción son objetivos compatibles (31). La evidencia muestra que la educación sexual que discute la anticoncepción no aumenta la actividad sexual, y los programas que enfatizan la abstinencia como el mejor y más seguro enfoque, mientras que también enseñan sobre anticonceptivos para jóvenes sexualmente activos, no disminuyen el uso de anticonceptivos (32). Algunos modelos de programas han dado como resultado mejores comportamientos de salud preventivos y protectores.

Otras intervenciones incluyen atención médica y social integral utilizando clínicas prenatales específicas para adolescentes, que se ha demostrado que reduce la tasa de nacimientos prematuros entre las mujeres menores de 18 años en un ensayo controlado aleatorizado (33). Sin embargo, no hay evidencia de que la provisión de apoyo social por sí solo a las adolescentes embarazadas, por ejemplo,

con visitas domiciliarias adicionales, aunque es útil para reducir las tasas de cesáreas, reduzca la incidencia de partos prematuros o bebés con bajo peso al nacer en las adolescentes (34).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio cuantitativo, analítico, cohorte retrospectiva.

3.2. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
Embarazo en adolescentes	Embarazo que se produce en una mujer de 10 a 19 años.	Embarazo en una mujer de 10 a 19 años según historia clínica	Si No	Cualitativa Nominal
Edad Materna	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Edad en años cumplidos según historia clínica Años	Cuantitativa Discreta
Grado de instrucción	Máximo nivel de estudios alcanzado	Grado de instrucción según historia clínica	Iletrada Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Nominal
Estado civil	Condición marital de la persona al momento del estudio.	Estado civil según historia clínica	Soltera Casada Conviviente Viuda	Cualitativa Nominal
Complicaciones maternas	Situación anormal que puede desarrollar una gestante en cualquier etapa del embarazo y puerperio temprano.	Situación anormal que puede desarrollar una gestante en cualquier etapa del embarazo y puerperio temprano según historia clínica.	EHE DM AA PP DPPNI APP RPM Desgarros Hemorragia Histerectomía	Si No Cualitativa Nominal
Complicaciones neonatales	Situación anormal que puede desarrollar un neonato desde la gestación hasta el nacimiento.	Situación anormal que puede desarrollar un neonato desde la gestación hasta el nacimiento según historia clínica	Prematuridad BPN Fractura de clavícula Sepsis Oligohidramnios Polihidramnios Malformaciones Dificultad respiratoria Muerte fetal	Si No Cualitativa Nominal

3.3. Población, muestra y muestreo

Dentro de la población de estudio se registró a todas las pacientes gestantes con atención del parto entre enero y diciembre del 2019 en el Hospital Carlos Monge

Medrano. Como muestra se incluyó a toda la población de estudio. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Según reporte del departamento de ginecoobstetricia, durante el período de estudio, se atendieron 812 partos, de los cuales 248 fueron adolescentes y 564 no adolescente.

Criterios de inclusión

Historia clínica de paciente con gestación única

Criterios de exclusión

Historia clínica de paciente con enfermedad inmunodepresora previa.

Historia clínica de recién nacido con peso menor de 500 gramos.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: análisis documental.

Instrumento: para la recolección de datos se codificó una ficha de recolección de datos (anexo 1). Dentro de la ficha se incluyó información sobre las características sociodemográficas de la madre y las complicaciones materno neonatales del parto.

3.5. Procedimientos

Para el desarrollo de la presente investigación, se solicitó al director del hospital la autorización correspondiente para acceder a las historias clínicas de las pacientes cuyo parto fue atendido durante el periodo de estudio. Se acudió al área de archivo del hospital y se realizó el llenado de las fichas mediante la técnica del vaciado de información.

3.6. Método de análisis de datos

Toda la información recopilada se ingresó a una base de datos en SPSS® y pasó por control de calidad de la información vertida. El análisis descriptivo de las variables nominales se expresó mediante frecuencias y porcentajes, para las variables numéricas se utilizó la media y desviación estándar. Para el análisis

inferencial, se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de significación < 0.05 y posterior cálculo del Odds ratio (OR) para determinar la fuerza de asociación.

3.7. Aspectos éticos

Se desarrolló un estudio retrospectivo, limitado a la recolección de datos de las historias clínicas por lo que no hubo riesgos para las gestantes ni sus hijos. En todo momento se mantuvo en reserva la identificación de las pacientes seleccionadas evitando anotar datos personales no relacionados con los objetivos a desarrollar. Además, se realizó el adecuado llenado de la información manteniendo la veracidad de los datos.

IV. RESULTADOS

**Tabla 01: Características sociodemográficas de las gestantes.
Hospital Carlos Monge Medrano 2019.**

	EMBARAZO			
	ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE	
	Recuento	%	Recuento	%
EDAD (media, DE, años)	17.26 ± 1.15		28.33 ± 4.83	
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
Iletrada	2	0.81%	7	1.24%
Primaria	14	5.65%	120	21.28%
Secundaria	227	91.53%	360	63.83%
Superior	5	2.02%	77	13.65%
ESTADO CIVIL				
Soltera	75	30.24%	21	3.72%
Casada	0	0.00%	77	13.65%
Conviviente	173	69.76%	466	82.62%
Viuda	0	0.00%	0	0.00%

La tabla muestra que la edad promedio de las gestantes adolescentes fue 17.26 ± 1.15 años y de las gestantes no adolescentes fue 28.33 ± 4.83 años. Con respecto al nivel de educación, se observa que en ambos grupos predominó la educación de nivel secundaria (91.53% vs 63.83), del mismo, en ambos grupos predomina la convivencia (69.76% vs 82.62%).

**Tabla 02: Distribución de las gestantes según complicaciones maternas.
Hospital Carlos Monge Medrano 2019.**

		EMBARAZO			
		ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE	
		Recuento	%	Recuento	%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	Si	39	15.73%	15	2.66%
	No	209	84.27%	549	97.34%
AMENAZA DE ABORTO	Si	22	8.87%	5	0.89%
	No	226	91.13%	559	99.11%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	Si	6	2.42%	14	2.48%
	No	242	97.58%	550	97.52%
AMENAZA PARTO PRETÉRMINO	Si	60	24.19%	7	1.24%
	No	188	75.81%	557	98.76%
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Si	51	20.56%	85	15.07%
	No	197	79.44%	479	84.93%
DESGARRO PERINEAL	Si	9	3.63%	98	17.38%
	No	239	96.37%	466	82.62%
HISTERECTOMÍA	Si	3	1.21%	7	1.24%
	No	245	98.79%	557	98.76%

La tabla muestra que en el grupo de gestantes adolescentes se observó mayor frecuencia de enfermedad hipertensiva del embarazo (15.73% vs 2.66%), amenaza de aborto (8.87% vs 0.89%), amenaza de parto pretérmino (24.19% vs 1.24%) y rotura prematura de membranas (20.56% vs 15.07%). Por el contrario, en el grupo de gestantes no adolescentes se observó mayor frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta (2.48% vs 2.42%), desgarro perineal (17.38% vs 3.63%) e histerectomía (1.24% vs 1.21%).

**Tabla 03: Distribución de las gestantes según complicaciones neonatales.
Hospital Carlos Monge Medrano 2019.**

		EMBARAZO			
		ADOLESCENTE		NO ADOLESCENTE	
		Recuento	%	Recuento	%
PREMATURIDAD	Si	60	24.19%	28	4.96%
	No	188	75.81%	536	95.04%
BAJO PESO AL NACER	Si	36	14.52%	56	9.93%
	No	212	85.48%	508	90.07%
SEPSIS NEONATAL	Si	10	4.03%	4	0.71%
	No	238	95.97%	560	99.29%
OLIGOHIDRAMNIOS	Si	9	3.63%	43	7.62%
	No	239	96.37%	521	92.38%
POLIHIDRAMNIOS	Si	4	1.61%	7	1.24%
	No	244	98.39%	557	98.76%
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	Si	0	0.00%	7	1.24%
	No	248	100.00%	557	98.76%
DISTRESS RESPIRATORIO	Si	45	18.15%	28	4.96%
	No	203	81.85%	536	95.04%

La tabla muestra que en el grupo de gestantes adolescentes se observó mayor frecuencia de prematuridad (24.19% vs 4.96%), bajo peso al nacer (14.52% vs 9.93%), sepsis neonatal (4.03% vs 0.71%), polihidramnios (1.61% vs 1.24%) y distrés respiratorio (18.15% vs 4.96%). Por el contrario, en el grupo de gestantes no adolescentes se observó mayor frecuencia de oligohidramnios (7.62% vs 3.63%) y malformaciones congénitas (1.24% vs 0.00%).

Tabla 04: Asociación entre embarazo adolescentes y complicaciones maternas y neonatales. Hospital Carlos Monge Medrano 2019.

	EMBARAZO				
	Adolescente	No adolescente	OR	IC 95%	P-VALOR
	n=248	n=564			
COMPLICACIONES MATERNAS					
Enfermedad hipertensiva del embarazo	39 (15.73%)	15 (2.66%)	6.83	3.68 - 12.65	<0.0001
Amenazo de aborto	22 (8.87%)	5 (0.89%)	10.88	4.07 - 29.09	<0.0001
Desprendimiento prematuro de placenta	6 (2.42%)	14 (2.48%)	0.974	0.37 - 2.56	0.958
Amenaza de parto pretérmino	60 (24.19%)	7 (1.24%)	25.39	11.41 - 56.52	<0.0001
Rotura prematura de membrana	51 (20.56%)	85 (15.07%)	1.45	0.99 - 2.14	0.053
Desgarro perineal	9 (3.63%)	98 (17.38%)	0.179	0.08 - 0.36	<0.0001
Histerectomía	3 (1.21%)	7 (1.24%)	0.97	0.25 - 3.79	0.97
COMPLICACIONES NEONATALES					
Prematuridad	60 (24.19%)	28 (4.96%)	6.10	3.78 - 9.85	<0.0001
Bajo peso al nacer	36 (14.52%)	56 (9.93%)	1.54	0.98 - 2.41	0.058
Sepsis neonatal	10 (4.03%)	4 (0.71%)	5.88	1.82 - 18.94	0.001
Oligohidramnios	9 (3.63%)	43 (7.62%)	0.45	0.21 - 0.95	0.03
Polihidramnios	4 (1.61%)	7 (1.24%)	1.30	0.37 - 4.49	0.67
Malformaciones congénitas	0 (0.00%)	7 (1.24%)	1.44	1.38 - 1.51	0.10
Distrés respiratorio	45 (18.15%)	28 (4.96%)	4.24	2.57 - 6.98	<0.0001

En cuanto a las complicaciones maternas relacionadas con la edad de la gestante, se encontró que las gestantes adolescentes presentaron mayor riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=6.83; IC95%=3.68-12.65), amenaza de aborto (OR=10.88; IC95%=4.07-29.09) y amenaza de parto pretérmino (OR=25.39; IC95%=11.41-56.52), por el contrario, presentaron menor riesgo de desgarro perineal (OR=0.17; IC95%=0.08-0.36). Con respecto a las complicaciones neonatales, se encontró que los recién nacidos de gestantes adolescentes tuvieron mayor riesgo de prematuridad (OR=6.10; IC95%=3.78-9.85), sepsis neonatal (OR=5.88; IC95%=1.82-18.94) y distrés respiratorio (OR=4.24; IC95%=2.57-6.98), por el contrario, presentaron menor riesgo de oligohidramnios (OR=0.45; IC95%=0.21-0.95).

V. DISCUSIÓN

Encontramos que la edad promedio de las gestantes adolescentes fue 17.26 ± 1.15 años y de las gestantes no adolescentes fue 28.33 ± 4.83 años, además, en ambos grupos predominó la educación secundaria (91.53% vs 63.83) y la convivencia (69.76% vs 82.62%). Estos resultados se asemejan a los encontrados por Kassa (8), quien reporta edad media entre las gestantes adolescentes de $16,1 \pm 1,5$ y en las adultas de $20,2 \pm 3,3$ años, con respecto al nivel educativo, el autor reporta predominio de primaria en ambos grupos (70.0% vs 39.7%). Esta diferencia en el nivel educativo puede tener su explicación por la alta deserción educativa, secundaria a la necesidad de mano de obra en el campo.

En el grupo de gestantes adolescentes se observó mayor frecuencia de complicaciones maternas como la enfermedad hipertensiva del embarazo (15.73% vs 2.66%), amenaza de aborto (8.87% vs 0.89%), amenaza de parto pretérmino (24.19% vs 1.24%) y rotura prematura de membranas (20.56% vs 15.07%). Bejarano (10), reporta enfermedad hipertensiva del embarazo en 13.9%. Kawakita (12), también encuentra mayor frecuencia de preeclampsia en su población de adolescentes. Por otro lado, nuestro estudio encontró que las gestantes adolescentes tienen desgarros perineales (3.63% vs 17.38%) en menor frecuencia. Kawakita (12) reporta resultados similares. Sin embargo, Daniel (9), informa que en su grupo de estudio las gestantes adolescentes tenían menos probabilidades de tener un perineo intacto postparto. Esto puede estar en relación con la falta de desarrollo uterino, que limita el crecimiento fetal y por ende menor lesión perineal al parto.

En el grupo de gestantes adolescentes se observó mayor frecuencia de complicaciones neonatales como prematuridad (24.19% vs 4.96%), bajo peso al nacer (14.52% vs 9.93%), sepsis neonatal (4.03% vs 0.71%) y distrés respiratorio (18.15% vs 4.96%). Wong (7), reporta una tasa similar de bajo peso al nacer (11.2%), parto pretérmino del (10.2%) y menor puntaje de APGAR (13.1%), probablemente por inmadurez pulmonar. Kassa (8), encuentra mayor probabilidad

de prematuridad (14.1%) y bajo peso al nacer (12.4%). Por su parte, Narukhutrpicchai (11) encontró que la proporción de partos prematuros era mayor en el embarazo de adolescentes en comparación con los embarazos no adolescentes (16,2% frente a 5,5%)

Con respecto a la evaluación del embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones perinatales, se encontró que esta condición incrementa el riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=6.83; IC95%=3.68-12.65), amenaza de aborto (OR=10.88; IC95%=4.07-29.09), amenaza de parto pretérmino (OR=25.39; IC95%=11.41-56.52), prematuridad (OR=6.10; IC95%=3.78-9.85), sepsis neonatal (OR=5.88; IC95%=1.82-18.94) y distrés respiratorio (OR=4.24; IC95%=2.57-6.98). Wong (7), encontró que el embarazo en la adolescencia aumentó el riesgo de una puntuación de Apgar baja (OR 1,56; IC 95%, 1,21-2,02). Kassa (8), encontró que las probabilidades de BPN fueron más altas entre las adolescentes que entre las mujeres adultas (AOR 2.14; IC del 95%, 1.36, 3.36, valor de $p = 0.001$), de manera similar, las probabilidades de parto prematuro (AOR 1,65; IC del 95%, 1,09; 2,49; valor de $p = 0,017$). Narukhutrpicchai (11) encontró que la proporción de partos prematuros era mayor en el embarazo de adolescentes en comparación con los embarazos no adolescentes (16,2% frente a 5,5%, $p < 0,001$). Del mismo modo Kawakita (12) reporta parto prematuro (ORa = 1,36; IC del 95%, 1,14-1,62), hemorragia posparto (ORa = 1,46; IC del 95%, 1,10-1,95) y preeclampsia (ORa = 1,44; IC del 95%, 1,17-1,77)

Por otro lado, se encontró que el embarazo adolescente es un factor de protección para desgarro perineal (OR=0.17; IC95%=0.08-0.36) y oligohidramnios (OR=0.45; IC95%=0.21-0.95). Sin embargo, difiere de lo reportado por Daniel (9) quien encuentra que las gestantes adolescentes tenían menor probabilidades de tener un perineo intacto tras el parto.

VI. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos podemos concluir:

1. Las gestantes adolescentes de la muestra se caracterizan por tener edad promedio de 17.26 ± 1.15 años, predominio de educación secundaria y convivencia.
2. Las principales complicaciones maternas de las gestantes adolescentes fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo, amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas.
3. Las principales complicaciones neonatales de los hijos de madres adolescentes fueron la prematuridad, bajo peso al nacer y distrés respiratorio.
4. Se concluye que el embarazo adolescente es un factor de riesgo para enfermedad hipertensiva del embarazo, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, prematuridad, bajo peso al nacer, sepsis neonatal, distrés respiratorio.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda el monitoreo estricto de toda gestante adolescente en busca de disminuir las complicaciones materno neonatales.

Se recomienda fortalecer la educación sexual y reproductiva en adolescentes, ya que el desarrollo de un embarazo a esa edad incrementa la morbimortalidad materno fetal.

REFERENCIAS

1. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reprod Health*. 2015; 12 Suppl 2: S8.
2. Traisrisilp K, Jaiprom J, Luewan S, et al. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015; 41(11): 1726–1731.
3. Flores-Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Adolescent pregnancy in Mexico: a public health issue. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2017 May-Jun;19(3):374-378.
4. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019 Apr;145(1):54-61.
5. La-Orpipat T, Suwanrath C. Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: a hospital-based study in Southern Thailand. *J Obstet Gynaecol*. 2019 Oct;39(7):934-940
6. Dueñas M. Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2018; 3(2): 12 -13.
7. Wong S, Twynstra J, Gilliland JA, Cook JL, Seabrook JA. Risk Factors and Birth Outcomes Associated with Teenage Pregnancy: A Canadian Sample. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020; 33(2): 153-59.
8. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2019 Jun 13;14(6):e0218259.
9. Daniels S, Robson D, Flatley C, Kumar S. Demographic characteristics and pregnancy outcomes in adolescents - Experience from an Australian perinatal centre. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2017 Dec;57(6):630-35.
10. Bejarano D, Llanos M. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno fetales en el Hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari. Amarilis – Huánuco durante el año 2016. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Huánuco. Universidad Nacional Emilio Valdizán. 2017.

11. Narukhutrpicchai P, Khrutmuang D, Chattrapiban T. The Obstetrics and Neonatal Outcomes of Teenage Pregnancy in Naresuan University Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2016; 99(4): 361-7.
12. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang CC, Gomez-Lobo V. Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29(2): 130-6.
13. Minjares O, Reza S, Caballero S, et al. Maternal and Perinatal Outcomes Among Adolescents and Mature Women: A Hospital-Based Study in the North of Mexico. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29(3): 304–311.
14. Leftwich HK, Alves MV. Adolescent Pregnancy. *Pediatr Clin North Am*. 2017 Apr;64(2):381-388.
15. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (Sao Paulo)*. 2015 Oct-Dec;13(4):618-26
16. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014 Mar;121 Suppl 1:40-8
17. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019; 145(1): 54-61.
18. La-Orpipat T, Suwanrath C. Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: a hospital-based study in Southern Thailand. *J Obstet Gynaecol*. 2019; 39(7): 934-940.
19. Bostancı E, Abide C, Sanverdi I, Ozkaya E, Kilicci C, Kabaca C. Maternal-fetal outcome associated with adolescent pregnancy in a tertiary referral center: a cross-sectional study. *Ginekol Pol*. 2017;88(12):674-678.
20. Kamalak Z, Kö ü N, Kö ü A, Hizli D, Akçal B, Kafali H, et al. Adolescent pregnancy and depression: is there an association? *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2016;43(3):427-30.
21. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2018 Jan 27;15(1):15.

22. Karata İ V, Kanmaz AG, nan AH, Budak A, Beyan E. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019 May;48(5):347-350.
23. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio A, Chandra S, Voaklander D, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2019 Jan;33(1):88-99.
24. Goossens G, Kadji C, Delvenne V. Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies? *Psychiatr Danub*. 2015 Sep;27(1): 499-503.
25. White L. A Holistic Approach to Adolescent Pregnancy Prevention. *Am J Public Health*. 2018 Feb;108(S1): 4
26. Carmine L. Foreword: Contraceptive Strategies for Prevention of Adolescent Pregnancy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2018; 48(12): 319-320.
27. Fuller T, White C, Chu J, Dean D, Clemmons N, Chaparro C, et al. Social Determinants and Teen Pregnancy Prevention: Exploring the Role of Nontraditional Partnerships. *Health Promot Pract*. 2018; 19(1): 23-30.
28. Robbins C, Ott M. Contraception options and provision to adolescents. *Minerva Pediatr*. 2017; 69(5): 403-414.
29. Mori A, Kampata L, Musonda P, Johansson K, Robberstad B, Sandøy I. Cost-benefit and extended cost-effectiveness analysis of a comprehensive adolescent pregnancy prevention program in Zambia: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2017; 18(1): 604.
30. Juras R, Tanner E, Kelsey M, Lipsey M, Layzer J. Adolescent Pregnancy Prevention: Meta-Analysis of Federally Funded Program Evaluations. *Am J Public Health*. 2019; 109(4): 1-8.
31. Marseille E, Mirzazadeh A, Biggs M, Miller A, Horvath H, Lightfoot M, et al. Effectiveness of School-Based Teen Pregnancy Prevention Programs in the USA: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Prev Sci*. 2018; 19(4): 468-89.
32. Barfield W, Warner L, Kappeler E. Why We Need Evidence-Based, Community-Wide Approaches for Prevention of Teen Pregnancy. *J Adolesc Health*. 2017; 60(3): 3-6.

33. Oman R, Vesely S, Green J, Clements K, Lu M. Adolescent Pregnancy Prevention Among Youths Living in Group Care Homes: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health*. 2018; 108(1): 38-44.
34. Bellizzi S, Palestra F, Pichierri G. Adolescent Women with Unintended Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: Reasons for Discontinuation of Contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020; 33(2): 144-48.
35. Haider S, Stoffel C, Dude A. Adolescent Contraception Use after Pregnancy, an Opportunity for Improvement. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018; 31(4): 388-93.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS EMBARAZO ADOLESCENTE Y SUS COMPLICACIONES MATERNO NEONATALES EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2019

FICHA N° _____

GESTANTE ADOLESCENTE ()

GESTANTE NO ADOLESCENTE ()

1. Sociodemográficos

Edad: _____

Grado de instrucción:

Iletrada () Primaria () Secundaria () Superior ()

Estado civil:

Soltera () Casada () Conviviente () Viuda ()

2. Complicaciones maternas

EHE	Si () No ()	RPM	Si () No ()
Amenaza de aborto	Si () No ()	Desgarros	Si () No ()
Parto pretérmino	Si () No ()	Hemorragia	Si () No ()
DPPNI	Si () No ()	Histerectomía	Si () No ()
APP	Si () No ()		

3. Complicaciones neonatales

Prematuridad	Si () No ()	Polihidramnios	Si () No ()
BPN	Si () No ()	Malformaciones	Si () No ()
Fractura de clavícula	Si () No ()	Dificultad respiratoria	Si () No ()
Oligohidramnios	Si () No ()	Sepsis	Si () No ()

3.-PANTALLAZO DEL SOFTWARE TURNITIN

4/4/2021

Turnitin

<input type="checkbox"/>	Autor	Título	similitud	web	publicación	student papers	Archivo	Nº del Trabajo	Fecha
<input type="checkbox"/>	Hans Miguel Hamara...	Factores asociados a anemia en lactantes...	19% [19%]	11%	3%	12%	descargar el trabajo	1549870854	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Eliand Ivan Huananca...	Características clínico-terapéuticas de ...	19% [19%]	15%	3%	12%	descargar el trabajo	1549894081	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Yazelyn Linaache Mor...	Factores de riesgo para leucemia trans...	19% [19%]	18%	1%	7%	recargar el trabajo	1549897901	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Cristian Linaiza Tort...	Factores asociados a hipoglucemia en pedi...	19% [19%]	18%	5%	5%	descargar el trabajo	1549897511	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Fredy Suro Caluana	CALIDAD DE HISTORIA CLÍNICA Y RIESGO MÉD...	19% [19%]	16%	0%	12%	recargar el trabajo	1549893558	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Almendra Apaza Ticon...	Uso de guantes: factor que protege frente a ...	20% [20%]	18%	1%	5%	descargar el trabajo	1549854804	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Alumina Luz Calla A...	Factores de riesgo para aborto en gestan...	20% [20%]	17%	2%	8%	descargar el trabajo	1549871605	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Milagros Cordero Sos...	Embarazo adolescente y sus complicaciones...	20% [20%]	17%	1%	8%	descargar el trabajo	1549877008	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Licy Soyza Araujo	Características epidemiológicas y riesgo...	21% [21%]	16%	1%	12%	descargar el trabajo	1549888075	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Raquel Calce Ramos	Asociación entre presión arterial media ...	21% [21%]	18%	2%	7%	descargar el trabajo	1549882050	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Marta Calderon Ol...	NIVEL DE CONOCIMIENTOS RELACIONADOS AL R...	21% [21%]	18%	5%	8%	descargar el trabajo	1549889735	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Victor Chumbia Pauc...	Relación entre hemoglobina materna antep...	21% [21%]	17%	2%	11%	descargar el trabajo	1549891475	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Miel Milagros Laura...	Características clínico quirúrgicas y co...	21% [21%]	18%	3%	5%	descargar el trabajo	1549877778	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Windy Nolasco Calle...	Factores asociados a complicaciones post...	22% [22%]	16%	2%	10%	descargar el trabajo	1549858025	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Lila Canaza Cordero	Características clínico endoscópicas en ...	22% [22%]	18%	3%	8%	descargar el trabajo	1549878938	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Dennis Flores Flores	FACTORES ASOCIADOS A NEUMONÍA ADQUIRIDA	22% [22%]	19%	4%	9%	descargar el trabajo	1549858170	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Luz Tatiana Zavalta	Preeclampsia como factor de riesgo para ...	22% [22%]	16%	0%	13%	descargar el trabajo	1549882020	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Evelyn Yasmín Mayta...	Nivel de conocimientos y prácticas en ma...	22% [22%]	16%	1%	12%	descargar el trabajo	1549870111	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Ruth Elizabeth Valer...	ARTRITIS REUMATOIDE Y CALIDAD DE VIDA EN...	22% [22%]	20%	8%	6%	descargar el trabajo	1549888912	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Roloff Ramirez Farza...	Perfil clínico terapéutico del cáncer de...	23% [23%]	12%	2%	15%	descargar el trabajo	1549879326	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Wber Sosa Holguin	Índice neutrófilo-linfocito como predict...	24% [24%]	21%	13%	8%	descargar el trabajo	1549898872	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Meyer Hilarde Coam...	Características clínicas ecográficas y q...	27% [27%]	23%	5%	18%	descargar el trabajo	1549897441	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Jordy Erik Cruz Mam...	Factores de riesgo para ictericia neonat...	28% [28%]	19%	1%	21%	descargar el trabajo	1549872379	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Mirella Gisela Ramo...	Valor predictivo de Johnson-Tetshach	29% [29%]	24%	3%	12%	descargar el trabajo	1549879550	03-abr-2021
<input type="checkbox"/>	Henry Villalata Negr...	Perfil clínico terapéutico y tomográfico...	44% [44%]	29%	8%	32%	descargar el trabajo	1549888586	03-abr-2021

How likely are you to recommend Turnitin Feedback Studio to a co-worker?

Not at all (0) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremely likely

Powered by Weebly

https://www.turnitin.com/_inbox.asp?r=58.1754099443652&svr=35&lang=es&id=68011171&fo=0&ro=&pg=2

2/2