

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL EL PROGRESO ENERO - DICIEMBRE 2016**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

KATERINE NELLY ROJAS MARCOS

ASESOR:

Mg. MAURINA CALDERÓN UTCAÑA

LIMA, PERÚ

FEBRERO, 2018

INDICE

CARÁTULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
	Pág.

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1	Descripción de la realidad Problemática.....	3
1.2	Delimitación de la investigación.....	5
1.3	Formulación del problema.....	6
1.3.1	Problema principal.....	6
1.3.2	Problemas secundarios.....	6
1.4	Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1	Objetivo general.....	6
1.4.2	Objetivos específicos.....	6
1.5	Hipótesis.....	7
1.5.1	Hipótesis general.....	7
1.5.2	Identificación y clasificación de variables e indicadores.....	7
1.6	Diseño de la investigación.....	8
1.6.1	Tipo de investigación.....	8
1.6.2	Nivel de la investigación.....	8
1.6.3	Método.....	8
1.7	Población y muestra.....	8
1.7.1	Población.....	8
1.7.2	Muestra.....	8
1.8	Técnicas e instrumentos.....	9
1.8.1	Técnicas.....	9
1.8.2	Instrumentos.....	9

1.9	Justificación.....	9
-----	--------------------	---

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación.....	11
2.1.1	Antecedentes.....	11
2.1.2	Bases teóricas.....	17
2.1.3	Definición de términos.....	25

CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1	Presentación de resultados.....	28
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados.....	38

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1	Conclusiones.....	41
4.2	Recomendaciones.....	42

	FUENTES DE INFORMACIÓN.....	43
--	------------------------------------	-----------

ANEXOS

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Juicio de expertos

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

Dedico a Dios, por estar presente en cada uno de mis días y darme la fuerza para seguir adelante.

A mi esposo Diego García por su amor incondicional y su apoyo en todo momento.

A mi hija Camila por ser el motor y motivo de mi vida.

A mis padres por estar a mi lado en los buenos y malos momentos.

A mi asesora Maurina Calderón Utcaña, por sus conocimientos, orientaciones a lo largo de mi trabajo de investigación.

A las obstetras del Centro de salud Materno Infantil el Progreso por su apoyo y permitirme realizar mi trabajo de investigación.

A todos ellos, infinitas gracias.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de identificar las complicaciones maternas durante el embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Infantil El Progreso enero - diciembre 2016. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Población 312 gestantes adolescentes. Muestra alcanzada 170 gestantes adolescentes, realizado por muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión y exclusión, la técnica que se utilizó fue la recolección de información de fuente secundaria, con un instrumento previamente validado por juicio de tres expertos. **Resultados:** De acuerdo a la edad pertenecieron al rango de 17 a 19 años un 72% (123), etapa de la adolescencia tardía, 92% (156) tuvieron grado de instrucción secundaria, el 64,8% (110) estado civil conviviente, el 70% (119) ocupación ama de casa. Las principales complicaciones maternas presentadas en las adolescentes gestantes durante el primer trimestre fueron las infecciones urinarias con el 35% (60) seguida de anemia con el 13% (22), durante el segundo trimestre con mayor frecuencia se presentaron la hipertensión inducida por el embarazo 12% (21) seguida por la infección del tracto urinario 7% (12) y anemia 5% (9) y durante el tercer trimestre se presentaron con mayor frecuencia ruptura prematura de membranas 8% (13) seguido de desproporción céfalo pélvica 5% (8) y amenaza de parto prétermino 3% (5). Las **conclusiones** a las que se llegó son: la mayor frecuencia de las complicaciones se dio durante la etapa tardía de la adolescencia, en el primer trimestre del embarazo por lo que deben de ser foco de vigilancia del profesional obstetra responsable del control pre-natal de la gestante.

PALABRAS CLAVES: Embarazo, adolescencia y complicaciones maternas.

ABSTRACT

The present study was designed with the objective of identifying maternal complications during pregnancy in adolescents who attended the El Progreso Maternal and Child Health Center January - December 2016. Material and methods: Retrospective, descriptive and transversal study. Population 312 adolescent pregnant women. Sample reached 170 pregnant adolescents, performed by non-probabilistic sampling for convenience with inclusion and exclusion criteria, the technique used was the collection of information from a secondary source, with an instrument previously validated by three experts. Results: According to age, 72% (123), late adolescence stage, 92% (156) had a secondary level of education, 64.8% (110) marital status belonged to the range of 17 to 19 years old. 70% (119) occupation housewife. The main maternal complications presented in pregnant adolescents during the first trimester were urinary infections with 35% (60) followed by anemia with 13% (22), during the second trimester, hypertension induced by pregnancy was more frequent. 12% (21) followed by urinary tract infection 7% (12) and anemia 5% (9) and during the third trimester, premature rupture of membranes 8% (13) followed by pelvic cephalogram disproportion 5% more frequently (8) and threat of preterm delivery 3% (5). The conclusions reached are: the highest frequency of complications occurred during the late stage of adolescence, in the first trimester of pregnancy so they should be the focus of surveillance of the obstetrician responsible for prenatal control of the pregnant woman

KEY WORDS: Pregnancy in adolescents and maternal complications.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es una entidad mundialmente conocida como un problema relevante de la salud pública, tanto en países desarrollados como en aquellos países en vías de desarrollo: por su prevalencia, su tendencia a aumentar en los sectores más carenciados de la población, sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño, su contribución a la persistencia de la pobreza y porque se puede prevenir. ¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que anualmente alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años dan a luz y en el caso de Perú en particular, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2012, el 13,2% de las adolescentes de 15 a 19 años habían cursado un embarazo. Según datos del Censo del 2007 en el Perú hay 160,258 madres adolescentes de 12 a 19 años, de las cuales 4,521 tienen edades entre 12 a 14 años y 155, 738 entre 15 a 19 años. La prevalencia del embarazo en adolescentes se concentra en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas como los grupos indígenas. ²

La adolescencia en sí es una etapa muy compleja de atravesar en el ser humano, ya que si bien ya se cuenta con elementos suficientes para conocer y entender como es el mundo que les rodea, su organismo atraviesa por muchos cambios tanto físico como mentales, los cuales en muchas de las ocasiones no comprenden al 100%; entre dichos cambios se encuentra el despertar y querer iniciar una vida sexual activa, y para lo cual hay distintas opciones de acuerdo a la educación que se le dé en el hogar, la escuela o de acuerdo a la presión social en la cual se desenvuelva la adolescente. ³

Algunas adolescentes no saben cómo evitar el embarazo, en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aún

cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas, no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección. ⁴

Las cifras del Minsa confirman la tendencia. En la última década, la cifra de madres menores de 15 años pasó de 936 casos en 2005 a 1,040 nacimientos en el año 2015, esto quiere decir que, en el Perú, cada día del año, al menos 4 menores de 15 años de edad se convierten en madres, mientras que entre las adolescentes de 15 años se registra un promedio de 11 partos al día. Elena Zúñiga, representante del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en el Perú, señaló que las madres menores de 16 años tienen cuatro veces más riesgos de morir en el parto que una mujer mayor de 20 años. Debido a que el 32% del total de nacimientos registrados en este grupo de edad habría ocurrido alguna complicación en el embarazo, por lo que hay altas probabilidades de riesgo para la vida de la madre y del recién nacido. Además, se debe tener en cuenta que el embarazo a temprana edad afecta también las oportunidades de educación de las mujeres y su capacidad para generar ingresos. Trunca sus planes de vida y sus posibilidades de progreso". Para Zúñiga, una de las causas por las que aumentó el embarazo en menores de 15 años sería el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales. Según los datos del Ministerio de la Mujer, aproximadamente el 40% de los jóvenes inicia su vida sexual antes de los 18 años, en muchos casos por factores culturales, porque hay muchas familias donde se consiente esta práctica desde más jóvenes.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA:

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS) la adolescencia es la etapa que transcurre desde los 10 hasta los 19 años donde la adolescente enfrenta cambios físicos, biológicos, endocrinos, psicológicos y por ende sociales encaminados a lograr la madurez biológica y mental que le permita un crecimiento y desarrollo apropiado para enfrentar los embates de la vida adulta, la interrupción de cualquiera de estos cambios marcan de manera importante en futuro de un adolescente cuando por falta de madurez deben tomar decisiones cruciales para proyectar el rumbo de sus vidas.⁶

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo a pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer y prematurez. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica.⁷

El 80% de las adolescentes embarazadas pertenece a un medio socioeconómico desfavorecido, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres del 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. Aunque el embarazo en las madres tiende a disminuir con el tiempo, sigue siendo una preocupación desde el punto de vista médico y psicosocial. La reproducción del mismo esquema de una generación a otra plantea el problema

de la prevención muy lejos de ser perfecta. Se trata de un verdadero problema de salud pública que no será fácil de resolver. En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social, rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido.⁸

Datos recopilados por la organización Mundial de la salud (OMS) las adolescentes entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto en comparación con mujeres mayores de 20 años de edad; las adolescentes menores de 15 años de edad tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto. Se estima que de 2 a 4.4 millones de adolescentes en los países en desarrollo se someten a abortos inseguros cada año; además las madres adolescentes tienen más probabilidades de que sus recién nacidos tengan bajo peso al nacer, por lo que corren riesgo de desnutrición y problemas de desarrollo; así mismo la mortalidad infantil es más alta en los niños nacidos de madres adolescentes.⁹

Furzan y sus coautores encontraron que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública mundial, asociado con mayores riesgos para la salud de la madre y con el peor pronóstico para el niño, a corto y a largo plazo, las adolescentes tienen un riesgo mayor de tener niños afectados de prematuridad, bajo peso, desnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo; además, es mayor la mortalidad infantil. A pesar de ello, se desconoce si el riesgo se debe, primariamente, a la inmadurez biológica de la adolescente o a las condiciones sociales precarias.¹⁰

En el análisis de datos de diversos estudios muestran que las adolescentes presentan mayor riesgo de infección del tracto urinario, anemia, preeclampsia, eclampsia, trabajo de parto disfuncional, hemorragias postparto, infecciones puerperales, así como un mayor riesgo de tener un niño de bajo peso, retardo de

crecimiento intrauterino y recién nacido prematuro, al comparar cifras con datos provenientes de mujeres adultas.^{11,12} Estos resultados son aún mayores en adolescentes con reincidencia de embarazo ya que la mayoría repite el embarazo con periodos intergenésico cortos. Constituyendo así una condición de alto riesgo obstétrico para que se presenten las complicaciones. También señalan que una de las complicaciones del embarazo o patología asociada al embarazo, más frecuente en adolescentes es la anemia, con niveles de hemoglobina inferiores a 11g/dl.¹³

En conclusión, el embarazo adolescente es un problema de salud familiar y social que puede afectar el futuro de las adolescentes y marcarlo de forma tal que impida su desarrollo en la sociedad. Si a esto se le suma que puede tener complicaciones durante el embarazo y que puede tener una morbimortalidad tanto para la madre como para el recién nacido y ver limitadas sus opciones de vida.

La información presentada refleja la realidad mundial y nacional. A nivel local no hay ningún trabajo de investigación relacionado a este tema, que hace que surja la interrogante que motiva a realizar esta investigación de la población materna adolescente a nivel local.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación geográfica:** La investigación se realizó en el Centro de salud Materno Infantil El Progreso institución de Nivel I-4 con internamiento, que pertenece a la Dirección de redes integradas de salud Lima Norte, ubicado en el Distrito de Carabayllo, departamento Lima.
- **Delimitación temporal:** El presente estudio se realizó en el año 2016.
- **Delimitación social:** La población sujeta de estudio fueron las gestantes adolescentes.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.3.1. Problema Principal:

¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Infantil El Progreso enero - diciembre 2016?

1.3.2. Problemas Secundarios:

- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las gestantes con complicaciones maternas?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el primer trimestre de embarazo?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el segundo trimestre de embarazo?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el tercer trimestre de embarazo?

1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.4.1. Objetivo general:

Identificar las complicaciones maternas durante el embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Infantil El Progreso enero - diciembre 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Determinar el perfil sociodemográfico de las gestantes con complicaciones maternas.
- Identificar las complicaciones maternas durante el primer trimestre de embarazo.
- Identificar las complicaciones durante el segundo trimestre de embarazo.
- Identificar las complicaciones durante el tercer trimestre de embarazo.

1.5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis General

Este estudio no requiere de hipótesis porque es de tipo descriptivo.

1.5.2. Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES		
VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
V1 Perfil Sociodemográfico	Edad	10 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior
	Estado civil	Soltera Casada Conviviente
	Ocupación	Estudiante Empleada Ama de casa Independiente
V2 Complicaciones maternas	Primer trimestre	1° - 3° mes
	Segundo trimestre	4° - 6° mes
	Tercer trimestre	7° - 9° mes

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Tipo de investigación:

Retrospectivo: Porque el evento que son las complicaciones maternas han ocurrido antes del estudio.

Descriptivo: Porque determina y describe las complicaciones maternas en las gestantes adolescentes.

Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.

1.6.2. Nivel de Investigación:

La investigación es no experimental, ya que se interesa solo conocer las complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes.

1.6.3. Método:

Se aplicó el método cuantitativo porque permitió examinar los datos de manera numérica, permitiendo elaborar tablas o gráficos para la presentación de los resultados.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Población: 312 historias clínicas de gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil El Progreso de enero- diciembre 2016

1.7.2. Muestra: El tamaño muestral lo constituyeron 170 gestantes adolescentes de 10 a 19 años acudieron al servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil El Progreso de enero- diciembre 2016, con criterios de inclusión y exclusión.

1.7.2.1. Criterio de inclusión

- Historias clínicas de gestantes adolescentes que presentaron complicaciones.
- Historias clínicas con datos completos.

1.7.2.2. Criterio de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos.
- Gestantes adolescentes que no presenten complicaciones.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.8.1. Técnicas:

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica.

1.8.2. Instrumentos:

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos el cual fue validado por juicio de tres expertos; estructurada en tres partes:

- I.- Datos generales
- II.- Características sociales- demográficas
- III.- Complicaciones durante el embarazo

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es importante, porque involucra a uno de los estratos poblacionales más importantes, más vulnerables y a la vez poco atendidos, porque establece un estudio de dos personas a la vez como es el binomio madre-hijo, para identificar y controlar los factores de riesgo, dado el embarazo adolescente.

Este estudio se realizó debido a que durante mis prácticas pre-profesionales observé que en el área de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil El Progreso, Carabaylo, acudían gestantes con complicaciones. Del total de gestantes el 46% corresponde a menores de 19 años es decir eran adolescentes.

Con los resultados de este estudio pretendo colaborar con el personal de salud en relación a la forma de plantear sus estrategias de prevención del embarazo en adolescentes, especialmente sobre las complicaciones maternas en estas madres

ya que representa casi una mitad del total de las atenciones que se brindan en este Centro de Salud Materno Infantil El Progreso, también este estudio contribuirá a identificar cuáles son las principales complicaciones maternas en las adolescentes que tienen sus controles prenatales en este establecimiento.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1. ANTECEDENTES

Robayo Villafuerte W. En su investigación titulada “Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el hospital provincial General de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013”, con el **objetivo** de identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes. **Material y métodos:** el presente estudio es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo donde fueron incluídas un total de 160 adolescentes embarazadas, distribuidas entre edades de 12 a 19 años. Resultados una media de 17,5 y una desviación estándar de 1,45; los adolescentes en edad temprana (10 – 13 años) representaron el 1% de la población, los adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21%, y la mayor parte de la población con el 78% correspondió a adolescentes en etapa tardía. La mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años; sin embargo, se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. En cuanto al estado civil el 49,4% de las mismas se mantenía en unión libre, un alto porcentaje 30,6% eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas. Al referirnos al inicio de la vida sexual activa, la mayoría de las mismas inició su vida sexual entre edades de 15 a 18 años; sin embargo, cabe recalcar que pese a porcentajes inferiores se evidenció el inicio aún más precoz de la actividad sexual, incluso en adolescentes de 12 años. De

las mismas el 78,1% mantuvo una relación monogámica, el 18,1% tuvo 2 parejas, el 3,1% tres e incluso un 0,6% presentó 4 parejas sexuales. Al analizar la paridad, el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones. La mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo, de todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía cefalo-vaginal y por varias causas el 30% en cesárea. **Conclusiones:** Del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación, 30% presento desgarros perineales, principalmente grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones que representaron el 25%.¹⁴

Panduro Barón J, Jiménez Castellanos P, Pérez Molina J, et. al. En su investigación titulada “Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales, 2012. **Objetivo:** Determinar las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes. **Material y método:** estudio de casos y controles efectuado en el Hospital de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, del 1 Julio de 2010 al 31 de diciembre del 2011. El grupo de casos lo conforman 550 puérperas adolescentes \leq 18 años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas; el grupo control lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por encuesta directa y se analizaron con las pruebas estadísticas χ^2 y razón momios. Resultados: en las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. No hubo diferencias en el número de controles prenatales, vía de nacimiento, tipo de líquido amniótico y molestias habituales durante el embarazo.¹⁵

Lopez Quevedo E. En su investigación titulada “Complicaciones Obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital “Homero Castanier

Crespo” en el periodo enero – diciembre 2008. [Tesis para optar título de médico] Ecuador año 2012. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de complicaciones Obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el año 2008. **Material y método:** se reviso todas las historias clínicas que registraron a gestantes adolescentes en el año 2008. La muestra fue tomada de estas historias clínicas y se excluyeron a aquellas que no presentaron complicaciones. Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por la investigadora, luego la información recolectada fue ingresada en el programa Excel y analizada en el programa SPSS.**Resultados:** El 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 y 19 años de edad (Adolescencia tardía), el 65.5% perteneció a la zona rural. El 43.64% ha estudiado secundaria incompleta y el 40% son casadas. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 92 casos (41.82%), la infección de las vías urinarias en el 30.91%, la amenaza de parto pretérmino representó el 10%, mientras que el parto pretérmino se presentó 2.73%, la ruptura prematura de membranas y la desproporción cefalo pélvica constituyeron el 8.64%, la preeclampsia representa el 4.55%, el desgarró perineal grado II se presentó en el 1.82%. el aborto diferido con el 3.64% seguido del aborto incompleto 2.73%, la amenaza de aborto representó el 1.82%, el aborto en curso en el 0.91%, no se presentaron casos de aborto inevitable ni aborto séptico.¹⁶

Morocho Espinoza C, Narváez Gallegos G, Rodas Vanegas A. En su investigación titulada “Prevalencia de complicaciones durante el tercer trimestre del embarazo y en el parto en madres adolescentes y madres adultas atendidas en el Hospital Básico de Paute-Ecuador; 2012-2013”. [Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano]. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de complicaciones en el tercer trimestre de embarazo y parto en madres adolescentes y adultas en el Hospital Básico Paute. **Metodología:** Es un estudio descriptivo en el que se analiza la prevalencia de complicaciones en tercer trimestre de embarazo y parto en madres adolescentes y adultas del Hospital Básico Paute. El método utilizado fue el registro de historias clínicas de todas las pacientes atendidas en el área de Gineco-Obstetricia. La tabulación y

análisis se realizó mediante la elaboración de tablas en EPI-Info, y EXCEL. Resultados: Se encontró un 21.9% de adolescentes embarazadas y un 78.1% de madres adultas gestantes. El 54% de las adolescentes permanecían en unión libre, el 51.2% de adultas eran casadas. Un 39.4% de adolescentes completó la secundaria mientras que un 49.3% de adultas terminó la primaria. La complicación del tercer trimestre más frecuente en ambos grupos fue la vaginosis con un 24.1% en adolescentes y 20.2% en adultas, seguida de la infección de vías urinarias, tanto en adolescentes con 19.7 y 18.8 % en adultas; mientras que la complicación del parto fue la hipodinamia uterina en los dos grupos, adolescentes 25.5% y un 22.5% en adultas. Conclusiones: se encontró que la Vaginosis y la Infección del tracto urinario son las más frecuentes tanto en el grupo de adolescentes como en el de adultas. Mientras que en las complicaciones del parto en ambos grupos la Hipodinamia y el traumatismo del tracto genital resultaron las más frecuentes.¹⁷

Esteves Bermejo S. En su investigación titulada: “Complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes. Hospital Sergio E. Bernales – Collique, octubre – diciembre 2014”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia] Objetivos: Determinar las complicaciones maternas en el segundo embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales Collique, de octubre a diciembre del 2014. Material y método: Diseño de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estuvo constituida por 111 gestantes adolescentes; la muestra la conformaron 29 gestantes adolescentes en su segundo embarazo que cumplieron los criterios de selección. El muestreo, fue no probabilístico intencionado. Resultados: Las complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes fueron: durante la gestación anemia (31%), infección de tracto urinario (27.6%), amenaza de aborto (24.1%), ruptura prematura de membranas (10.3%) y oligoanmios (6.9%). Complicaciones asociadas al parto, trabajo de parto disfuncional (13.8%) y desgarros perineales (6.9%). Complicaciones en el puerperio; anemia (44.8%), infección de tracto urinario (24.1%), atonía uterina (6.9%) y endometritis (3.4%).

18

Uría León R. En su investigación titulada: “Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes, enero a noviembre 2014”. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Objetivo: Establecer las complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes, enero a noviembre 2014. Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional en 129 gestantes adolescentes con complicaciones clínico ginecológicas, el presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes durante el periodo enero a noviembre 2014. Resultados: La mayor prevalencia de las otras patologías con el 3.5%, luego la ITU con 3.3% y el 1.7% fue para la amenaza de parto pre término. Desde los 15 años hasta los 18 años se distribuyeron las gestantes adolescentes. El 1.6% era casada, de ocupación su casa, con estudios secundarios (87.6%), el 28.7% con casa propia. El 57.4% no presentó ITU, el 40% presentan infección urinaria. Conclusiones: La mayor prevalencia de cada tipo de complicación fue para la Infección del tracto urinario (3.3%), y la anemia (3%). Entre los factores de riesgo en este estudio, tenemos la edad de las adolescentes (de 15 a 18 años (97.7%), su estado civil no casadas el 98.4%, la mayoría tiene nivel de estudio secundario (87.6%), solamente el 28.7% tiene vivienda propia. El 42.6% tuvo infección del tracto urinario, la edad de menarquía estuvo entre los 11 a 14 años (96.9%), el 96.8% inicio sus relaciones sexuales entre los 13 y 17 años, es decir en su minoría de edad. El 87.6% de las adolescentes gestantes no tienen antecedentes patológicos, igualmente el 83.7% no tiene antecedentes familiares de diabetes mellitus, hipertensión arterial, infección del tracto urinario entre otros. El 44.2% no recuerda la fecha de la última regla. El 83.7% no usa métodos anticonceptivos, y dentro de las manifestaciones clínicas que presentaron las adolescentes embarazadas, el 42% tuvo dolor abdominal en hipogastrio y el 19.8% tuvo ginecorrágia. Dentro de las complicaciones clínico ginecológicas, se presentó ITU con 22.9% y el 21% tuvo Anemia.¹⁹

Arévalo Gómez F, Torres Medina Y. En su investigación titulada: “Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Material y métodos: Estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por 416 y la muestra por 200 puérperas adolescentes. La técnica es la revisión documentaria y como instrumento se usó una ficha de recolección de datos. Los resultados fueron: Las adolescentes presentaron como factores de riesgo materno el: ser convivientes 75%, de procedencia urbana 60.5%, el presentar ITS 3.5%, el presentar Enfermedad Hipertensiva con 13%, el presentar anemia con 43.5% e ITU 50%. Como factores de riesgo obstétrico presentan atención prenatal inadecuada 38% y edad gestacional menor de 37 semanas 15.5%. La población de adolescentes presenta como complicaciones maternas perinatales: prematuridad 14.5%; bajo peso al nacer 18%; sepsis severa 0.5%; pre-eclampsia 12% y la Eclampsia 0.5%. Conclusiones: existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los factores de riesgos maternos y obstétricos con las complicaciones maternas perinatales²⁰

Paliza López O, en su estudio titulado “Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba julio a diciembre 2014”, San Martín Perú. Material y métodos: estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, cuya población y muestra fueron 145 gestantes adolescentes, recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica. Resultados: el 67.6% presentan entre 17 a 19 años, el 47.6% proceden de la zona urbana, el 59.3% con nivel de instrucción secundaria, el 75.9% son primigesta, el 9.7% con antecedente de aborto, el 18.6% con menos de 37 semanas de gestación, el 71.7% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34.5% terminan su embarazo en cesárea. El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarro I grado (7.6%), pre-clampsia leve/severa (6.9%) y

aborto incompleto (6.2%). El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y prematuridad (2.8%). El adecuado control prenatal se relacionó significativa ($p=0.000$) a la presencia de complicaciones obstétricas. La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones no se relacionan con la frecuencia de complicaciones obstétricas. La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones y control prenatal no se relacionan con la frecuencia de complicaciones perinatales. Conclusiones: Las gestantes adolescentes que se atiende en el Hospital II-1 de Moyobamba presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas que perinatales.²¹

2.1.2. BASES TEÓRICAS

ADOLESCENCIA:

La OMS define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio – económica”, de acuerdo a la OMS, esta se fija entre los 10 y 19 años de edad.²²

La adolescencia según Issier se divide en 3 etapas:

a) Adolescencia temprana (10 – 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Se aprecia preocupación y curiosidad por los rápidos cambios corporales y por la normalidad del proceso de maduración sexual y crecimiento corporal. Estos cambios físicos juegan un papel importante en el proceso de la imagen corporal; está incierto aún de su propio físico y del resultado final del proceso de crecimiento y maduración sexual.

b) Adolescencia Media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; es cuando se está completando prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Los caracteres secundarios se han establecido, está declinando o terminando. Lo que hace que el/la adolescente muestre menos

preocupación; pero la imagen corporal aún no está plasmada por lo que hace que traten de ser más atractivos, buscando ser atendidos por el sexo opuesto. Todo esto demuestra incertidumbre respecto a su físico y a su apariencia.

c) Adolescencia Tardía (17 – 19)

Los adolescentes en etapa son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y su crecimiento. La imagen corporal debe estar plasmada y la aceptan, y el joven despreocupado y satisfecho con su físico, El arreglo personal es menos compulsivo y ansioso.²²

Una definición más dinámica incluye en esta etapa de la vida que hay cambios rápidos en la esfera biológica, psicológica y social, estos cambios que son parte del proceso de la madurez hacen al adolescente vulnerable, por lo que, se encuentra expuesto a numerosos riesgos.²³

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia, de acuerdo a la OMS se define como la gestación que ocurre en jóvenes entre los 10 y 19 años de edad. En la actualidad es uno de los fenómenos sociales que se observa cada vez con más frecuencia en muchos países y en nuestra sociedad.²⁴

La duración media del embarazo calculada desde el primer día del último período menstrual normal es muy cercana a los 280 días o 40 semanas.²⁵

➤ Trimestres del embarazo

Se ha vuelto costumbre dividir el embarazo en tres periodos iguales de unos tres meses calendario. Por costumbre, el primer trimestre se extiende hasta que se completan las 14 semanas, el segundo trimestre hasta la semana 28 y el tercero incluye de la semana 29 a la 42 de la gestación.²⁵

➤ Grávida

Una mujer que está embarazada o lo ha estado alguna vez sin importar el resultado del embarazo. Con el establecimiento del primer embarazo, se

convierte en primigrávida (primigesta) y con los embarazos sucesivos, una multigrávida (multigesta).²⁵

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

a) Grado de instrucción: Las adolescentes embarazadas también suelen carecer de posibilidades de continuar con su educación, debido a la maternidad a tan temprana edad y tener que sacar a su recién nacido adelante. Teniendo también una gran falta de recursos económicos lo que les plantea un futuro muy difícil tanto a la madre como al bebe. Otra de las consecuencias del alto riesgo en esta clase de embarazos, es total desconocimiento a esas edades de los signos del embarazo con la consiguiente tardanza en su diagnóstico, junto con la gran dificultad una vez confirmado de la comunicación a su familia y entorno por la vergüenza a sufrir.²⁶

b) Estado civil: Uno de los principales cambios que trae ser madre a temprana edad es el cambio en el estado civil. Por tradición cultural la mujer embarazada tenía que entablar una relación matrimonial prematura, pues la sociedad veía a la mujer a menudo únicamente en su papel de producción de hijos, por tanto, su función era darlos a luz y criarlos dando por hecho una unión matrimonial con el padre biológico. Sin embargo, la situación actual presenta cambios importantes:

La función social de la mujer ya no es únicamente tener hijos y criarlos, sino que ella ha cambiado su estilo de vida en el que prima su desarrollo personal antes que una unión sentimental.

Por tanto, por más que la mujer sea madre adolescente, es capaz de criar y mantener a su hijo por sí sola sin la necesidad indispensable de contraer matrimonio.

La aceptación de la madre soltera por parte de la sociedad es cada vez mayor.

Cada vez es más frecuente que la madre permanezca soltera, a diferencia del pasado, cuando la mayoría de los embarazos adolescentes conducía a unión o matrimonio voluntario o forzado, la mayoría de las madres adolescentes tiene matrimonios menos estables que aquellas que posponen la maternidad para más adelante.²⁷

c) Ocupación actual: actividad laboral en las madres adolescentes, se ve afectado por el bajo nivel de formación y la escasa o nula experiencia laboral, hace que no sea fácil

encontrar un trabajo, en caso de encontrarlo es mal remunerado y no llega a satisfacer sus necesidades económicas.

Las madres adolescentes, si no cuentan con el apoyo familiar terminan en deserción escolar, lo que genera una vida productiva laboral por debajo de los niveles mínimos de ingreso.²⁸

COMPLICACIONES MATERNAS

El embarazo en la adolescencia se asocia con algunos peligros médicos, como son: escaso y tardío control prenatal, incremento del aborto, mayor número de dificultades en el parto (cesáreas y fórceps), multiparidad precoz, mayor mortalidad materna, infantil y fetal, y mayor número de complicaciones (elevación de la presión arterial, anemia, enfermedades que se transmiten por medio del contacto sexual y malnutrición). Se considera que un millón de jóvenes entre 15 y 19 años se embarazan cada año y de ellas el 40 % terminan la gestación mediante el aborto.⁷ Datos oficiales del Ministerio de Salud (MINSAP) revelan que en el año 2012 se realizaron en el país 22 424 abortos inducidos solo en adolescentes entre las edades entre 15 y 19 años. ²⁹

✚ AMENAZA DE ABORTO:

Se define como el sangrado vaginal antes de la semana 20 de gestación. Aparece en al menos el 20% de todos los embarazos. El sangrado suele ser leve dolor abdominal bajo o de tipo cólico. En la exploración encontramos el cuello uterino cerrado, puede haber un sangrado a través del orificio cervical externo, y no hay dolor a la movilización cervical. (8) Cerca del 50% de estos embarazos se abortará, aunque el riesgo es menor cuando se encuentra latido cardiaco fetal.³⁰ La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia define aborto la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por

ejemplo, huevo no embrionario, mola hidatidiforme, etc.), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si fue espontáneo o provocado.³¹

HIPERTENSIÓN INDUCIDA EN EL EMBARAZO:

El término Hipertensión en el Embarazo (o Estado Hipertensivo del Embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal. La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo, está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos propios del embarazo, particularmente la pre eclampsia. Debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y sólo diagnosticarse por primera vez durante el mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto. Se define como Hipertensión, la tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas en el transcurso de una semana.³²

Los trastornos hipertensivos complican a 5 a 10 % de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la triada letal junto con la hemorragia y la infección que contribuyen en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad materna.³³

La Preeclampsia es causa mayor de morbimortalidad materna y fetal en el mundo; en el Perú, la incidencia varía alrededor de 4,9%, de acuerdo al SIP-2000, aunque pasa el 10% en la costa.³⁴

ANEMIA:

La anemia durante el embarazo se determina por una concentración de hemoglobina (Hb) menor de 11g/dl, así lo plantea la OMS ³⁵. Según los valores de hemoglobina (Hb), la anemia materna se divide en leve (11- 9g/dL), moderada (8,9-7g/dL) y severa (< 7 g/Dl). La frecuencia de anemia moderada/severa es más alta en la selva baja con 2,6 % seguido de la costa con 1,0 %. En la sierra, la frecuencia más alta de anemia moderada/severa se observó en la sierra sur con 0,7 %. La anemia en el Perú es un problema que viene desde antes, probablemente asociado más a problemas parasitarios e infecciosos antes que nutricionales. En los últimos años se han realizado estrategias para reducir la anemia en gestantes, procedentes de la selva, a través del tratamiento con antiparasitarios; asimismo, recientemente se ha sugerido que no sería necesario modificar los valores de Hb para definir anemia en la gestante en la altura.³⁶

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO:

Las infecciones urinarias, son procesos infecciosos que afectan las estructuras que participan en la secreción y eliminación de orina: riñones, uréteres, vejiga y uretra. De acuerdo al sitio donde asienta el proceso infeccioso se clasifican en:

- a) Tracto urinario bajo (vejiga – uretra): cistitis. Bacteriuria asintomática.
- b) Tracto urinario alto (riñones – pelvis renal – uréteres): pielonefritis aguda.³⁷

Por otro lado, Molina señala que las infecciones de vías urinarias son una de las primeras causas de morbilidad y que la E. Coli es el principal agente causal en más del 90% de casos, seguida por 14 Klebsiella, Proteusy Staphylococcus, lo cual podría asociarse además de los factores orgánicos a los hábitos de higiene que se atribuye al estado socioeconómico bajo y malos hábitos higiénicos.³⁸

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:

La amenaza de parto pretérmino, consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial. A pesar de que se ha logrado disminuir su frecuencia, debido a las mejoras existentes en prácticas de fertilidad y el aumento de estrategias que buscan la prevención de esta patología; sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil, lo que ocasiona secuelas a corto y largo plazo, y lo convierte en un importante problema de salud pública. Debido a esto es trascendental reconocer a todas aquellas mujeres que tengan riesgo de presentar una amenaza de parto pretérmino, principalmente aquellas que ya tuvieron antecedente de un parto prematuro. Sin embargo, en muchas ocasiones no es posible encontrar factores de riesgo por lo que se debe tener conocimiento de las diferentes herramientas clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta patología para poder así realizar un diagnóstico rápido y tomar las medidas necesarias del caso, ya que la sobrevida neonatal aumenta progresivamente con la edad gestacional, por lo que cada día tiene un impacto crítico en esta, además disminuye el riesgo de mortalidad y de complicaciones.³⁹

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

La ruptura prematura de membranas (PROM) se define como la ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto activo, ocurre a término en el 94% de las veces. Si el feto no ha llegado a término se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM), lo cual ocurre en 2% al 8% de los casos. Si entre la ruptura prematura de membranas y el inicio del trabajo de parto transcurren 24 horas o más, se convierte en una PROM prolongada. Su etiología está poco definida y las consecuencias para la madre y el feto son variadas. El manejo es controvertido cuando la ruptura ocurre antes de que el feto sea viable (antes de las 22- 24 semanas de gestación) entre el expectante o activo, dependiendo de diversos factores como lo es la edad gestacional o la presencia de

corioamnioitis entre otros. La ruptura prematura de membranas es la principal causa identificable de prematuridad, responsable de alrededor del 20% de las muertes perinatales en Estados Unidos. ⁴⁰

La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional. En algunas pacientes más de una posible causa es encontrada. A medida que la ruptura se ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas. Además de los dos factores ya señalados, otros factores asociados a ruptura prematura de membranas son: Bajo nivel socioeconómico, fumar, enfermedades adquiridas por transmisión sexual, parto pretérminos anteriores, labor de parto pretérmino en semanas anteriores en el actual embarazo, conización cervical por tratamientos al cuello del útero, polihidramnios, embarazos múltiples, amniocentesis, cerclaje del cuello del útero y sangrados vaginales durante el actual embarazo, enfermedades pulmonares durante el embarazo, bajo índice de masa corporal y recientemente se ha demostrado que la suplementación con Vitamina C y E es un factor de riesgo. ⁴¹

DESproporción FETO-PÉLVICA:

La desproporción fetopélvica (DFP) es la causa más importante de parto por cesárea en el mundo y en los países no desarrollados constituye un serio problema para la salud de la madre y el niño por nacer. Los factores que participan en esta complicación del parto es el tamaño del feto, el tamaño de la pelvis materna y la naturaleza de la contracción uterina. La herencia juega un papel muy importante en el tamaño de la pelvis; ya que las pelvis contraídas son hereditarias y están asociadas a la talla baja de la madre. La talla de la mujer adulta es también un marcador del estado de nutrición infantil. El tamaño del feto es además influenciado por la talla de madre, ya que el tamaño fetal depende directamente del estado nutricional materno, caracterizado por el peso pregestacional, la talla, ganancia de

peso, edad y paridad. Debido a que existe escasa información sobre la desproporción fetopélvica en nuestro medio, se realizó esta investigación, con el propósito de determinar las variables maternas y fetales que predicen la desproporción fetopélvica en una población de mujeres en Lima. Se definió DFP como la detención del parto durante dos horas en nulíparas y una hora en multíparas, durante el segundo estadio del parto, y el nacimiento ocurrió por cesárea.⁴²

2.1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **ADOLESCENCIA:** La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose
- **GESTANTE ADOLESCENTE:** Mujer en estado grávido o embarazada entre los 10 a 19 años.
- **EMBARAZO:** Periodo comprendido entre la fecundación del óvulo y el parto, durante el cual tiene lugar el desarrollo embrionario.
- **COMPLICACIONES MATERNAS:** Son las patologías asociadas al embarazo que ponen en riesgo la salud materna y fetal.
- **NUMERO DE GESTACIONES:** Cantidad de gestaciones, sean estas, embarazos o abortos que ha presentado la adolescente.
- **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:** la demografía se entiende como la ciencia que tiene por objeto el estudio de la población humana, ocupándose de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales, principalmente desde un punto de vista cuantitativo. Las dimensiones que se abordan en esta ciencia se refieren al conjunto de variables del estado y dinámica de la población
- **ANEMIA:** Complicación de la gestación que se corresponde con valores de hemoglobina menores de 11 g/dl en el primer o tercer trimestre de la gestación y en menor de 10.5 g/dl en el segundo trimestre de la gestación.

- **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO:** hipertensión arterial que complica el embarazo, durante el parto y/o la primera semana postparto, con o sin proteinuria y/o edema, grupo que incluye a los diagnósticos usuales de toxemia, pre eclampsia, y eclampsia (Davies, 1983).
- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** La presión arterial sistólica es mayor de 140 mm de Hg. y la diastólica mayor de 90 mm de Hg, en dos o más ocasiones.
- **INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO:** Presencia de gérmenes en el tracto urinario.
- **PARTO PRE-TÉRMINO:** el parto que comienza antes de la semana 37 de embarazo.
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Es el nivel de instrucción de una persona en el sistema regular de educación considerado como es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos
 Se distinguen los siguientes niveles:
Sin instrucción. Involucran a aquellas personas que no saben leer ni escribir.
Primarios. Se considera a aquellas personas que saben leer y escribir, pero no han terminado ningún tipo de estudios y/o tienen, Educación inicial, Educación Primaria
Secundarios. Consideran a aquellas personas con estudios secundarios
Formación Profesional. Considera a aquellas personas con estudios superiores universitario, técnicos, pedagógicos.
- **OCUPACIÓN:** Se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales.
- **ESTADO CIVIL:** Es la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Soltero(a): Se asigna este código a aquellas personas que nunca han estado casadas y actualmente no conviven.

Casado(a): Se asigna este código sólo a aquellas personas casadas legalmente y que viven con pareja.

Conviviente: Se asigna este código a aquellas personas que hacen vida marital sin estar casados legalmente.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1. RESULTADOS

En el presente estudio se buscó identificar las complicaciones maternas durante el embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Infantil El Progreso durante enero-diciembre 2016. Habiendo recolectado los datos en una ficha se procede a su procesamiento en el programa estadístico SPSS, obteniéndose los resultados que presento y describo a continuación.

EDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

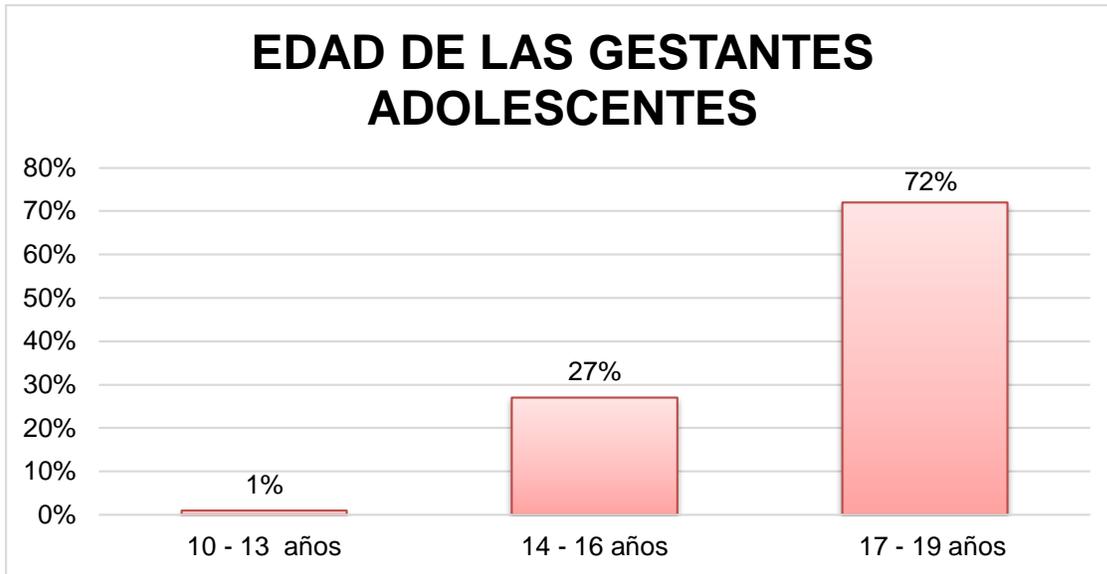
TABLA 1

2016

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
10 - 13 años	1	1%
14 - 16 años	46	27%
17 - 19 años	123	72%
TOTAL	170	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigadora realizada en el Centro de Salud Materno Infantil El Progreso Enero – diciembre 2016.

GRÁFICO 1



INTERPRETACIÓN: La distribución según la edad de las gestantes adolescentes con complicaciones en estudio se tuvo como promedio 16 años. (etapa de la adolescencia media), el 72% se encontraba entre los 17 y 19 años (etapa de la adolescencia tardía) seguida con un 27% (46) de 14 a 16 años (etapa de la adolescencia media) y con 1% (1) entre 10 a 13 años (adolescencia temprana).

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

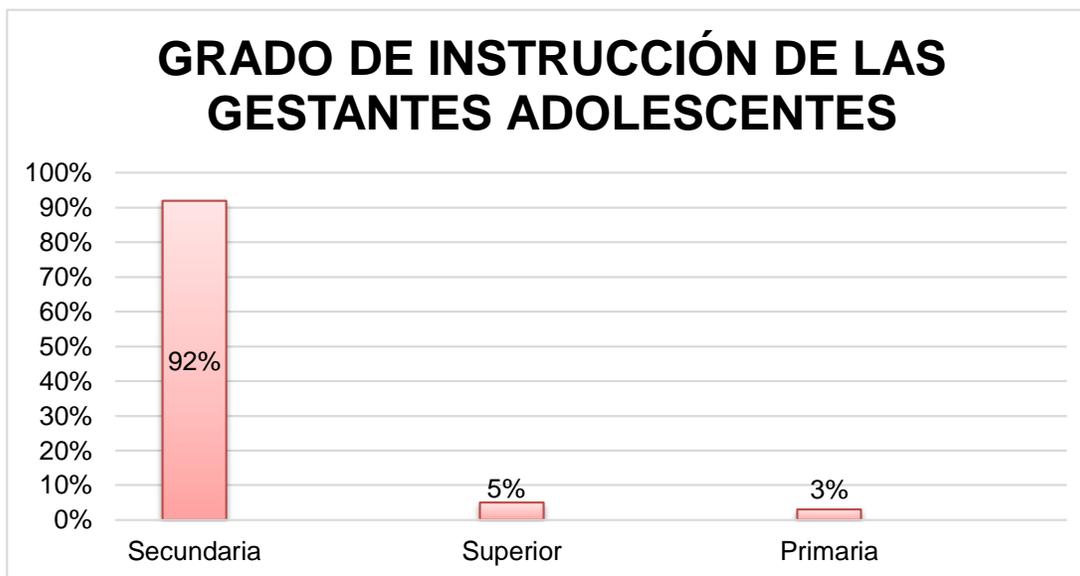
TABLA 2

2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Secundaria	156	92%
Superior	9	5%
Primaria	5	3%
TOTAL	170	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigadora realizada en el Centro de Salud Materno Infantil El Progreso Enero – diciembre 2016

GRÁFICO 2



INTERPRETACIÓN: El 92% (156) de las gestantes adolescentes tenían secundaria, seguido con el 5% (6) estudios superiores y un 3% (5) primaria.

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

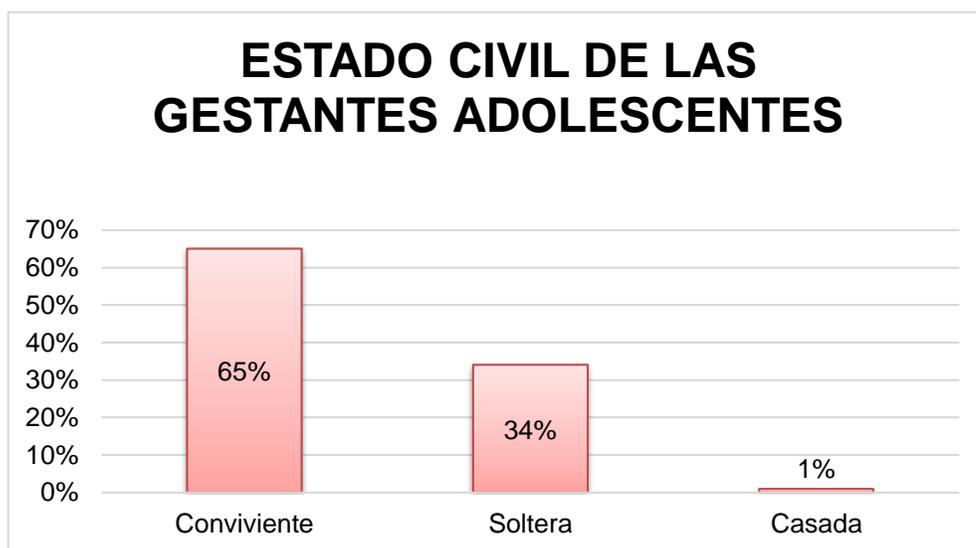
TABLA 3

2016

ESTADO CIVIL	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Conviviente	110	65%
Soltera	59	34%
Casada	1	1%
TOTAL	170	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigadora realizada en el Centro de Salud Materno Infantil El Progreso Enero – Diciembre 2016

GRÁFICO 3



INTERPRETACIÓN: El 65% (110) de las gestantes adolescentes eran convivientes, el 34% (59) solteras y el 1% (1) casadas.

OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

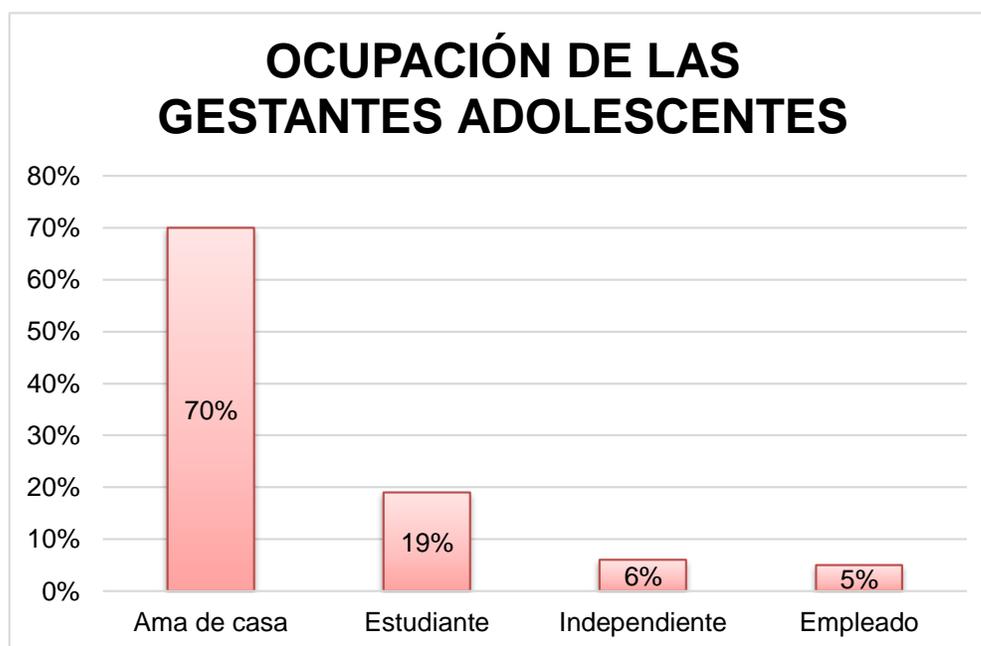
TABLA 4

2016

OCUPACIÓN	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ama de casa	119	70,0%
Estudiante	32	19,0%
Independiente	11	6,0%
Empleado	8	5,0%
TOTAL	170	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigadora realizada en el Centro de Salud Materno Infantil El Progreso Enero – Diciembre 2016

GRÁFICO 4



INTERPRETACIÓN: El 70 % de las gestantes adolescentes tenían como ocupación ama de casa, seguida con el 19% (32) estudiante, con el 6% (11) ocupación independiente y solo el 5% (8) eran adolescentes que laboraron como empleadas.

COMPLICACIONES MATERNAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES

TABLA 5

2016

COMPLICACIONES MATERNAS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Infección del tracto urinario	80	47%
Anemia	32	18%
Hipertensión inducida por el embarazo	21	12%
Ruptura premature de membranas	13	8%
Desproporción céfalo- pélvica	8	6%
Amenaza de parto pretérmino	5	3%
Amenaza de Aborto	4	2%
Otros	7	4%
TOTAL	170	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigadora realizada en el Centro de Salud Materno Infantil El Progreso Enero – Diciembre 2016

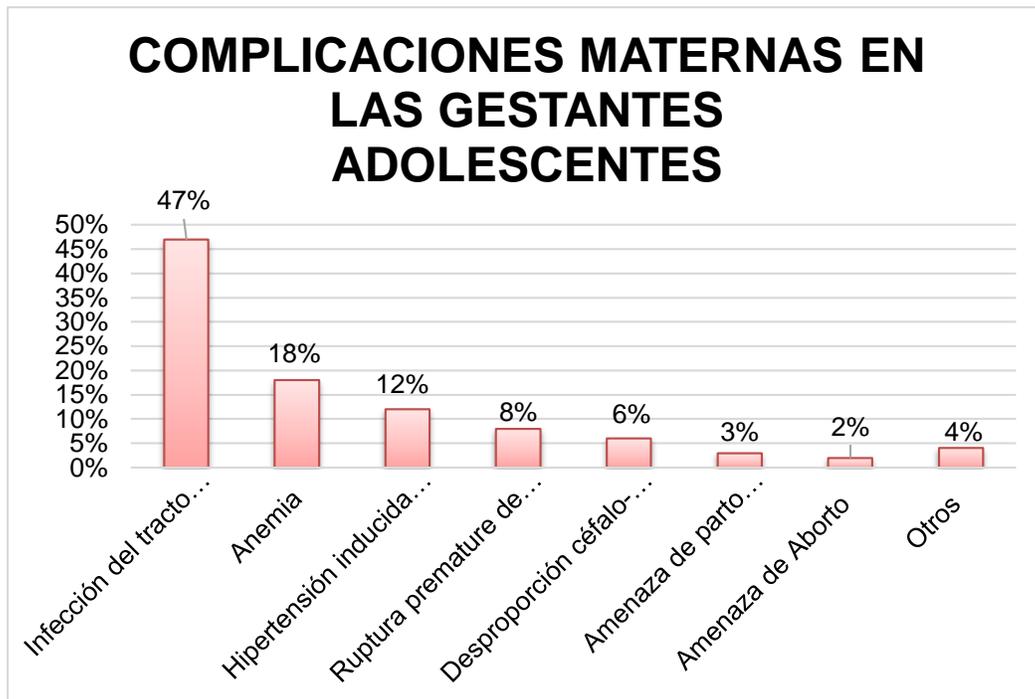
OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS

TABLA 6

2016

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Condiloma vaginal	2	1%
Hiperemesis gravídica	3	2%
Diabetes	2	1%
TOTAL	7	4%

GRÁFICO 5



INTERPRETACIÓN: La complicación de mayor frecuencia fue la infección del tracto urinario en un 47% (80), seguido por la anemia en un 18% (32); hipertensión inducida por el embarazo en un 12% (21), ruptura prematura de membranas en un 8% (13), desproporción céfalo – pélvica 6% (8) y amenaza de parto pretérmino en un 3% (5); amenaza de aborto con un 2% (4) y otras complicaciones con un 4% (7). (condiloma vaginal 2, Hiperemesis gravídica 3 y diabetes 2)

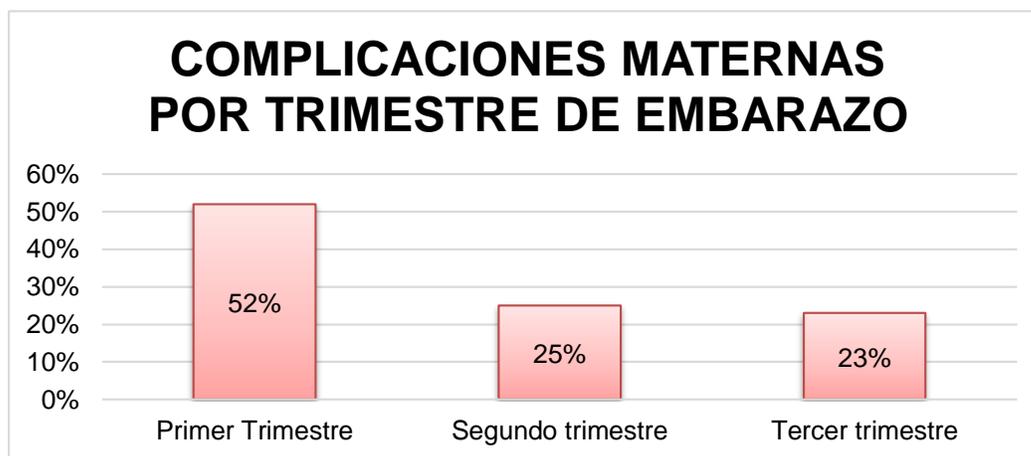
COMPLICACIONES MATERNAS POR TRIMESTRE DE EMBARAZO

TABLA 7
2016

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primer Trimestre	90	52%
Segundo trimestre	44	25%
Tercer trimestre	36	23%
TOTAL	170	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigadora realizada en el Centro de Salud Materno Infantil El Progreso Enero – Diciembre 2016

GRÁFICO 6



INTERPRETACIÓN: El 52% (90) de las gestantes adolescentes tuvieron complicaciones en el primer trimestre, seguido del 25% (44) en el segundo trimestre y con el 23% (36) en el tercer trimestre.

COMPLICACIONES MATERNAS POR TRIMESTRE DEL EMBARAZO

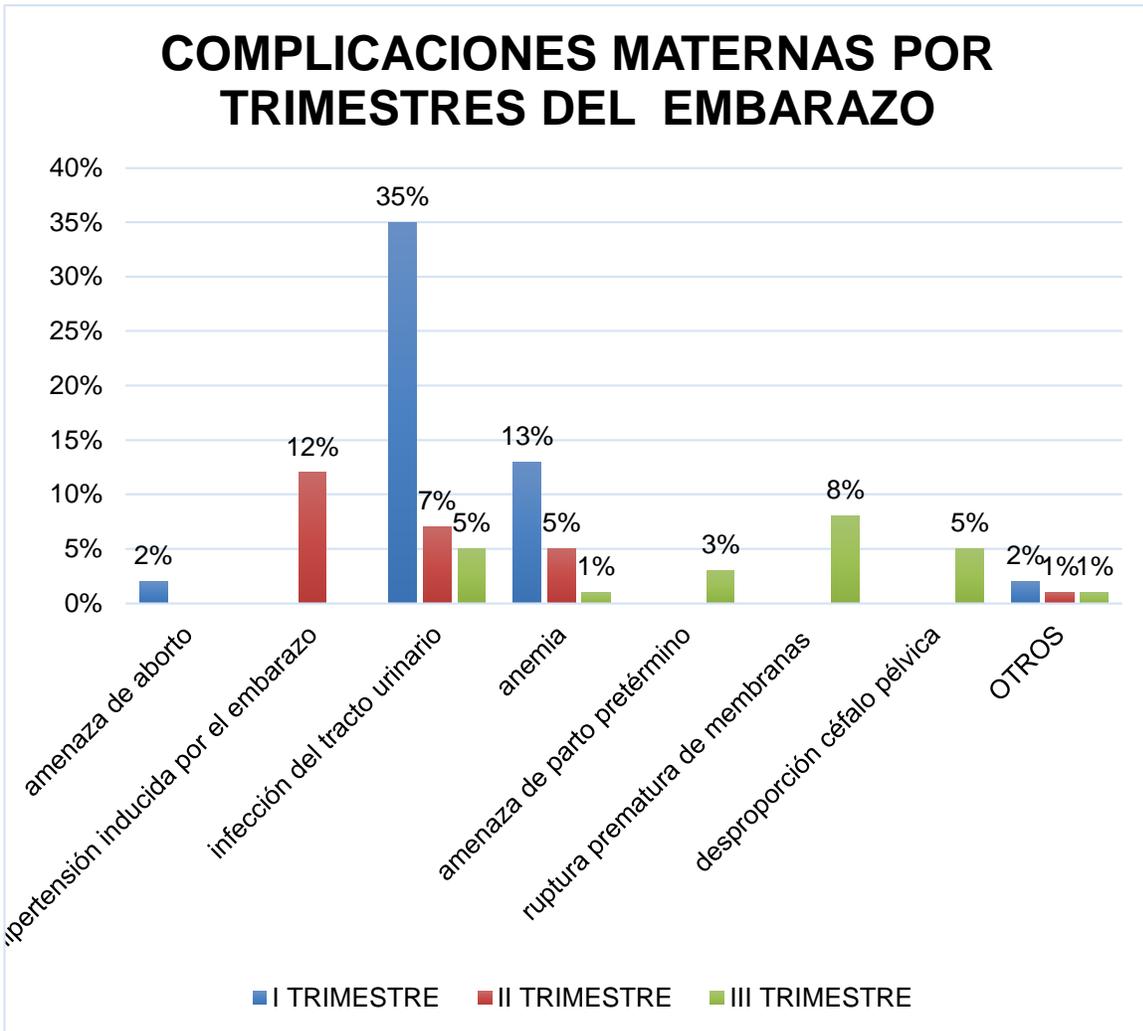
TABLA 8

2016

COMPLICACIONES MATERNAS	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE			
	N	%	N	%	N	%		
AMENAZA DE ABORTO	4	2%	0	0%	0	0%		
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO	0	0%	21	12%	0	0%		
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	60	35%	12	7%	8	5%		
ANEMIA	22	13%	9	5%	1	1%		
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	0	0%	0	0%	5	3%		
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	0%	0	0%	13	8%		
DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA	0	0%	0	0%	8	5%		
OTROS	4	2%	2	1%	1	1%		
TOTAL	170		90	52%	44	25%	36	23%

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigadora realizada en el Centro de Salud Materno Infantil El Progreso Enero – Diciembre 2016

GRÁFICO 7



INTERPRETACIÓN: En el primer trimestre el 35% (60) tuvo infección urinaria, el 13% (22) anemia. En el segundo trimestre el 12% (21) tuvo hipertensión inducida por el embarazo, el 5% (9) anemia. En el tercer trimestre 8% (13) tuvo ruptura prematura de membranas, el 5% (8) desproporción céfalo pélvica y el 3% (5) amenaza de parto pretérmino.

3.2 INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio de investigación se identificaron las complicaciones maternas durante el embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Infantil El Progreso enero - diciembre 2016, con una población de 170 adolescentes gestantes. De acuerdo a los datos obtenidos se determina que en las gestantes con complicaciones maternas la mayor frecuencia se encontraron en las edades de 17 a 19 años con un 72% (etapa de la adolescencia tardía). Similar resultado obtuvo **LOPEZ QUEVEDO E.** en su investigación titulada “Complicaciones Obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero – diciembre 2008. Ecuador año 2012. Donde encontró el 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 y 19 años de edad (adolescencia tardía). Se concluyó que la mayor frecuencia de el estado civil de las gestantes adolescentes con complicaciones maternas fue la convivencia con un 65% (110), ocupación amas de casa 70% (119) y grado de instrucción secundaria 92% (156), similar resultado obtuvo **MOROCHO ESPINOZA ET AL** en su investigación titulada “Prevalencia de complicaciones durante el tercer trimestre del embarazo y en el parto en madres adolescentes y madres adultas atendidas en el Hospital Básico de Paute-Ecuador; 2012-2013” encontró que un 21.9% de adolescentes embarazadas y un 78.1% de madres adultas gestantes. El 54% de las adolescentes permanecían en unión libre, el 51.2% de adultas eran casadas. Un 39.4% de adolescentes completó la secundaria mientras que un 49.3% de adultas termino la primaria.

En el presente estudio de investigación las gestantes adolescentes presentaron complicaciones durante el primer trimestre 52% (90), segundo trimestre 25% (45) y tercer trimestre 23% (36).

Las complicaciones maternas que predominaron en las gestantes adolescentes fueron la infección del tracto urinario con un 47% (80) seguida de anemia en un 18% (32), hipertensión inducida por la gestación en un 12% (21); esto concuerda con lo expuesto por **URIA** en su trabajo titulado “Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes” en donde se evidencia que casi la totalidad de las adolescentes

(15 a 18 años) presentó patologías médicas asociadas al embarazo las que se encontraron con mayor prevalencia la infección del tracto urinario, anemia, hipertensión y amenaza de parto pre término; sin embargo, en la investigación realizada por **PANDURO BARÓN ET AL** titulada Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales 2012; se obtuvo una mayor frecuencia de ruptura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y entre otras complicaciones del embarazo la infección del tracto urinario. **ARÉVALO ET AL** en su estudio “Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016” reportaron que las complicaciones durante el embarazo que se presentaron fueron enfermedad hipertensiva con 13% (26), anemia con 43.5% (87) e ITU con 50% (100). Contrario a estos resultados **ESTEVEZ** en el 2014, en su estudio titulado “Complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes. Hospital Sergio E. Bernales – Collique, Octubre – diciembre 2014” encontró que la complicación materna más frecuente fue la anemia con un 31%, seguida de la Infección de tracto urinario que se presentó en 27.6%, asimismo se encontró amenaza de aborto 24,1%. **PALIZA** encontró que las complicaciones más frecuentes fueron desproporción céfalopélvica y ruptura prematura de membranas las de mayor frecuencia con un 13,8% cada una seguida por la infección del tracto urinario con 9,0%, desgarró I grado (7.6%), pre-clampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%). Finalmente, **MOROCHO ESPINOZA ET AL** en su investigación titulada “Prevalencia de complicaciones durante el tercer trimestre del embarazo y en el parto en madres adolescentes y madres adultas atendidas en el Hospital Básico de Paute-Ecuador; 2012-2013” encontraron que el 24.1% de gestantes adolescentes presentó vaginosis seguida de un 19.7% que presentó infección de las vías urinarias. Las complicaciones en las gestantes adolescentes según las etapas del embarazo la infección urinaria tuvo mayor frecuencia en el primer trimestre con el 35% (60) al igual que anemia con el 13% (22), Durante el segundo trimestre la hipertensión inducida por el embarazo 12% (21) seguida por la infección del tracto urinario 7% (12) y anemia 5% (9)

y durante el tercer trimestre ruptura prematura de membranas 8% (13) seguido de desproporcion cefalo pélvica 5% (8) y amenaza de parto pretermino 3% (5).

CONCLUSIONES:

Una vez concluído el estudio de investigación, me permite señalar las conclusiones en base a los objetivos trazados.

Se determinó que el 72% (123) correspondía al grupo etéreo de 17 a 19 años (etapa de la adolescencia tardía) con un promedio de 16 años, 65% (110) tenían como estado civil la convivencia, el 92% (156) grado de instrucción secundaria y el 70% (119) eran amas de casa.

Durante el primer trimestre las complicaciones maternas que tuvieron mayor frecuencia fueron: Infección del tracto urinario (35%), anemia (13%), amenaza de aborto (2%).

Durante el segundo trimestre las complicaciones maternas que tuvieron mayor frecuencia fueron: Hipertensión inducida por el embarazo (12%), infección del tracto urinario (7%) y anemia (5%).

Durante el tercer trimestre las complicaciones maternas que tuvieron mayor frecuencia fueron: Ruptura prematura de membranas 8%, infección del tracto urinario (5%), desproporción céfalo pélvica (5%), amenaza de parto pretérmino (3%).

Se concluye: Las complicaciones maternas con mayor frecuencia fueron las infecciones del tracto urinario en un 47% (80), seguido por la anemia 18% (30), hipertensión inducida por el embarazo 12% (21), ruptura prematura de membranas 8% (13), desproporción céfalo – pélvica 6% (10), amenaza de parto pretérmino 3% (5) amenaza de aborto 2% (4) y otros 4% (7). Éstas complicaciones se presentaron con mayor frecuencia durante el primer trimestre.

RECOMENDACIONES:

Al establecimiento de salud El Progreso:

Promuevan la obligatoriedad del llenado correcto y completo de la historia clínica durante la atención al adolescente para la recolección de información en forma precisa y permitan identificar con mayor rapidez los factores de riesgo y también generar estadísticas confiables que permitan el desarrollo de estrategias efectivas que contribuyan a la disminución de la morbilidad en gestantes adolescentes y también se realicen trabajos de investigación con un mayor número de participantes.

A las obstetras del Centro de Salud Materno Infantil el Progreso:

Realicen actividades de promoción de la salud en las instituciones educativas secundarias tendientes a la prevención del embarazo en adolescentes y concientizar a las adolescentes embarazadas sobre el alto riesgo del embarazo mediante campañas de atención integral.

Utilicen las guías del Ministerio de Salud, para el manejo de complicaciones maternas prenatales sobre todo en las mujeres adolescentes con el fin de mantener un adecuado control de estas complicaciones y disminuir los riesgos de morbimortalidad materna.

Realicen una atención más focalizada a la gestante adolescente con la finalidad de disminuir las complicaciones maternas.

A las gestantes adolescentes:

Acudan a los controles prenatales tempranamente (antes de las 14 semanas), para el diagnóstico oportuno de posibles complicaciones que posteriormente pudiesen comprometer el bienestar materno-fetal.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mayer Maria y col. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías”. Revista de pos-grado de VI Cátedra de Medicina. Agosto 2012, 160: 1-6.
2. Luna C. Diagnóstico sobre Embarazo Adolescente en el Perú. UNFPA. 2013.
3. Gamboa Montenegro C. “EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES” Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. Mayo 2013.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [internet]. 2014. [consultado 24 noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
5. MINSA: La maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años. PERÚ 21. 30 julio 2016. [Consultado: 18 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/maternidad-peru-empezando-11-anos-224598>.
6. Villanueva A, Pérez FM, Martínez AH, García LE. Características obstétricas de la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Mex 2011; 67:354-359.
7. Alison MF, Brocker JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 2012; 27:1113-1117.
8. Janky E, Gallais A, Landre M. Generalidades sobre el embarazo y el parto en las adolescentes. Enciclopedia médico quirúrgica. Elsevier, 2014. Cap. 3; 1-7.
9. OMS: Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo. 2012th ed. Ginebra, Suiza: OMS; 2012.
10. Furzan JA, Yuburi A, Elzaga S, Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gaceta Médica de Caracas, Venezuela 2012, 118:119-126.
11. Amaya Jairo, Barreto Claudia, Ucrós Santiago. Estudio analítico del resultado del

- embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Revista Colombiana de obstetricia y Ginecologia* 2013; 56 (3): 216-224.
12. Bojanini Juan, Gomez Joaquin. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Revista Colombiana de obstetricia y Ginecologia* 2012; 55(2) 114-121.
 13. Akimbami, et al Riesgo de Nacimiento Pretérmino en adolescentes múltiparas. *Arch Pediatric Adolesc Med.* 2011; 547(11):101-107.
 14. Robayo Villafuerte W. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas, en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el periodo marzo - junio 2013 [Tesis para optar el título de médico] Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
 15. Panduro Baron J, Jiménez Castellanos P, Pérez Molina J, et.al. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Rev. Ginecol. Obstet. Mex.* 2012; 80(11):694 – 704.
 16. López Quevedo E. Complicaciones Obstetricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero – diciembre 2008. Cuenca – Ecuador 2010.
 17. Morocho Espinoza C, Narváez Gallegos G, Rodas Vanegas A. Prevalencia de complicaciones durante el tercer trimestre del embarazo y en el parto en madres adolescentes y madres adultas atendidas en el Hospital Básico de Paute [Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano] Paute, Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2012- 2013.
 18. Esteves Bermejo S. Complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes. Hospital Sergio E. Bernales – Collique, Octubre– diciembre 2014 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia] Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2015.
 19. Uría León R. Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II- Tumbes, enero a noviembre 2014. [TESIS para optar el título profesional de Médico Cirujano] Piura, Perú. Universidad Nacional de Piura; 2015.
 20. Arévalo Gómez F, Torres Medina Y. “Factores de riesgo materno y obstétricos en

relacion con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia] Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.

21. Paliza López O. “Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba julio a diciembre 2014”. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano] Iquitos, Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana 2015. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
22. Issier J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina. 2011; 7: 11-23.
23. Campo González A, Alonso Uría R, Amador Morán R et al. Algunas consideraciones sobre el hijo de la madre adolescente. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].2011 [citado 22 MAR 2017]; 27 (4): 1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400006
24. Rodríguez Gázquez, M. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina U.P.B. [Internet]. 2008 [citado 1 de junio de 2017]; 27 (1): 47-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159013072007>
25. Cunningham Gary F. Atención prenatal. Williams obstetricia. 23a Ed. México. Mc Graw Hill; 2011.p 189 – 214.
26. Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Rev Cubana Enfermer 2011;25:1.
27. Organización Mundial de la Salud. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. Ginebra; 2012.
28. Míguez A. Ocupaciones y Roles de las Madres Adolescentes. Universidad de Coruña. Brasil 2013.
29. Edith D, Muñoz J, Más S. Anticoncepción y aborto. Cuando se frustran los planes. Rev Mujeres. 2013; 4:9-11.
30. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Obstetricia. 23.a ed. México: KD Editores; 2012. P. 215-220.

31. Cunningham, F, Leveno, K, et al. Williams Obstetricia Vol 1, 23a ed. México: McGraw Hill; 2011, p. 215-234.
32. Abasolet E. "Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo". 2da. Edición. Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2010.
33. Cunningham Gary F. Hipertensión en el embarazo. Williams obstetricia. 23a Ed. México. Mc Graw Hill; 2011.p 706-747
34. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción .1ra ed. Perú. Mc Graw Hill.2010.
35. Rodríguez R, García J, Sánchez MI, León IW, Rodríguez LM. Anemia del embarazo en mujeres que viven a nivel del mar. Rev Cient Cienc Méd. 2013 noviembre; 16 (2): 22-25
36. Gonzales G, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011 agosto; 28(3):484-491.
37. Blanco C, Sosa M, Sosa C, Albini M. Infecciones urinarias durante el embarazo Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2016; Volumen 54, número 2: 40–45
- 38.** Molina López J, Manjarrez Hernández A, Departamento de Microbiología y Parasitología Recursos en Bacteriología, Infecciones de Vías Urinarias EscherichiaColl. 2012.
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/enfermedades-via-urinarias.html>
39. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de Parto Pretérmino. Rev CI EMed UCR [Internet]. 2016 [citado 26 Enero 2018]; 1 (1): 75 – 80. Disponible en: www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr
40. Vargas Arias K, Vargas Román C. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica lxxi, (613) 719 - 723, 2014
41. Vigil De Gracia P, Savransky R, Pérez J, et. Guía Clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG); 2011, Guía N° 1.
42. Pacora P, Ingar W, Buzzio Y, Reyes M, Oliveros M. Desproporción fetopélvica en un

hospital de Lima: prevalencia, consecuencias, predicción y prevención. Rev Per Ginecol Obstet [Internet]. 2012 [Citado 2 Junio 2017]; 53:193-198. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3234/323428185010/>.

anexos

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
PROBLEMA	OBJETIVOS	OPERACIONALIZACIÓN			METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
		VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE INVESTIGACIÓN
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Infantil El Progreso enero - diciembre 2016?</p> <p>Problemas Secundarios:</p> <p>¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las gestantes con complicaciones maternas?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el primer trimestre de embarazo?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Identificar las complicaciones maternas durante el embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Materno Infantil El Progreso enero - diciembre 2016.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar el perfil sociodemográfico de las gestantes con complicaciones maternas.</p> <p>Identificar las complicaciones maternas durante el primer trimestre de</p>	<p>V1</p> <p>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</p>	Edad	10 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años	<p>Retrospectivo</p> <p>Descriptivo</p> <p>Transversal</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>312 gestantes adolescentes que acudieron al servicio de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil El Progreso enero - diciembre 2016</p> <p>MUESTRA:</p> <p>170 gestantes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Ficha recolección de datos</p>
			Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior	
			Estado civil	Soltera Conviviente Casada	
			Ocupación	Ama de casa Estudiante Independiente Empleada	
		<p>V2</p> <p>COMPLICACIONES MATERNAS</p>	Primer trimestre	1° - 3° mes	
			Segundo trimestre	4° - 6° mes	
			Tercer trimestre	7° - 9° mes	

<p>¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el segundo trimestre de embarazo?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el tercer trimestre de embarazo?</p>	<p>embarazo. Identificar las complicaciones durante el segundo trimestre de embarazo. Identificar las complicaciones durante el tercer trimestre de embarazo.</p>			<p>TÉCNICA Revisión de historias clínicas</p>
--	---	--	--	--



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS COMPLICACIONES
MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE
ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL
PROGRESO ENERO - DICIEMBRE 2016

H. CLÍNICA N°: Ficha: N°
(Id).....

I.- DATOS GENERALES:

1. Perfil sociodemográficas:

Edad.....Grado de instrucción.....Estado civil.....
Ocupación.....

2. Perfil obstétrico

Periodo de embarazo: 1er. Trimetre () 2do trimestre ()
3er trimestre ()

3. COMPLICACIONES MATERNAS:

Amenaza de Aborto	Sí ()	No ()
Hipertensión inducida en el embarazo:	Sí ()	No ()
Infecciones de las vías urinarias:	SÍ ()	No ()
Anemia	Sí ()	No ()
Amenaza de parto pre-término:	Sí ()	No ()
Ruptura Prematura de Membranas:	Sí ()	No ()
Desproporción céfalo-pélvica:	Sí ()	No ()
Otros:	Sí ()	No ()

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a)

Teniendo como la base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta: marque con una (x) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	✓		
4. Los Ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los Ítems son claros y entendidos (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	✓		
7. El número de Ítems es adecuado para su aplicación (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	✓		

(Usado en el INSN)

SUGERENCIAS:

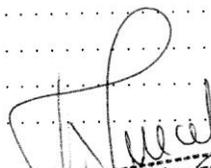
.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO(A)


Juan M. Nina Cáceres
 GINECOLOGO OBSTETRA
 C.M.P. 27528 R.N.E. 14023

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a)

Teniendo como la base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta: marque con una (x) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	X		
4. Los Ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los Ítems son claros y entendidos (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	X		
7. El número de Ítems es adecuado para su aplicación (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8)	X		

(Usado en el INSN)

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO(A)


 MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 REGIONAL TUPAC AMARU
 MICRORED VALLE YACANTINSUYO BAJO
 Lic. Silvia Valerio Pujay
 OBSTETRA
 C.O.P. 21177

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	3
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	3
Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	1	1	1	3
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	3
Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	3
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	3
TOTAL	6	6	6	18

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total “de acuerdo” de jueces

Td: N° total de “desacuerdo” de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Ejem:

$$b = \frac{18}{18 + 0} \times 100 = 1.0 \quad \text{Excelente validez}$$

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos: Validez perfecta