

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana



Tesis:

**“COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN
GESTANTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2020”**

Presentado por:

Escalante Aucchaisi Jairo

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesor:

M.C. Mauricio Agurto Nicolas Edgardo

Cusco, 2021

CONTENIDO

	Pág.
CONTENIDO	i
INTRODUCCIÓN	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Fundamentación del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.5. Limitación de la investigación	5
1.6. Consideraciones éticas	6
CAPITULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
2.1. Marco teórico	7
2.2. Antecedentes Teóricos.....	7
2.3. Definición de términos básicos	20
CAPITULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	22
3.1. Hipótesis	22
3.2. Variables	22
3.3. Definiciones operacionales.....	23
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	29
4.1. Tipo de investigación.....	29
4.2. Población y muestra.....	29
4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	29
4.4. Plan de análisis de datos.....	30
CAPITULO V: RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES	31
5.1 Resultados.....	31
5.2 Discusión.....	44
5.3 Conclusiones.....	47
5.4 Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	54

INTRODUCCION

El embarazo adolescente es un problema de salud pública a nivel mundial y es asociado con mayores riesgos para la madre y peores pronósticos el niño a corto y largo plazo. Este problema esta en todas las sociedades, pero se muestra más en países en vías de desarrollo por la alta demanda de atención médica y social para las madres y sus hijos.

El embarazo en la adolescencia es un tema de mucho interés médico ya que deriva muchas veces de la conducta sexual y precoz de las jóvenes y también de la precocidad de las relaciones sexuales sin antes haber recibido orientación en métodos anticonceptivos. En los últimos tiempos ha aumentado considerablemente, hay algunos factores que los podrían explicar, como la menarquia temprana o el comienzo precoz de las relaciones sexuales y debido a este aumento, el embarazo adolescente, se encuentra como uno de los principales problemas de salud pública.

El embarazo adolescente es considerado y alto riesgo que podría experimentar mayor incidencia de complicaciones en la madre y durante la gestación, así como en el recién nacido.

Debido a la importancia del tema y al aumento de los embarazos adolescentes, el objetivo de este estudio es determinar las complicaciones obstétricas y perinatales que presentan las adolescentes e identificar los posibles factores para obtener una estrategia para su prevención.

RESUMEN

“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES EN EMBARAZO ADOLESCENTE EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2020”

Escalante Jairo, Mauricio Nicolas E.

Antecedentes: El embarazo adolescente es un problema amplio de salud pública en nuestro país. En el Perú se encontró una prevalencia del 25% en áreas rurales de embarazos adolescentes. En un estudio se encontró que las complicaciones maternas con mayor presencia en el grupo de gestantes fueron la infección de tracto urinario y la distocia funicular, asimismo, la complicación perinatal más recurrente en adolescentes fue el sufrimiento fetal agudo. El objetivo fue evaluar las complicaciones maternas perinatales asociadas al embarazo adolescente en un hospital peruano 2018.

Métodos: Es un estudio no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo en un hospital del Cusco, donde se relacionarán las variables sociodemográficas con las complicaciones obstétricas y perinatales, se hará un análisis descriptivo de las variables y se utilizará la herramienta estadística SPSS.

Resultados: La prevalencia de complicaciones obstétricas fue 65.9% y de complicaciones perinatales fue de 27.4%. Las complicaciones fueron mayores en adolescentes tardadas que en las tempranas y medias. Se encontró diferencia significativa entre la procedencia y las complicaciones obstétricas ($p=0.032$) y perinatales ($p=0.000$), grado de instrucción y complicaciones obstétricas ($p=0.035$), número de gestación y complicaciones perinatales ($p=0.012$) y entre la edad gestacional y las complicaciones obstétricas ($p=0.001$) y perinatales ($p=0.000$).

Palabras clave: Complicaciones obstétricas, complicaciones perinatales, gestante adolescente.

ABSTRACT

“OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS IN ADOLESCENT PREGNANCY AT A CUSCO HOSPITAL, 2020”

Escalante Jairo, Mauricio Nicolas E.

Background: Adolescent pregnancy is a broad public health problem in our country. In Peru, a prevalence of 25% was found in rural areas of adolescent pregnancies. One study found that maternal complications with the greatest presence in the pregnant group were urinary tract infection and funicular dystocia, as well as the most recurrent perinatal complication in adolescents was acute fetal suffering. The goal was to evaluate the perinatal maternal complications associated with adolescent pregnancy at a Peruvian hospital in 2018.

Methods: It is a non-experimental, descriptive, transversal and retrospective study in a hospital in Cusco, where sociodemographic variables will be related to obstetric and perinatal complications, a descriptive analysis of the variables will be performed and the SPSS statistical tool will be used.

Results: The prevalence of obstetric complications was 65.9% and perinatal complications were 27.4%. Complications were greater in late teens than in the early and middle. Significant difference was found between provenance and obstetric complications ($p=0.032$) and perinatal ($p=0.000$), degree of instruction and obstetric complications ($p=0.035$), perinatal ($p=0.012$) and between gestational age and obstetric complications ($p=0.001$) and perinatals ($p=0.000$).

Keywords: Obstetric complications, perinatal complications, teenage pregnant.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

El embarazo adolescente como problema de salud pública, abarca varios aspectos de un contexto sociocultural en que no solo el estado y las comunidades están comprometidas ⁽¹⁾.

La OMS define adolescencia como la edad de 10 hasta los 19 años, repercute en la vida de los y las adolescentes a nivel físico, emocional y social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre embarazo adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo ⁽²⁾.

En muchas regiones de nuestro país, la vida sexual empieza a temprana edad, uno de los efectos de esa precocidad es el embarazo adolescente, existen amplia literatura que muestran que el embarazo adolescente conduce a una serie de problemas para la madre y el hijo. En el Hospital de Quillabamba existe una población alta de gestantes adolescentes, y en estudios previos en otros lugares, se ha observado que existe una mayor tasa de complicaciones obstétricas y perinatales en comparación con las gestantes que no son adolescentes.

Existen varias causas en diferentes aspectos para que un embarazo adolescente tenga lugar, “desde los sociales hasta los estructurales en el contexto de poco acceso a centros de salud y sobre todo la educación sexual recibidas desde la temprana edad, existen también factores como la propia idiosincrasia del lugar donde muchas veces llevadas por un contexto machista, la mujer es cohibida de acceder a método anticonceptivos que sean eficientes” ⁽³⁾.

Las gestantes adolescentes están más propensas a que sus recién nacidos presenten alguna complicación como: prematuridad, bajo peso, malnutrición fetal y retardo del crecimiento cognoscitivo, además que su mortalidad también se ve incrementada de ahí la importancia en la salud pública y en las comorbilidades que presentaran en un futuro ⁽⁴⁾.

“Existe una tasa significativa de morbilidad y mortalidad perinatal observada en hijos productos de embarazos adolescentes y al parecer tiene un origen multifactorial, algunos estudios sugieren que es producto de una interacción

entre la limitación biológica de la misma adolescente y factores múltiples como los sociales, demográficos y conductuales” (4).

Los departamentos de la selva y sierra central registraron los más altos índices de crecimientos de jóvenes, pero al mismo tiempo también aumentaron los niveles de pobreza (5).

El inicio de las relaciones sexuales según ENDES 2011 en las mujeres de la zona rural es de 17.7 años, en la urbana de 19.1 y en la selva de 16.8 años contrastando en la sierra con 18.6 años y en la costa de 19.0 años, Lima metropolitana el promedio de inicio es de 19.5 años; adolescentes sin educación a los 17.2 años; Loreto 16.6 años de edad, Ucayali 16.9 años, San Martín 16.8 años, Madre de Dios 17.2 y Amazonas 17.3 años de edad (5).

En Perú tiene una de las mayores tasas de embarazo adolescente y no ha variado a través de los años y en la mayoría de casos son no planeados y esto es una mala experiencia para la salud emocional y social que marca a las mujeres para siempre, ya que el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre (6).

La incidencia de embarazos en adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado, los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%) (7,8).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020?
2. ¿Cuáles son las complicaciones perinatales que se presentan gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020?
3. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020?
4. ¿Cuáles son las características obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020?
5. ¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas y las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020?
6. ¿Cómo se relacionan las complicaciones perinatales con las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020
2. Determinar las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020
3. Identificar las características sociodemográficas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020

4. Identificar las características obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020
5. Relacionar la frecuencia de complicaciones obstétricas con las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020
6. Relacionar las complicaciones perinatales con las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020

1.4. Justificación de la investigación

El embarazo en adolescentes al ser un problema amplio de salud pública y tener repercusiones directas e indirectas en la salud de la madre y del niño es un tema importante de estudio y sobre todo de los factores que los desencadenan, desde la educación en casa dada por los padres y las charlas en los colegios sobre métodos anticonceptivos hasta la planificación familiar tempranamente para evitar precocidad en las relaciones sexuales y si se da el caso, hacerse con debida protección.

En el Perú el embarazo adolescente va en aumento, sobre todo en las regiones donde la pobreza tiene una alta prevalencia, identificar las complicaciones tanto para la madre y el niño, puede prevenir de manera importante, comorbilidades a corto y largo plazo, comenzando desde el punto que en una importante proporción de adolescentes gestantes presentan complicaciones, se debe tener más cuidado en sus controles pre natales y tomar atención desde una temprana edad gestacional si presenta algún factor de riesgo relacionado, y es allí donde los estudios como el presentado toman importancia para prevenirlos.

Conocer no solo las causas y las consecuencias del embarazo adolescente son importantes, ya que la magnitud del problema podría permitir reflexionar sobre esta problemática para adoptar políticas para mejorar las acciones de difusión y concientización de métodos anticonceptivos tempranamente así como educación sexual responsable para evitar estas posibles complicaciones.

1.5. Limitaciones de la investigación

- Dificil acceso a las historias clínicas debido al contexto de la pandemia por la covid-19.
- Historias incompletas debido a falta de datos que no fueron escritas o los datos sean discordantes.
- Limitada población y por ende una disminución de la muestra debido a la poca asistencia a hospitales Minsa debido a la pandemia por la covid-19.
- Los hallazgos, debido a la localización de la ciudad y a la condición cultura social y económica de la población a la que brinda servicio, no podrá ser generalizada a otros hospitales.

1.6. Consideraciones éticas

En la presente investigación se aplicarán los principios establecidos en la **Declaración de Helsinki**, es por ello que el estudio deberá ser aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina o su equivalente en la universidad.

La información obtenida en la revisión de historias clínicas será solo para fines del estudio y podrá ser accesible solo para el responsable del estudio y el asesor.

Los resultados serán exclusivamente para uso académico y se hará con el fin de identificar las Complicaciones Obstétricas y Perinatales en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

2.1. Marco teórico

2.2. Antecedentes teóricos

Zhang t., Wang H., Wang X., Yang Y., (China 2020), en su estudio “Los resultados adversos maternos y perinatales del embarazo adolescente” cuyo objetivo fue: determinar los resultados adversos maternos y perinatales en una población China. “Entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017 había 238.598 mujeres embarazadas solteras de entre 10 y 34 años en la base de datos del Sistema de Vigilancia Materna cercana a la provincia de Hebei (HBMNMSS). Las 238.598 mujeres embarazadas se dividieron en dos grupos: grupo de adolescentes (de 10 a 19 años) y grupo de adultos (de 20 a 34 años). El grupo de adolescentes se dividió en dos subgrupos (de 10 a 17 años, de 18 a 19 años), el grupo de adultos se dividió en dos subgrupos (de 20 a 24 años, de 25 a 34 años)”.

En comparación con las mujeres de 20 a 34 años, las mujeres de 10 a 19 años tenían menor riesgo de parto por cesárea [relación de riesgo ajustado (RR): 0,75, intervalo de confianza del 95% (IC): 0,70–0,80], diabetes mellitus gestacional (GDM) (RR: 0,55, IC 95%: 0,41–0,73). Las mujeres de 10 a 19 años tenían un mayor riesgo de parto prematuro (RR: 1,76, IC 95%: 1,54–2,01), pequeña para la edad gestacional (SGA) (RR: 1,19, IC 95%: 1,08–1,30), mortinato (RR: 2,58, IC 95%: 1,83–3,62), muerte neonatal (RR: 2,63, IC 95%: 1,60–4,32) ⁽¹⁷⁾.

Socolov D., Lorga M., Caralearnau A. (Rumania 2017), en su estudio “Embarazo durante la adolescencia y riesgos asociados: un estudio de cohorte de 08 años” cuyo objetivo fue: Determinar los resultados del embarazo y el parto entre los adolescentes.

Un estudio de cohorte comparativo de 8 años basado en hospitales está analizando las comorbilidades del embarazo singleton y los parámetros de parto de un grupo adolescente menor de 20 años en comparación con un grupo de adultos jóvenes de 20 a 24 años de edad en un hospital universitario.

“Adolescente es un factor de riesgo para el nacimiento prematuro <37 semanas (1.21 [1.08–1.35]), restricción del crecimiento fetal (1.34 [1.1.21–1.48]), episiotomía (1.27 [1.21–1.34]), revisión uterina (1.15 [1.1.06–1.25]), APGAR <7 a 1 min (2.42 [1.21–1.67]), desproporción céfalo pélvica (1.26 [1.07–1.48]) y hemorragia posparto (1.42 [1.25–1.62]); sin embargo, el parto por cesárea ocurre con menos frecuencia en adolescentes que en adultos (0,75 [0,70–0,80]). Las siguientes comorbilidades son factores de riesgo para el embarazo adolescente (relación de riesgo [IC 95%]):

anemia (1.13 [1.10–1.17]), infección urinaria baja (1.10 [1.03–1.18]), pediculosis (1.10 [1.03–1.18]), pediculosis (2.42 [1.90–3.00]), condiloma anogenital (1.50 [1.04–2.17]) y tricomoniasis (1.74 [1.12–2.68])”⁽¹⁸⁾.

Gonzales I., Reyes A., Ramirez A., Rivera M. (Honduras 2015), en su estudio “Incremento del riesgo Obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de Casos y Controles” cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo obstétrico presentes en adolescentes del Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato de La Esperanza, Intibucá Honduras, durante el año 2015.

“Estudio cuantitativo, retrospectivo, analítico (casos y controles). En este período ingresaron 1,354 adolescentes embarazadas, de las cuales se estimó una muestra de 100 casos y 200 controles (IC 95%, PE 80%) mediante el método de Fleiss. El muestreo fue probabilístico. Las variables incluyeron características sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos, complicaciones maternas y datos del recién nacido”. La información recolectada fue ingresada en base d datos Epiinfo versión 7.2 (CDC, Atlanta)

Las adolescentes procedentes del área rural tienen dos veces más riesgo de presentar una complicación durante el embarazo que las del área urbana ($\chi^2 = 9.2$, $p < 0.01$, $OR = 2.1$). Durante el parto la ruptura prematura de membranas se presentó con igual frecuencia en ambos grupos con alta significancia estadística ($p = 0.03$). Durante el parto y posparto los desgarros perineales fueron la complicación más frecuente, presentándose en el 5% de los casos y 3% d los controles. En el puerperio las adolescentes tienen 2 veces más riesgo d presentar una complicación ($\chi^2 = 5.3$, $p = 0.02$, $OR = 3.1$)⁽¹⁵⁾.

Velastegui J., Jazmín A., Jacqueline A., Navarro H. (Ecuador 2018), en su estudio “Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames” cuyo objetivo fue determinar las complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas en el servicio de emergencia del hospital Juan Carlos Gustasi, de la ciudad de Atacames, entre enero y junio del 2016.

El estudio fue no experimental, cuantitativo de corte transversal y correlacional, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y diarios del servicio de emergencia. Se determino que de las 69 embarazadas adolescentes que presentaron complicaciones perinatales, el 28% fue por abortos, amenaza de parto pretérmino, infección de vías urinarias oligohidramnios y ruptura prematura de membranas entre otras. La histerectomía y hemorragia postparto que correspondió al 1 %. En los recién nacidos, el 12 % presentó complicaciones, siendo el 6 %⁽⁹⁾.

Osorno P., Flores A., Mendez P. (México 2016), en su estudio “Embarazo en adolescentes y riesgo de complicaciones perinatales” cuyo objetivo fue: Determinar los resultados perinatales adversos de embarazadas adolescentes contrastado con embarazadas adultas.

Estudio transversal, analítico, realizado en 215 adolescentes embarazadas, comparando con 280 embarazadas adultas.

“Edad promedio adolescentes 16 años; de adultas 30 años. El control prenatal en el primer trimestre fue de 14% de embarazadas adolescentes y 88% en adultas ($p=0.0001$); 33% de adolescentes de 3er trimestre presento anemia, y 6% de adultas ($p=0.0001$), el 61% de adolescentes tuvo el nacimiento vía cesárea y de adultas el 15% ($p=0.0001$), en adolescentes el 14% tubo nacimientos prematuros, en adultos 3%; el peso al nacer fue significativamente mayor en recién nacidos de madres de mayor edad ($p=0.0001$); hubo mayor frecuencia de asfixia en recién nacidos de adolescentes respecto a adultas ($p:0.0001$)” ⁽¹⁰⁾.

Fernando J., Guillermo. J. (Colombia 2014), en su estudio “Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes” cuyo objetivo fue: describir los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes atendidas entre junio del 2012 y octubre de 2013, en el “Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en Medellín, Colombia”.

“Es un estudio descriptivo, con datos obtenidos de la base de datos del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antioquia.

el 28,6% de las pacientes eran adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Un porcentaje importante de pacientes que no había hecho control prenatal. El 53,6% de las adolescentes y el 50,4% de las adultas presentaron parto pretérmino. En las adolescentes hubo menos preeclampsia severa, pero más casos de eclampsia en general que en las adultas. La ruptura prematura de membranas ovulares se presentó más frecuentemente en las adolescentes. Las hemorragias del tercer trimestre se observaron con más frecuencia” ⁽¹¹⁾.

Cortez J., Diaz C. (Perú 2018), en su estudio “Complicaciones materno Perinatales asociadas al embarazo adolescente: un estudio de casos y controles” cuyo objetivo fue evaluar las complicaciones maternas perinatales asociadas al embarazo adolescente en un hospital peruano 2018.

“Estudio analítico de casos y controles donde participaron 160 puérperas considerándose como caso a quien presente al menos una complicación perinatal. Se realizo una revisión de la historia clínica, considerándose solo los registros

diagnósticos generados en la institución, asimismo, toda persona que presente entre 10 y 19 años fue categorizada como adolescente.

Entre las adolescentes, gran parte se encuentra en su adolescencia tardía (90.54%), es soltera (74.32%). Las complicaciones maternas con mayor presencia en el grupo de gestantes fueron la infección de tracto urinario y la distocia funicular, asimismo, la complicación perinatal más recurrente en adolescentes fue el sufrimiento fetal agudo” (12).

Tay f., Pueli L., Neyra L., Seminario A. (Perú 2015), en su estudio “Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas” cuyo objetivo fue: Determinar las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes (10 - 19 años).

Estudio retrospectivo en el Hospital de Apoyo III- Sullana, revisando las 947 historias clínicas, que corresponden al total de gestantes adolescentes atendidas durante los años 1992 y 1993. Se les comparó con un número idéntico de gestantes entre 20 y 34 años (grupo control). El análisis estadístico se efectúa en base a frecuencias, porcentajes, desviación estándar, prueba de chi cuadrado.

“La incidencia de embarazo en adolescentes fue 12,9% la edad materna promedio de gestantes adolescentes fue 17,7 años. El 62,8% se encontraba entre 18 y 19 años. El 54% era conviviente y 7,2% soltera. El 75,8% era primigesta. Fue más frecuente la vía de parto abdominal en adolescentes (14,9%) con respecto al grupo control (6,5%). Se encontró relación entre gestación en adolescentes y desgarro perineal, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección urinaria y anemia” (14).

Okumura J., Mayta P., Tejeda J., Maticorena D. (Perú 2014), en su estudio “Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales y un hospital de Lima, Perú” cuyo objetivo fue: analizar el riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas en un hospital de Lima, Perú.

“Estudio de cohorte retrospectiva de 67.693 gestantes atendidas en el período 2000-2010. Se evaluó complicaciones obstétricas y perinatales. Las adolescentes se clasificaron en tardías (15-19 años) y tempranas (< 15 años) y se compararon con las adultas (20-35 años). Se calculó OR ajustados por educación, estado civil, control prenatal, gestaciones previas, paridad e IMC pregestacional se encontró mayor riesgo de cesárea (OR=1,28; IC95%=1,07-1,53) e infección puerperal

(OR=1,72; IC95%=1,17-2,53) en las adolescentes menores de 15 años, así como mayor riesgo (OR=1,34; IC95%=1,29-1,40) de episiotomía en las adolescentes tardías. Asimismo, se identificó un menor riesgo del embarazo adolescente para preeclampsia (OR=0,90; IC95%=0,85-0,97), hemorragia de la 2da mitad del embarazo (OR=0,80; IC95%=0,71-0,92), ruptura prematura de membranas (OR=0,83; IC95%=0,79-0,87), amenaza de parto pretérmino (OR=0,87; IC95%=0,80-0,94) y desgarro vaginal (OR= 0,86; IC95%=0,79-0,93)”⁽¹³⁾.

Bendezu G., Espinoza D., Smith J. (Perú 2014), en su estudio “Características y riesgo en gestantes adolescentes” cuyo objetivo fue: Establecer la incidencia, riesgos y complicaciones del embarazo y parto en las adolescentes.

Estudio retrospectivo de casos y controles. Institución: Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, EsSalud, Ica, Perú. Participantes: Gestantes adolescentes. Métodos: Entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014 se estudió 177 adolescentes que tuvieron su parto en el hospital y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes y registros de partos.

“El embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo ($p<0,05$)”⁽¹⁶⁾.

2.2.1. Adolescencia

La OMS define a la adolescencia como una etapa de desarrollo y crecimiento del ser humano que se produce después de la etapa de la niñez y antes que comience la edad adulta, un periodo comprendido entre los 10 y 19 años.

Es una etapa de transición que marca la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de cambios y crecimiento no mayor que el que experimentan los lactantes, en esta fase de desarrollo y crecimiento es condicionada por

muchos factores y procesos biológicos, al comienzo de la etapa de la pubertad, marca el paso de la niñez a la adolescencia ⁽¹⁹⁾.

La adolescencia se divide en Adolescencia Temprana (10 a 13 años) que se caracteriza por ser un temporada peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia, el nuevo comienza a desmemorar expectativa por los padres e inicia conocidos básicamente con individuos del mismo sexo, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales, se preocupa en gran medida por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su envoltura física ⁽²⁰⁾.

La Adolescencia promedio (14 a 16 años) es la nubilidad propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su acrecentamiento y estado fisiológico, es el término de proverbio lista con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es el tiempo adecuado de sitio de honor de experiencia y acto carnal; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de efusión. Muy preocupados por apariencia física, pretenden tener una dimensión más elegante y se manifiestan fascinados con la novedad ⁽²¹⁾.

En la Adolescencia tardía (17 a 19 años) casi no se presentan cambios físicos y aceptan su ilustración en vivo; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan un punto de vista más adulta; adquieren mayor cumbre por el compromiso íntimas y el acoplamiento de pares va perdiendo serie; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales ^(20,21).

2.2.2. Cambios somáticos y metabólicos ocurridos durante la adolescencia

En condiciones normales, la aceleración de la maduración biológica del ser humano varía en gran medida. El universalismo de niños y adolescentes maduran a un ritmo increíble, entretanto que muchos lo hacen de una manera más lenta y otros en modo acelerada. Por ello, a una determinada años cronológica se puede determinar distintos niveles de maduración, lo cual nos permite tratar de un “momento biológico”. Esta perturbación personal se hace muy irrefutable en la adolescencia, el travesañ de la cual ocurre con un espacioso margen que suele presentarse a 5 años ⁽²²⁾.

El fundamental carácter observado, también del crecimiento insustancial de tipo estructurado abierto, es el aumento y madurez interesante de la fachada genital y la manifestación de los caracteres sexuales secundarios hasta datar a la completa funcionalidad reproductiva ⁽²³⁾.

En esta época de vigor, la madurez de los caracteres sexuales secundarios es el aire más fehaciente y facundo de la maduración biológica y su pago tiene una alta correlación con los cambios hormonales, metabólicos y funcionales que ocurren simultáneamente, por lo que se constituye el indicativo clínico de la época biológica del adolescente ^(24,25).

2.2.3. Embarazo adolescente

Es definido como aquel embarazo ocurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente aun es dependiente de su núcleo familiar, y según la OMS en la edad dentro de los 10 a 19 años ⁽²⁶⁾.

2.2.4. Factores asociados a embarazo adolescente

Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando todavía no está lista para los eventos de sangrado. Con los años, la edad de la menarca ha disminuido desde los 17 años hasta los 12-13. Las adolescentes son fértiles a una edad promedio baja. Las adolescentes con una edad de menarquia temprana, son más propensas a adquirir una gestación ⁽²⁷⁾.

Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: Los adolescentes no adquirieron aun la madurez que se necesita para llevar una eficaz sexualidad ⁽²⁷⁾.

Familia Disfuncional: con un solo padre o con conductas poco saludables en cuanto a la sexualidad, que ponen en aprietos la protección de una familia continente, con una buena relación entre padres hijos. Su desaparición produce carencias afectivas que, si no lo saben resolver, impulsándola a noviazgo sexuales que tiene en extremo más de acatamiento para cobrar sentimientos no necesarios, que una auténtica relación amorosa ⁽²⁸⁾.

Bajo Nivel Educativo: con dejación familiar. Cuando hay un boceto de trascendencia que prioriza ascender una alguna cota formadora y retrasar la gestación para la permanencia adulta, es más probable que la vivaz, aun

teniendo noviazgos sexuales, adopte una prevención efectiva de la gestación⁽²⁸⁾.

Migraciones Recientes: con deterioro de la trampa allegada. Ocurre con el acarreo de las jóvenes a las ciudades en rebusca de trabajo y aún con área de formación Superiores⁽²⁹⁾.

Pensamientos Mágico: propios de este hito del ánimo, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean⁽³⁰⁾.

Fantasías de Esterilidad: comienzan sus cortejos sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por incidente, piensan que son estériles⁽³⁰⁾.

Falta o Distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: solamente se embaraza si tiene clímax, o cuando se es más ilustre, o cuando lo hace con la regla, o cuando no hay introducción completa del miembro, entre otros⁽³⁰⁾.

Factores socioculturales: existe una evidencia de una falta de costumbres y de una liberación sexual que se da sobre todo en los niveles socioeconómicos bajos⁽³¹⁾.

Las zonas de menester, con aglomeración, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán máximo dígito de familias disfuncionales, yerro de capital y de umbral a los sistemas de interés en salubridad, con el firme máximo riesgo⁽³¹⁾.

2.2.5. Tendencia del embarazo adolescente

El monograma de embarazos entre las adolescentes de entre 15 y 19 años es desmesurado. Cada año dan a luz unos 16 millones de mujeres de entre 15 y 19 años, lo que representa rodeando un 11% de los partos a altura mundial⁽³²⁾.

El 95% de esos partos se produce en países de haberes bajos y pobres. El impuesto promedio de nacimientos entre las adolescentes en los países de posesiones elementos supera en más del especioso a la de los países de tasas altas, y el sinónimo a los países de haberes bajos es cinco veces más elevada⁽³²⁾.

La prevalencia de partos que tienen lugar durante la adolescencia, se sitúa en más o menos del 2% en China, el 18% en América Latina y el Caribe y más del 50% en el África subsahariana. Los datos sitúan a Estados Unidos en 14%, mientras tanto que en el Reino Unido es de 4.4% y 1.4% en Holanda ⁽³³⁾.

El centro de todos los partos en adolescentes se concentra en tan ariá siete países: Bangladesh, el Brasil, los Estados Unidos, Etiopía, la India, Nigeria y la República Democrática del Congo ⁽³³⁾.

Las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 muestran que el canon mundial de nacimientos de las muchachas de esa etapa asciende a 49 por 1000 y, en clase de los países, oscila entre 1 y 229 por 1000. Esas cifras indican un acusado descenso desde 1990, que se reflexivo todavía en el empequeñecimiento de las tasas de mortalidad materna de las mujeres de 15 a 19 años ⁽³⁴⁾.

La gestación en las adolescentes muy jóvenes representa una inquietud sustanciosa. En los países de ingresos económicos bajos y medios, empalizada del 10% de las niñas se convierten en madres antes de cumplir los 16 años; las tasas más altas corresponden al África subsahariana y a Asia sociedad sureño y sudoriental ⁽³²⁾.

La razón de mujeres que se quedan embarazadas antes de los 15 años, varía en gran medida incluso dentro de las regiones: en el África subsahariana, por patrón, el impuesto de embarazos es de un 0,3% en Rwanda, mientras que en Mozambique asciende al 12,2% ⁽³²⁾.

Mientras que las adolescentes de entre 10 y 19 años representan el 11% de todos los partos que se producen en la tierra, en sí, acaparan el 23% del peso global de morbilidad (en años ajustados en razón de la discapacidad) atribuible al embarazo y al alumbramiento ⁽³²⁾.

En los países de beneficios bajos y fundamentos, el 14% de todos los abortos practicados en condiciones seguras corresponden a mujeres de entre 15 y 19 años. Cerca de 2,5 millones de adolescentes se someten cada año a abortos inseguros; por si esto fuera poco, las mujeres de grupos etarios se ven más gravemente afectadas por las entretelas obstétricas que las de más antigüedad ⁽³⁵⁾.

La gravidez en la juventud conlleva altos gratificación partida para la quebrada como para el hijo. En todo el planeta tierra, más o menos de 50.000 adolescentes mueren cada año durante la maternidad y el nacimiento y las últimas estimaciones disponibles sugieren que aproximadamente de un millón de bebés nacidos de adolescentes mueren antes de su primer aniversario ⁽³⁶⁾.

En América Latina, el embarazo adolescente es cuatro veces más exorbitante en las adolescentes menores de 16 primaveras que en las mujeres veinteañeras. Las tasas de mortinatalidad y de defunción en la primera semana de vida son un 50% más elevadas cuando las madres son menores de 20 años que cuando tienen entre 20 y 29 años ⁽³²⁾.

2.2.6. Embarazo adolescente en el Perú

Es un hecho que en las últimas décadas entre el 12 y 13%, la gravidez en adolescentes de 15 a 19 años se debe a muchos factores, sobre todo a embarazos no planificados. Al compararlo con los varones, más del 1% de ellos son padres a la misma edad. En los estratos socioeconómicos altos, no hay mucha prevalencia como la que se observa en las zonas rurales. Aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí adonde se registra un ligero término al crecimiento, a desajuste de la fila al disminuir los registros en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en áreas de la amazonia (superior al 30% en el 2012 en Loreto) ⁽³⁷⁾.

2.2.7. Complicaciones en gestantes adolescentes

El notable impacto de la fecundidad adolescente en la morbilidad facta durante el embarazo es muy voluble. La anemia es hado la patología más común, dadas las demandas del incremento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años. Coinciden ambos períodos de máximo instancia nutricional del ser humano. La segunda patología de mayor frecuencia es la infección urinaria de la adolescente embarazada, que contribuye al alumbramiento prematuro. La tercera patología es el acrecentamiento de la presión arterial o pre eclampsia, que contribuye a la pequeña palanca del recién nacido para la disfunción placentaria ⁽³⁷⁾.

De modo global se describe máximo morbilidad en la preñez joven en la saber se describen:

- Aborto

- Anemia
- Infecciones del tracto urinario
- Bacteriuria asintomática
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Preeclampsia – Eclampsia
- Retardo en el crecimiento intrauterino
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Ruptura prematura de membranas
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

2.2.8. Complicaciones perinatales en gestantes adolescentes

En lo que respecta a las patologías del recién nacido, diversas fuentes de información señalan que entre menos sana sea la madre, mayores son las alteraciones que pueden deber en relación al parto, debido principalmente a una desproporción de la pelvis materna y de sus partes blandas, lo que condicionaría una máxima incidencia de irregularidad cefalopélvica, por lo tanto, más trabajos de alumbramiento prolongados y máximo uso de fórceps y cesáreas ⁽³⁸⁾.

Una nómina de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que la vehemencia de parto prematuro es máxima en las pacientes adolescentes tempranas embarazadas. La etapa gestacional del nacimiento prematuro está en relación a los años maternos, existiendo mayor flujo de partos prematuros. En el mismo contexto algunos estudios destacan que existe una frecuencia máxima de ruptura prematura de membranas en la gestante adolescente ⁽³⁸⁾.

La máxima incidencia de alumbramiento pretérmino está ligado a la disminución del estrato social y el poco acceso a centros médicos.

En la manifestación del Retardo de Crecimiento Intrauterino, la permanencia del recién nacido en un ambiente uterino poco adecuado como el de una madre adolescente, es más prevalente en menores de 15 años ⁽³⁸⁾.

Las adolescentes sin control prenatal presentaron incremento en el riesgo de muerte fetal, ruptura prematura de membranas, alumbramiento prematuro, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, bajo peso para la edad gestacional, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, distrés respiratorio, sepsis neonatal ⁽³⁸⁾.

2.2.9. Morbilidad del embarazo y puerperio adolescente

Cuando se indaga valorar las causas que incrementan la morbi-mortalidad del embarazo adolescente y que conllevan a una efusión más astronómica de presentar complicaciones obstétricas y resultados perinatales adversos la formación apuntan a que la inexperiencia es un elemento fundamental. Se ha sugerido que en las adolescentes más jóvenes se puede presentar una inmadurez en el eje hipotálamo-hipófisis-gónada, lo apunte pélvicos y en la prolongación del alumbramiento. Sin embargo, como tal, los mecanismos biológicos asociados entre la pequeña permanencia materna y los mayores factores de riesgo aún permanecen especulativos. Se ha atribuido que el entusiasmo de que las gestantes aún se encuentren en un estado de acrecentamiento orgánico, puede suministrar una disminución por su requerimiento de nutrientes.

Sin requisa, otros estudios de eminencia internacional, no muestran un acrecentamiento en la frecuencia de complicaciones perinatales en las adolescentes gestantes cuando se comparan con grupos controles de mujeres de 20 a 25 años de vida ⁽³⁹⁾.

Incluso, se hace que la morbimortalidad de la gestante adolescente en Latinoamérica puede ser parecido a otros grupos de mujeres adultas con un vinculado control prenatal y expectación del parto.

Diversos autores y publicaciones de grupos internacionales han verificado con creces al embarazo adolescente considerándolo en el estrato de riesgo debido a las complicaciones médicas con las que se asocia: preeclampsia/eclampsia, hemorragia, infección, nacimiento pretérmino, obstáculo del crecimiento intrauterino, imperfección cefalopélvica, cesárea, parto con fórceps y muerte perinatal.

También se reporta de modo popular que la morbilidad de la gestante adolescente se relaciona con la temporada de la gestación que transita: en la primera parte se destacan el deterioro del cuerpo por el embarazo, anemia,

infección de vías urinarias y bacteriuria asintomática. Durante la segunda mitad de la gestación destacan los cuadros hipertensivos, la hemorragia por patología placentaria, malnutrición, emergencia de nacimiento pretérmino y divergencia prematura de membranas.

Según la OPS, las adolescentes embarazadas menores de 16 años, presentan 40% más de probabilidad para presentar diversas patologías, como las ya citadas.

La OMS menciona que a nivel mundial ocurren anualmente carretera millones de casos nuevos de enfermedades de audición sexual curables: Tricomona (3.39 millones de infecciones), Chlamydia (1.92 millones), Gonorrea (1.36 millones) y Sífilis (0.24 millones). En nuestros jóvenes las que tuvieron relaciones sexuales sin protección, el inicio precoz de relaciones sexuales y los cambios frecuentes de urbano ocasionan un entusiasmo mayor para portar infecciones y embarazos no planeados en los adolescentes ⁽⁴⁰⁾.

Más al respecto de la morbilidad de la gestante adolescente, la nosología más habitual son las infecciones, tanto de vías urinarias como cervicovaginales. El panorama de gérmenes en estos tractos genera sustancias tales como la fosfolipasa A2 y C que promueven la extracción de prostaglandinas las que actúan como uterotónicos lo que describe la fisiopatología del nacimiento pretérmino.

También se ha documentado que la inmadurez del útero y cérvix ocasionan una menarquia temprana puede implicar el acrecentamiento de infecciones subclínicas y elaboración de prostaglandinas que facilitan el derrame para parto pretérmino.

La fisiopatología de la desunión de membranas obedece todavía a una valoración infecciosa que puede causar al esquema de metaloproteinasas, que actúan sobre las proteínas del seno extracelular de las membranas y provocan su declive y eventualmente su desprendimiento ⁽⁴¹⁾.

En las adolescentes embarazadas se conoce una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica por falta de hierro. Esta se vincula con múltiples factores tales como malos hábitos nutricionales, malos controles prenatales y la pubertad per se, lo que se observa en máxima cantidad entre las gestantes menores de 15 años.

Factores como el estado civil (soltera), escolaridad (atraso) y examen prenatal escueto se han reportado como predictores de cesárea y de prematuridad ⁽⁴¹⁾.

Para investigadores controvertidos que reportan que el embarazo adolescente no incrementa la expansión con un idóneo control prenatal, se sabe que el 86.8% de las adolescentes de 12 a 19 años aumenta la posibilidad de complicaciones obstétricas en la madre y perinatales en el Recién nacido. Para el hijo de las pacientes, el voluminoso de las adolescentes inicia su control prenatal en el primer trimestre (70.6%), mientras que el 24.4% inicia en el segundo trimestre y por fortuna exclusivamente el 5.1% inicia en el tercero. También se señala que las adolescentes que viven en lugares urbanos acuden más tempranamente, lo mismo que las que estudian secundaria o más.

En relación a la causa de egresos hospitalarios en nuestra sociedad, el reporte de los últimos años desde 1998 hasta el 2010 siempre ha sido en primer motivo los relacionados al concepción, nacimiento y puerperio, las afecciones obstétricas directas, en tercera extensión, el alumbramiento puro espontáneo y en menor medida el óbito fetal ⁽⁴¹⁾.

2.2.10. Mortalidad adolescente

Según la OMS, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo mayor de óbito fetal, aproximadamente cuatro veces más que las mujeres de 20 a 30 años y la edad materna es 2 a 5 veces más importante en las pacientes menores de 18 años a comparación con las de entre 20 a 29 años. Cifras internacionales indican que el embarazo en adolescentes de 16 a 19 años tiene 2 veces más riesgo de fallecer ⁽⁴²⁾.

2.3. Definición de términos básicos

Adolescente: Etapa de desarrollo y crecimiento del ser humano que se produce después de la etapa de la niñez y antes que comience la edad adulta, un periodo comprendido entre los 10 y 19 años ⁽¹⁹⁾.

Embarazo: Es el tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, durante el cual en la cavidad uterina se forma y desarrolla un nuevo ser ⁽⁴³⁾.

Complicación: Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado ⁽⁴⁴⁾.

Obstétrica: Rama de la medicina que cuida la gestación, el parto y el puerperio (el período que abarca desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado que tenía antes de la gestación ⁽⁴⁵⁾.

Perinatal: Perinatal es un concepto básicamente de la medicina y se aplica a todo aquello relacionado con la salud del recién nacido, valorándolo desde el momento de la gestación hasta sus primeros meses de vida ⁽⁴⁶⁾.

Embarazo adolescente: Es definido como aquel embarazo ocurrido desde el inicio de la menarca y/o cuando la adolescente aun depende de su núcleo familiar, y según la OMS en la edad dentro de los 10 a 19 años ⁽²⁶⁾.

CAPITULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3. Hipótesis

3.1. Hipótesis general

Las gestantes adolescentes tempranas y medias en un Hospital del Cusco, 2020, tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales que las adolescentes tardías.

3.2. Hipótesis específicas

1. Existe una alta prevalencia de complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020
2. Existe una alta prevalencia de complicaciones perinatales en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020
3. Existe relación entre las características sociodemográficas y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020
4. Existe relación entre las características sociodemográficas y las complicaciones perinatales en gestantes adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020

3.3. Variables

3.3.1. Variable Dependiente

- Complicaciones obstétricas
- Complicaciones perinatales

3.3.2. Variables Independientes

3.3.2.1. Características sociodemográficas

- Edad
- Procedencia
- Nivel de Instrucción

3.3.2.2. Características obstétricas

- Número de Gestaciones
- Abortos anteriores
- Edad gestacional
- Controles pre natales
- Tipo de parto

3.3.3. Variables Interviniente

- Embarazo adolescente

3.4. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas	Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio dentro de la población; contará con las siguientes subvariables: Edad, Procedencia, nivel de instrucción.	Edad que anota la entrevistada, corroborado con la fecha de nacimiento de su DNI y/o del SIS	<p>Edad: tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento a la fecha del parto.</p> <p>Adolescencia media: Es la adolescencia propiamente dicha; que se encuentra entre los 14 a 16 años de edad.</p> <p>Adolescencia tardía: Adolescente entre los 17 a 19 años de edad.</p>	Continua	<p>Edad de la adolescente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 14 a 16 años 2. 17 a 19 años
		Dirección de la paciente registrada en la historia clínica y en el SIS	<p>Urbano: la gestante reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad.</p> <p>Urbanomarginal: La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano.</p> <p>Rural: la gestante reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.</p>	Nominal	<p>Procedencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Urbanomarginal 3. Rural
		Nivel de instrucción registrado en la Historia Clínica	<p>Nivel de Instrucción: último año cursado por la adolescente, como es un estudio retrospectivo se usará el dato registrado en la historia clínica</p>	Ordinal	<p>Nivel de Instrucción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/técnica

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
			<p>Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo</p> <p>Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta.</p> <p>Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta.</p> <p>Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta</p>		
Características obstétricas	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes antecedente de aborto, número de gestaciones, edad gestacional, control prenatal.	Fórmula obstétrica	<p>G: Gravidez</p> <p>P: Partos de embarazos a término</p> <p>A: Abortos</p> <p>P: Prematuros</p> <p>V: Vivos actuales.</p>	Nominal	Antecedente de aborto: 1. Si 2. No
				Nominal	Gestaciones: 1. Primigesta 2. Segundigesta 3. Multigesta
		FUR	<p>Edad Gestacional: fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud.</p> <p>Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas.</p>	Nominal	Edad Gestacional: 1. Pre término. 2. A término 3.. Post término

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
			<p>A término: Embarazo entre las 37 semanas 42 semanas.</p> <p>Post término: Embarazo mayor a 42 semanas</p>		
Características obstétricas		Número de controles registrado en la Historia clínica.	<p>Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal.</p> <p>Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control</p>	Nominal	<p>CPN:</p> <p>1. Controlada</p> <p>2. No controlada</p>
		Registro del tipo de parto en la historia clínica	Tipo de Parto: forma como nace el recién nacido, vaginal o abdominal (Cesárea)	Nominal	<p>Tipo de parto:</p> <p>1. Vaginal</p> <p>2. Cesárea</p> <p>3. Instrumentado</p>
Complicaciones obstétricas	Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que se presentan durante el embarazo y trabajo de parto que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo del producto como: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, entre otros.	Registro de la complicación obstétrica en la historia clínica	<p>Amenaza de aborto: Es un padecimiento del embarazo que ocurre antes de la vigésima semana de gestación y que sugiere la probabilidad de que se presente un aborto espontáneo.</p> <p>Aborto: Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la</p>	Nominal	<p>Complicaciones obstétricas</p> <p>Ninguna ()</p> <p>Amenaza de aborto ()</p> <p>Aborto ()</p> <p>Amenaza de parto pretérmino ()</p> <p>ITU ()</p> <p>Hiperemesis gravídica ()</p> <p>Anemia ()</p> <p>DPP ()</p> <p>Preeclampsia ()</p> <p>Eclampsia ()</p> <p>RPM ()</p> <p>Distocias de presentación ()</p> <p>DCP ()</p>

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Complicaciones obstétricas	Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que se presentan durante el embarazo y trabajo de parto que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo del producto como: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, entre otros.	Registro de la complicación obstétrica en la historia clínica	<p>concepción, antes de las 20 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.</p> <p>ITU: presenta molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias</p> <p>Anemia: hemoglobina por debajo de 11 g/ml. durante la gestación.</p> <p>Pre eclampsia: Gestante > 20 semanas con PAD\geq90 mmHg y/o PAS\geq140 una proteinuria igual o > de 300 mg en orina de 24 horas.</p> <p>Eclampsia: Gestante >20 sem presente cuadro convulsivo o coma, con registros de PAD >90 o PAS >140 mmHg y proteinuria igual o mayor de 300 mg en orina de 24 horas</p> <p>Desgarro perineal: Los desgarros son rasgaduras</p>		Trabajo de parto prolongado () Expulsivo prolongado () Parto precipitado () Desgarros perineales () Desgarros cervicales () Otros:

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
			de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor, según su profundidad se clasifica de I a IV grado		
Complicaciones perinatales	Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud del producto que aumenta el riesgo de fallecer durante el embarazo o después de nacer, estas	Registro de la complicación perinatal en la historia clínica	<p>Prematuridad: es definido como de menos de 37 semanas completas de gestación</p> <p>Asflxia: Definida por la presencia de los siguientes factores: taquipnea con quejido respiratorio, retracciones respiratorias, cianosis, hipoxia.</p> <p>Óbito fetal: Es el feto que fallece habiendo cumplido 20 semanas o más de edad gestacional o con un peso superior a 500 gramos.</p> <p>Sufrimiento fetal agudo: es una alteración del intercambio metabólico entre la madre y el feto que trae como consecuencia la hipoxemia, acidosis e</p>	Nominal	<p>Complicaciones perinatales</p> <p>Ninguna ()</p> <p>Prematuridad ()</p> <p>Sufrimiento fetal agudo ()</p> <p>RNBP ()</p> <p>RNMBP ()</p> <p>RCIU ()</p> <p>Hipoglicemia ()</p> <p>Sepsis neonatal ()</p> <p>Obito fetal ()</p> <p>Otros:</p>

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Complicaciones perinatales	Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud del producto que aumenta el riesgo de fallecer durante el embarazo o después de nacer, estas	Registro de la complicación perinatal en la historia clínica	<p>hipercapnia al igual que otros estudios homeostáticos fetales. se determina mediante las alteraciones características en los patrones de monitoreo fetal electrónico.</p> <p>Retardo del crecimiento Intrauterino aquél recién nacido cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del percentil 10 según la curva preestablecida que relaciona peso y edad gestacional del Lubchenco</p> <p>Bajo peso al nacer: Recién nacido con peso menor de 2500 gramos</p>		

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de diseño descriptivo, transversal y retrospectivo.

Descriptivo: No se asociarán variables, se determinará y describirán las complicaciones obstétricas y perinatal en las gestantes adolescentes.

Transversal: Las variables solo se medirán en un determinado lapso de tiempo.

Retrospectivo: Todos los eventos ya sucedieron y solo se recolectará información de historias clínicas.

4.1. POBLACION

La población está constituida por gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital de Quillabamba, 226 en total.

4.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes adolescentes entre los 10 a 19 años de edad que tuvieron su parto en el Hospital de Quillabamba durante el año 2020.
- Historia clínica de la gestante adolescente completa.
- Historia clínica del recién nacido.

4.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historia clínica incompleta de la madre.
- Historia clínica incompleta del recién nacido.
- Historia clínica en la cual no se entienda la letra.

4.1.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el siguiente estudio de investigación, se usó la recolección de datos mediante una fuente secundaria, a través de la revisión de historias clínicas y revisión del libro de sala de partos del Hospital de Quillabamba, dicha revisión se plasmó en una ficha de recolección de datos que recogió información de la gestante, como sus aspectos sociodemográficos y las características obstétricas, así mismo las complicaciones obstétricas y perinatales.

Con el protocolo realizado, se solicitó a la dirección del Hospital de Quillabamba, el acceso a las historias clínicas de gestantes a adolescentes que tuvieron parto durante el año 2020, se revisó cada historia para verificar si cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, en total se revisaron 274 historias clínicas de las cuales solo 226 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, no se realizó muestreo debido a la cantidad de la población a estudiar.

4.1.4. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

La información obtenida fue ingresada a una base de datos en Excel, posterior a esto fue introducida al software SPSS 26.0, para el análisis Univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas multivariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables.

CAPITULO V: RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES

RESULTADOS

5.1.1. Características Sociodemográficas

Durante el año 2020 en el Hospital de Quillabamba hubo 1051 partos, según el registro de estadística de dicho nosocomio, el embarazo adolescente representó el 21.5% del total de partos que se atendió durante ese año. De las 226 gestantes adolescentes, la edad mínima fue de 11 años y la máxima de 19 años, así también la media de las edades fue de 17.06 años (Tabla N° 1).

TABLA N° 1
Promedio de edades de las gestantes
adolescentes del Hospital de Quillabamba

Media	17,06
Mínimo	11
Máximo	19

Del total de la población, el 69.5% fueron adolescentes entre las edades de 17 a 19 años, el 24.3% fueron adolescentes entre los 14 y 16 años, y tan solo el 6.2% pertenece a adolescentes tempranas de 10 a 13 años (Tabla N° 2).

TABLA N° 2
Adolescentes gestantes de acuerdo a tipo de adolescencia

	Frecuencia	Porcentaje
ADOLESCENCIA TEMPRANA	14	6,2
ADOLESCENCIA MEDIA	55	24,3
ADOLESCENCIA TARDÍA	157	69,5
Total	226	100,0

Un 37.2% proviene del ámbito Urbano, 25.2% proceden del ámbito Urbano-Marginal y un 37.6% del ámbito Rural (Tabla N° 3). En el total de las gestantes del ámbito Urbano, 1.1% fueron adolescentes tempranas, 17.9% adolescentes medias y 81% adolescentes tardías. En el ámbito Urbano Marginal, el 3.5% fue adolescente temprana, el 29.8% adolescente media y el 66.7% adolescente tardía. En el ámbito Rural, el 13.09% fueron adolescentes tempranas, 27.4% adolescentes medias y el 60.7% adolescentes tardías.

TABLA N°3

Procedencia de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

	Frecuencia	Porcentaje
URBANO	84	37,2
URBANO-MARGINAL	57	25,2
RURAL	85	37,6
Total	226	100,0

En cuanto al grado de instrucción, el 1.3% de las gestantes adolescentes, no tiene estudios, el 59.3% tiene primaria completa, el 35.8% tiene secundaria completa, y el 3.5% de las gestantes adolescentes tiene una educación superior-técnica (Tabla N°4).

TABLA N°4

Nivel de instrucción de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

SIN ESTUDIOS	3	1,3
PRIMARIA	134	59,3
SECUNDARIA	81	35,8
SUPERIOR-TECNICA	8	3,5
Total	226	100,0

5.1.2. Características obstétricas

Del total de las gestantes adolescentes, el 88.9% fueron primigestas, el 10.2% segundigestas y el 0.9% fue multigesta (Tabla N°5).

TABLA N°5

Número de gestaciones de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMIGESTA	201	88,9
SEGUNDIGESTA	23	10,2
MULTIGESTA	2	0,9
Total	226	100,0

Del total de las gestantes adolescentes, el 3.5% tuvieron antecedentes de abortos y el 96.5% no tienen antecedentes de aborto (Tabla N°6).

TABLA N°6

Antecedentes de Abortos de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	3,5
NO	218	96,5
Total	226	100,0

El 15.5% de las gestantes adolescentes tuvieron un parto con una edad gestacional menor a 37 semanas, 84.5% del total de las gestantes, tuvieron un parto con una edad gestacional a término, mayor de 37 semanas y menor de 42 (Tabla N°7).

TABLA N°7

Edad Gestacional de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

	Frecuencia	Porcentaje
PRE TERMINO	35	15,5
TERMINO	191	84,5
Total	226	100,0

En cuanto a los controles Pre Natales de las gestantes adolescentes, la media de controles fue de 7.08, el mínimo de controles fue de 0 (cero) y el máximo de 10 controles pre natales (Tabla N°8).

TABLA N°8
Controles Pre Natales de las gestantes
adolescentes del Hospital de Quillabamba

N	Válido	226
	Perdidos	0
Media		7,08
Moda		7
Mínimo		0
Máximo		10

El mayor porcentaje (24.8%) de las gestantes adolescentes tuvieron 07 controles Pre Natales, 56 en total, seguidas de 06 controles Pre Natales (20.4%), 46 en total, de las 226 gestantes, solo 01 no tuvo ningún control, y 15 gestantes tuvieron 10 controles (Tabla N°9).

TABLA N°9
Frecuencia de los Controles Pre Natales de las
gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

Controles	Frecuencia	Porcentaje
0	1	,4
1	1	,4
2	2	,9
4	15	6,6
5	12	5,3
6	46	20,4
7	56	24,8
8	45	19,9
9	33	14,6
10	15	6,6
Total	226	100,0

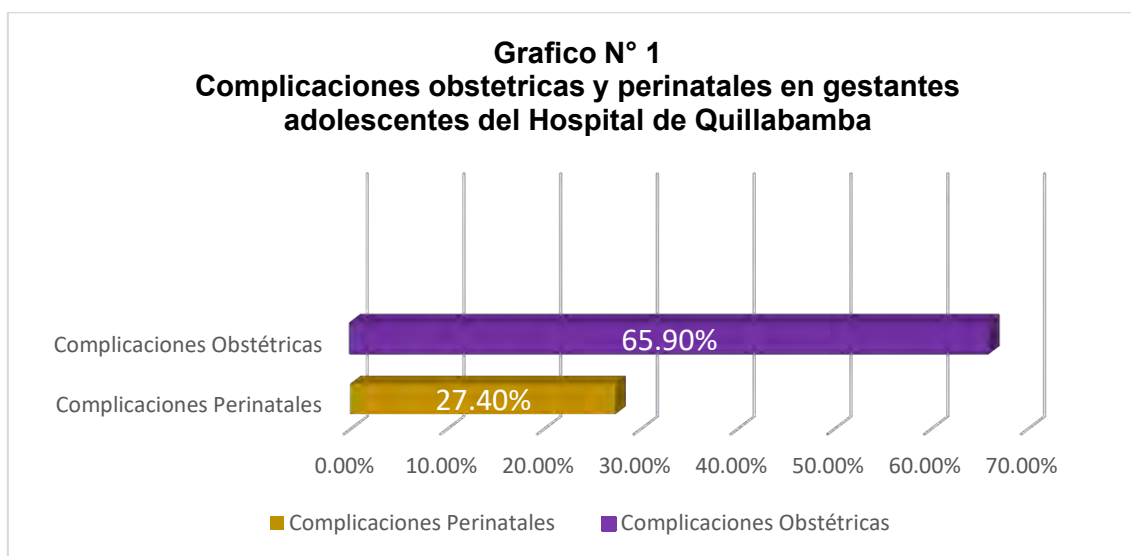
El 75.2% de las gestantes adolescentes tuvieron parto por vía vaginal y el 24.8% lo tuvieron por vía abdominal (cesárea), y ninguna gestante tuvo parto instrumentado (Tabla N° 10).

TABLA N°10
Frecuencia de los Controles Pre Natales de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

	Frecuencia	Porcentaje
VAGINAL	170	75,2
CESÁREA	56	24,8
Total	226	100,0

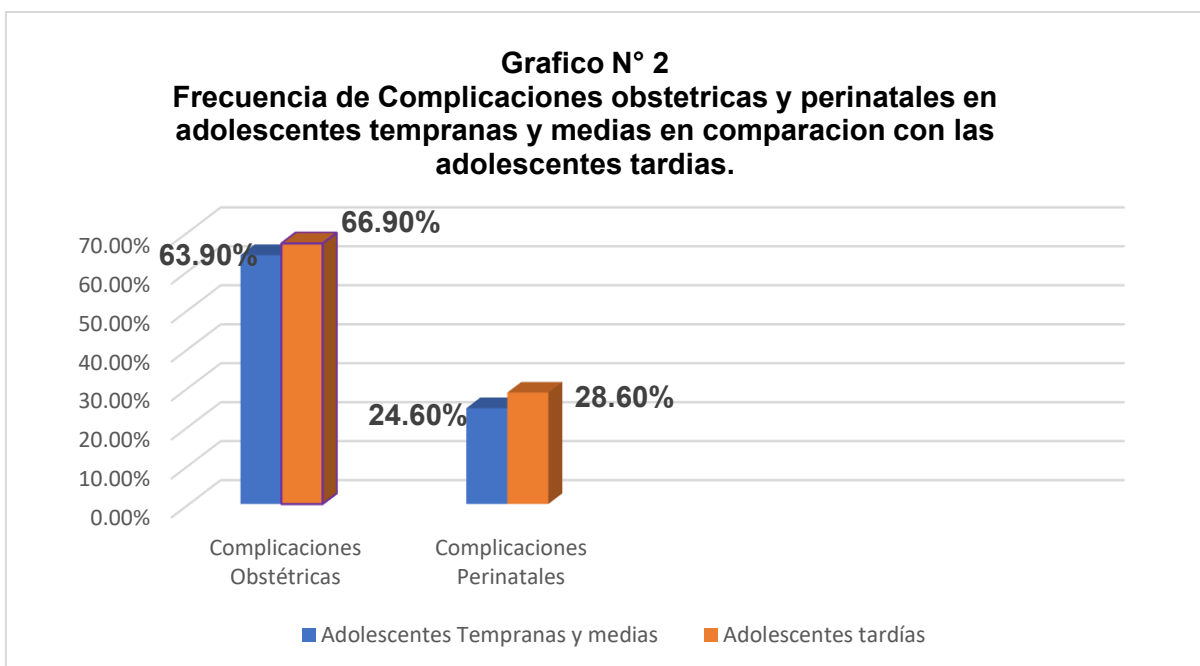
5.1.3. Complicaciones obstétricas y perinatales

Del total de las gestantes adolescentes (226), el 65.9% (149) presentó alguna complicación obstétrica, el 27.4% (62) de las gestantes adolescentes presentó alguna complicación perinatal (Grafico N°1).



De las gestantes adolescentes tempranas y medias, 69 en total, el 63.8% (44) tuvo alguna complicación obstétrica, mientras que, en las adolescentes tardías, 157 en total, el 66.9% (105), tuvieron alguna complicación obstétrica.

En las gestantes tempranas y medias, el 24.6% (17) tuvo alguna complicación perinatal, y en las adolescentes tardías el 28.6 % (45) (Grafico N°2).



Dentro de las complicaciones Obstétricas en las gestantes adolescentes, las principales fueron Desproporción Céfalopélvica con un 14.2% (32), 11.9% correspondieron a Infección del tracto Urinario con un 11.9% (27), Episiotomía se presentó en el 10.2% (23) de las gestantes adolescentes, 6.6% (15) tuvieron desgarros perineales y un 6.2% (14), presentaron Preeclampsia (Tabla N°11).

TABLA N°11
Frecuencia de las complicaciones Obstétricas de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	77	34,1%
RPM	8	3,5%
DISTOCIAS DE PRESENTACION	11	4,9%
DCP	32	14,2%
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	2	0,9%

EXPULSIVO PROLONGADO	3	1,3%
DESGARROS PERINEALES	15	6,6%
DISTOCIAS FUNICULARES	10	4,4%
EPISIOTOMIA	23	10,2%
HEMORRAGIA POST PARTO	2	0,9%
ITU	27	11,9%
DPP	2	0,9%
PREECLAMPSIA	14	6,2%
Total	226	100,0%

De las complicaciones Perinatales más importantes halladas, tenemos a la prematuridad con un 11.5% (26) del total de las gestantes adolescentes, 5.3% (12) tuvieron Sufrimiento fetal Agudo, 4.9% (11) corresponde a Recién Nacidos con Bajo peso y un 2.7% (6) correspondió a Macrosomia fetal (Tabla N°12).

TABLA N°12

Frecuencia de las complicaciones Perinatales de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	164	72,6%
OTROS	1	0,4%
MACROSOMIA	6	2,7%
RCIU	1	0,4%
PREMATURIDAD	26	11,5%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	12	5,3%
RNBP	11	4,9%
HIPOGLICEMIA	1	0,4%
OBITO FETAL	4	1,8%
Total	226	100,0%

5.1.4. Relación de las características Sociodemográficas con las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestantes adolescentes

El 85% de las adolescentes tempranas, el 58.2% de las adolescentes medias y el 66.8% de las adolescentes tardías presentaron complicaciones obstétricas, no se encontró relación significativa ($p=0.274$) (Tabla N° 13).

El 21.4% de las adolescentes tempranas, presentó una complicación perinatal, 25.5% en las adolescentes medias y 28.7% en las adolescentes tardías, esta relación no fue significativa ($p=0.989$) (Tabla N° 13).

TABLA N°13
Relación entre la edad y las complicaciones obstétricas y Perinatales de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

Edad	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones perinatales	
Adolescencia temprana	12	85.7%	3	21.4%
Adolescencia media	32	58.2%	14	25.5%
Adolescencia tardía	105	66.8%	45	28.7%
Total	149	65.9%	62	27.4%
X²	27.7		5.9	
P	0.274		0.989	

El 64.2% de las gestantes adolescentes que provinieron de la zona Urbana, presentaron una complicación obstétrica, el 68.4% provinieron de la zona Urbano Marginal, y el 65.8% procedieron de la zona Rural, esta diferencia fue significativa con $p=0.032$ (Tabla N° 14).

El 17.9% de las gestantes adolescentes provenientes de la zona Urbana, presentaron una complicación perinatal, el 47.4% de la zona Urbano Marginal y el 27.4% de las gestantes que presentaron una complicación perinatal, provinieron de la zona Rural, esta diferencia fue significativa con $p=0.000$ (Tabla N° 14).

TABLA N°14
Relación entre la Procedencia y las complicaciones
obstétricas y Perinatales de las gestantes adolescentes
del Hospital de Quillabamba

Procedencia	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones perinatales	
	Urbano	54	64.2%	15
Urbano-Marginal	39	68.4%	27	47.4%
Rural	56	65.8%	20	23.5%
Total	149	65.9%	62	27.4%
X²	38.39		46.16	
P	0.032		0.000	

El 33.3% de las gestantes que no tuvieron estudios, presentó una complicación obstétrica, el 63% tuvo estudios primarios completos, el 70.3% tuvo estudios secundarios completos y el 75% de las gestantes adolescentes que tuvieron una complicación obstétrica tuvo un grado de instrucción superior/técnica, esta diferencia fue significativa con $p=0.035$ (Tabla N°15).

El 33.3% de las gestantes que presentaron una complicación perinatal, no tuvo estudio alguno, el 24.6% tuvo estudios primarios completos, el 30.9% estudios secundarios completos y el 37.5% tuvo estudios superiores/técnicos, esta diferencia no fue significativa ($p=0.906$) (Tabla N°15).

TABLA N°15
Relación entre la Procedencia y las complicaciones
obstétricas y Perinatales de las gestantes adolescentes
del Hospital de Quillabamba

Grado de Instrucción	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones perinatales	
	Sin estudios	1	33.3%	1
Primaria	85	63.4%	33	24.6%
Secundaria	57	70.3%	25	30.9%
Superior/técnica	6	75%	3	37.5%
Total	149	65.9%	62	27.4%
X²	52.83		15.46	
P	0.035		0.906	

5.1.5. Relación de las características obstétricas con las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestantes adolescentes

El 66.1% de las gestantes primigestas, presentaron complicación obstétrica, el 60.9% fue segundigesta y en toda la población solo hubieron 02 multigestas y estas, presentaron complicaciones obstétricas, esta diferencia no fue significativa ($p=0.561$) (Tabla N°16).

El 26.8% de las gestantes adolescentes que presentó alguna complicación perinatal, fue primigesta, el 30.4% fue segundigesta y la mitad de las multigesta, presentó una complicación perinatal, esta diferencia fue significativa con $p=0.012$ (Tabla N°16).

TABLA N°16

Relación entre el número de gestación y las complicaciones obstétricas y Perinatales de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

N° de Gestación	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones perinatales	
Primigesta	133	66.1%	54	26.8%
Segundigesta	14	60.9%	7	30.4%
Multigesta	2	100%	1	50%
Total	149	65.9%	62	27.4%
X²	22.30		31.31	
P	0.561		0.012	

El 87.5% de las gestantes adolescentes que presentó antecedente de aborto, tuvo complicación obstétrica, y el 65.1% de las gestantes que no tuvo antecedente de aborto, también tuvo complicación obstétrica, esta diferencia no fue significativa ($p=0.781$) (Tabla N°17).

El 50% de las gestantes que tuvieron antecedente de abortos, tuvieron complicaciones perinatales y el 26.6% que no tuvieron antecedente de aborto, tuvieron complicación perinatal, esta diferencia no fue significativa ($p=0.296$) (Tabla N°17).

TABLA N°17
Relación entre el Antecedente de aborto y las complicaciones obstétricas y Perinatales de las gestantes adolescentes del Hospital de Quillabamba

Antecedente de aborto	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones perinatales	
Si	7	87.5%	4	50%
No	142	65.1%	58	26.6%
Total	149	65.9%	62	27.4%
X²	8.04		9.58	
P	0.781		0.296	

El 48.6% de las gestantes con una edad gestacional menor de 37 semanas tuvieron una complicación obstétrica, el 69.1% de gestantes fue a término y ninguna gestante tuvo una edad gestacional mayor o igual a 42 semanas, esta diferencia fue significativa con un $p=0.001$ (Tabla N°18).

El 91.4% de las gestantes que tuvieron un parto pre término, tuvo una complicación perinatal, el 15.7 fue a término y ningún post término, esta diferencia fue significativa con un $p=0.000$ (Tabla N°18).

TABLA N°18

**Relación entre edad gestacional y las complicaciones
obstétricas y Perinatales de las gestantes adolescentes
del Hospital de Quillabamba**

Edad Gestacional	Complicaciones Obstétricas		Complicaciones perinatales	
Pre termino	17	48.6%	32	91.4%
Termino	132	69.1%	30	15.7%
Post termino	0	0%	0	0%
Total	149	65.9%	62	27.4%
X²	33.74		181.09	
P	0.001		0.000	

DISCUSION

El 21.5% de, total de partos durante el año 2020, fue adolescente, Fernando J., halló en su estudio que el 28.6% de los partos fue adolescente en el año 2014 ⁽¹¹⁾, un gran porcentaje fue adolescente tardía (90.54%) en el estudio de Cortez J. ⁽¹²⁾, en el presente estudio y no contrastando con el resultado anterior se halló que la mayoría de las gestantes adolescentes eran tardías (69.5%), con una edad promedio de 17.06 años, Osorno P., en su estudio encontró la edad promedio de 16 años ⁽¹⁰⁾.

La procedencia en su mayoría fue de la Rural (37.6%) casi seguida de la zona Urbana (37.2), Gonzales I., menciona en su estudio que con más frecuencia tuvieron adolescentes de la zona Urbana y así mismo, mayores complicaciones, hasta duplicarse en comparación de la zona Rural ⁽¹⁵⁾.

En nuestro estudio, hubo una tendencia de las gestantes adolescentes a ser primigestas con un 88.9% del total de la población, Fernando J., en su estudio, halló que la mayoría fue primigesta 53.6% ⁽¹¹⁾.

No se encontró en los antecedentes antes mencionados un porcentaje de abortos, pero en nuestro estudio encontramos una baja prevalencia de la misma 3.5% del total de gestantes adolescentes y la mayoría de ellas tuvo una complicación obstétrica o perinatal 87.5%.

La prevalencia de partos con una edad gestacional menor a 37 semanas fue de 15.5%, Velastegui J. en su estudio encontró que la tasa fue mayor 45.6%, en su mayoría por causas de canal de parto ⁽⁹⁾, muy similar en nuestro estudio, donde la mayor complicación fue por una desproporción cefalopélvica.

La prevalencia de complicaciones perinatales en nuestro estudio fueron relativamente bajas (27.4%), comparándola con otros autores, Osorno P., encontró una prevalencia de 56.7% de complicaciones perinatales ⁽¹⁰⁾, contrastando en la prevalencia de complicaciones obstétricas en nuestro estudio que fueron de 65.9%, similares a otros estudios como el de Fernando J., encontrando un 53.6% de complicaciones obstétricas ⁽¹¹⁾, Cortez J., halló una prevalencia de complicaciones obstétricas del 67.7% ⁽¹²⁾.

Las adolescentes tempranas y medias tuvieron menos complicaciones obstétricas en comparación con las adolescentes tardías, 63.9% y 66.9% respectivamente, en cuanto a las complicaciones perinatales, la prevalencia de igual manera se presentó en mayor cantidad en las adolescentes tardías que en las tempranas y medias con 28.6% y 24.6% respectivamente.

La complicación obstétrica con mayor prevalencia fue la desproporción céfalo pélvica con un 14.2%, se guida por la infección del tracto urinario y episiotomía, Velastegui J. encontró en su estudio que el 28% fue por abortos seguida de amenaza de parto pretérmino e infección de vías urinarias ⁽⁹⁾, Fernando J., en su estudio encontró que los desgarros perineales fueron mas frecuentes, seguidos de ruptura prematura de membranas ⁽¹¹⁾, Cortez J., en su estudio, la complicaciones fueron la infección del tracto urinario y la distocia funicular ⁽¹²⁾, Okumura J., encontró que los factores de riesgo con más asociación a alguna complicación, fueron la edad prematura de embarazo y a la vez este se asociaba con amenaza de abortos y amenaza de parto pretérmino ⁽¹³⁾.

La complicación perinatal más frecuente fue la prematuridad, seguida de sufrimiento fetal agudo y recién nacido con bajo peso, Velastegui J., encontró como principal complicación la prematuridad ⁽⁹⁾, Osorno P., en similitud a nuestro estudio encontró la prematuridad como complicación más frecuente seguida de asfixia y sufrimiento fetal agudo ⁽¹⁰⁾, Fernando J., encontró como complicación perinatal más frecuente el bajo peso al nacer ⁽¹¹⁾, Cortez J., en su estudio fue el sufrimiento fetal agudo ⁽¹²⁾, Tay F., en su estudio la complicación perinatal más frecuente el sufrimiento fetal agudo en similitud con anteriores estudios ⁽¹⁴⁾, Bendezú G., también encontró al sufrimiento fetal agudo como principal complicación perinatal ⁽¹⁶⁾.

Hubo en muchos casos varias complicaciones relacionadas con bajo nivel de instrucción y se podría relacionar con el difícil acceso a la educación sexual, así mismo también estuvieron relacionados con la procedencia rural, teniendo posiblemente dificultades para el acceso a un servicio de salud adecuado y del mismo modo al acceso de métodos anticonceptivos eficaces y adecuados para la edad y la cultura de la adolescente, también se puede ver que las pacientes de zonas rurales tienen menos controles prenatales en comparación con la de zonas Urbanas y esto podría reflejarse en las complicaciones obstétricas que pudieran tener las gestantes adolescentes.

Se encontró relación significativa entre la procedencia y las complicaciones obstétricas y perinatales, teniendo en cuenta que el mayor porcentaje fue en la zona Urbano

Marginal en cuanto a complicaciones obstétricas seguida de la rural, al igual que en las complicaciones perinatales.

Se halló una diferencia significativa entre el grado de instrucción y las complicaciones obstétricas, en mayor porcentaje en las que tuvieron un grado de instrucción superior y técnica, Zhang T., en su estudio encontró en similitud el grado de instrucción como factor de riesgo para alguna complicación obstétrica ⁽¹⁷⁾.

La diferencia entre el número de gestaciones y las complicaciones perinatales fue significativa, teniendo en mayor porcentaje a las multigestas, pero se podría entrar en sesgo de cantidad, ya que solo se tuvieron 02 gestantes multigestas y una de ellas tuvo una complicación perinatal, Osorno P., encontró que en las multigestas hubo una mayor incidencia de asfixia y sufrimiento fetal agudo ⁽¹⁰⁾.

Hubo una diferencia significativa entre la relación de la edad gestacional y las complicaciones obstétricas y perinatales, en el caso de las complicaciones obstétricas, las gestantes adolescentes que tuvieron un parto pretérmino, sufrieron una complicación, caso similar en las complicaciones perinatales en la que la prematuridad fue la complicación más frecuente, Okumura J., evidenció en su estudio que ser gestante adolescente es factor de riesgo para complicaciones obstétricas como abortos, ruptura prematuras de membranas, amenaza de parto pretérmino que tendrían influencia negativa directamente en el feto ⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

- Se evaluaron en total 226 gestantes adolescentes, de las cuales 6.2% fueron adolescentes tempranas, 24.3% adolescentes medias y 69.5% adolescentes tardías, la edad promedio fue de 17.06 años. La mayor parte de las adolescentes provinieron de la zona rural, 37.6%, seguido de la zona Urbana, 37.2%. El 59.3% de las adolescentes gestantes solo tiene primaria completa, y tan solo un 3.5% tiene estudios superiores.
- Las adolescentes tardías tuvieron mayor prevalencia de abortos que las adolescentes tempranas. En su mayoría, el 88.9% fueron primigestas, y tan solo un 0.9% fue multigesta. La mayor cantidad de los partos fue a término con un 84.5% seguido del pretérmino con un 15.5%, no hubo partos post término. La media de controles prenatales fue de 7.08, teniendo como referencia a que el mínimo de controles prenatales fue de 0 (cero), y el máximo de 10, la mayor cantidad de gestantes, 24.8% tuvieron 7 controles. El 75.2% del total de partos fue por vía vaginal, y el 24.8% fue por cesárea, no hubo ningún parto instrumentado.
- En total, se encontró una prevalencia de 65.9% de complicaciones obstétricas y 27.4% de complicaciones perinatales en las gestantes adolescentes. En las gestantes adolescentes tempranas y medias, la prevalencia de complicaciones obstétricas fue de 63.9%, y de complicaciones perinatales fue de 24.6%, en las gestantes tardías, la prevalencia de complicaciones obstétricas fue un poco superior con un 66.9%, en cuanto a las complicaciones perinatales, la prevalencia fue de 28.6%.
- Las complicaciones obstétricas que se encontraron fueron la desproporción céfalo pélvica (14.2%), infección de vías urinarias (11.9%), episiotomía (10.2%), desgarros perineales (6.6%), preeclampsia (6.2%), distocias de presentación (4.9%), distocias funiculares (4.4%), Ruptura prematura de Membranas (3.5%), expulsivo prolongado (1.3%) y otros con 0.9%.
- Las complicaciones perinatales que se hallaron fueron prematuridad (11.5%), Sufrimiento fetal agudo (5.3%), Recién nacido con bajo peso (4.9%), macrosomia (2.7%), óbito fetal (1.8%), hipoglicemia (0.4%) y RCIU (0.4%).

- No se encontró relación significativa entre los tipos de adolescencia (temprana, media y tardía) con las complicaciones obstétricas ($p=0.274$) y las complicaciones perinatales ($p=0.989$). Se encontró una relación significativa entre la procedencia y las complicaciones obstétricas ($p=0.032$) y las complicaciones perinatales ($p=0.000$). Se encontró diferencia significativa entre el grado de instrucción y las complicaciones obstétricas ($p=0.035$) pero contrastando, no se encontró relación significativa con las complicaciones perinatales ($p=0.906$). Entre el número de gestaciones y las complicaciones obstétricas, no se encontró relación significativa ($p=0.561$), pero si en la relación con las complicaciones perinatales ($p=0.012$). Las gestantes con antecedente de aborto y las complicaciones obstétricas, no tuvieron relación significativa ($p=0.781$) al igual que con las complicaciones perinatales ($p=0.296$). La edad gestacional de las gestantes adolescentes, tuvo una relación significativa con las complicaciones obstétricas ($p=0.001$) y del mismo modo con las complicaciones perinatales ($p=0.000$).

RECOMENDACIONES

- A los centros de salud de primer nivel, se debe mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos de las gestantes adolescentes, para poder reducir el embarazo y así sus complicaciones. Evaluar las complicaciones que pueden ser prevenidas, así como las morbilidades que se tienen que manejar en un primer nivel de atención para no tener consecuencias en la madre y en el recién nacido. Se debe tener un control más estricto de las gestantes en sus controles prenatales, debido a que muchas de ellas tenían menos de 04 controles.
- A los padres de familia, tener más comunicación con sus hijos, sobre todo educarlos en casa sobre la sexualidad responsable.
- Al Hospital de Quillabamba, tener un mejor registro de las complicaciones obstétricas y perinatales para una mejor estadística de las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Embarazo adolescente [Internet]. Perú: Minsa; 2020. Disponible en:
En el Perú, 12 de cada 100 adolescentes están embarazadas o ya son madres |
Gobierno del Perú (www.gob.pe)
2. OMS. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. Suiza: OMS; 2016 p. 8. Report
No.: WHO/FWC/MCA/12.02. Disponible en:
OMS | Desarrollo en la adolescencia (who.int)
3. Milagros E. Dueñas Mera. Factores asociados al embarazo en adolescentes en
el Perú. Rev Int Salud Matern Fetal. 2018 jun; 3 (2): 12 - 13. Disponible en:
Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú
(revistamaternofetal.com)
4. Klein JD. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. Committee on
adolescence. Pediatrics. 2015;116(1)
5. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2014
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015
7. BLOG. Embarazo precoz en el Perú [Internet]. Perú: 2016. Disponible en:
Embarazo Precoz en el Perú (julionakiche.blogspot.com)
8. Olavarria D. Embarazo adolescente en el Perú. Medios de comunicación.
Disponible en: blogspot.es/1290277380
9. Velastegui J., Jazmín A., Jacqueline A., Navarro H. (Ecuador 2018),
Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de
Atacames.
10. Osorno P., Flores A., Mendez P. (México 2016). Embarazo en adolescentes y
riesgo de complicaciones perinatales.
11. Fernando J., Guillermo. J. (Colombia 2014). Resultados obstétricos y perinatales
en adolescentes.
12. Cortez J., Diaz C. (Perú 2018). Complicaciones materno Perinatales asociadas
al embarazo adolescente: un estudio de casos y controles.
13. Okumura J., Mayta P., Tejeda J., Maticorena D. (Perú 2014). Embarazo
adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales
y un hospital de Lima, Perú.
14. Tay f., Pueli L., Neyra L., Seminario A. (2015). Embarazo en adolescentes:
complicaciones obstétricas.
15. Gonzales I., Reyes A., Ramirez A., Rivera M. (Honduras 2015). Incremento del
riesgo Obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de Casos y Controles.

16. Bendezu G., Espinoza D., Smith J. (Perú 2014). Características y riesgo en gestantes adolescentes.
17. Zhang t., Wang H., Wang X., Yang Y., (China 2020). Los resultados adversos maternos y perinatales del embarazo adolescente.
18. Socolov D., Lorga M., Caralearnau A. (Rumania 2017). Embarazo durante la adolescencia y riesgos asociados: un estudio de cohorte de 08 años.
19. OMS. Adolescencia [Internet]. Suiza: OMS; 2018. Disponible en:
OMS | Desarrollo en la adolescencia (who.int)
20. Furzán J., Yuburí A., Eizaga S., García- Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Méd Caracas 2010
21. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med. 2015
22. Freyre E. Pubertad Normal en la Mujer. En: Pacheco J, Editor. Ginecología y Obstetricia. 1a Ed. Lima, Perú: MAD Corp S.A.; 2016. p. 179-88.
23. Martínez y Martínez R, Cuevas A, Apodaca J. Etapa Adolescencia: Crecimiento y Desarrollo. En: Martínez y Martínez R, editor. Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente. 6a Ed. México: Manual Moderno; 2019. p. 1543-54.
24. Freyre E. La Salud del Adolescente. Aspectos Médicos y Psicosociales. 2a Ed. Arequipa, Perú: Editorial UNSA; 2015
25. Martínez y Martínez R, Cuevas A, Apodaca J. Etapa Adolescencia: Crecimiento y Desarrollo. En: Martínez y Martínez R, editor. Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente. 6a Ed. México: Manual Moderno; 2009. p. 1543-54.
26. William Soler. Embarazo Adolescente. 2018. Disponible en:
Embarazo Adolescente (sld.cu)
27. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina 2017
28. Ramírez G. Juárez C., Pérez J. Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2018.
29. Department of Health and Human Services. Preventing teenager pregnancy.[monografía en línea]. Georgia, United States; 2016 . Disponible en <http://mchb.hrsa.gov/programs/adolescents/abstinence.htm>
30. Contreras J, Guzmán J, Falconier M. La adolescencia y la salud reproductiva. En:Guzmán J, Hakkert R, Contreras J, Falconier M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2014.

31. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. Lima, Perú: 2002;17 OMS. Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones [Internet]. Centro de Prensa. Avenue Appia 20 1211 Ginebra 27, Suiza: OMS; 2016 may. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
32. OMS. Embarazo en la adolescencia [Internet]. Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Avenue Appia 20 1211 Ginebra 27, Suiza: OMS; 2017. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/
33. Redondo C. Embarazo en la Adolescencia. En: Redondo Figuero CG, Galdó Muñoz G, García Fuentes M, editores. Atención al Adolescente [Internet]. 1a Ed. Santander, España: PubliCan - Ediciones de la Universidad de Cantabria; 2018. p. 335-46. Disponible en:
https://books.google.com.pe/books?id=uqJt5tN3sDYC&printsec=frontcover&dq=Atecion+al+adolescente&hl=es419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Atencion%20al%20adolescente&f=false
34. OMS. Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones [Internet]. Centro de Prensa. Avenue Appia 20 1211 Ginebra 27, Suiza: OMS; 2016 may. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
35. Lake A. The State of The World's Children 2016. Adolescence: An Age of Opportunity [Internet]. United Nations Children's Fund (UNICEF). New York, NY 10017, USA: UNICEF; 2017 feb. Report No.: 02092011.pdf. Disponible en:
<https://www.unicef.org/sowc2011/fullreport.php>
36. Whitworth M, Cockerill R, Lamb H. Antenatal management of teenage pregnancy. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2017;27(2):50-6.
37. Fernandes de Azevedo W, Diniz MB, da Fonseca ESVB, de Azevedo LMR, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein.* 2015;13(4):618-26.
38. Saenz V. Embarazo y adolescencia resultados perinatales. *Rev Cubana ObsteGinecol (Cuba)* 2015; 84(31):2-10
39. Aguirre, Alejandro. "La mortalidad materna en México"; en *Población y Desarrollo Sustentable COESPO Guanajuato*, 2017. pp. 29-33.
40. Organización Mundial de la Salud. 2012. www.who.int/maternal_child_adolescent/es/

41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de mortalidad, 2010. Consulta interactiva de datos, INEGI, 2018.
42. Aguirre, Alejandro. "La mortalidad materna en México"; en Población y Desarrollo Sustentable COESPO Guanajuato, 2001. pp. 29-33.
43. Diccionario Magister. Barcelona. 2021. Microsoft Word - 65225.doc. disponible en: (emagister.com)
44. Complicación. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. 2021. Disponible en. www.cun/complicacion.es
45. Definición de obstetricia - Qué es, Significado y Concepto. España. 2021 (definiciones de términos básicos). Disponible en: www.definiciones/obstetricia%/quees.org.es
46. Definición de Perinatal - Qué es y Concepto. Mexico. 2021. Disponible en: www.definicion/%perinatales/que/es.mx

ANEXO N°1
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN GESTANES
ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2020

1. Características

sociodemográficas de la gestante adolescente

Edad _____ años

- a) Adolescente temprana
- b) Adolescente media
- c) Adolescente tardía

Procedencia: a) Urbano

B)Rural

Nivel de instrucción: a) sin estudios b) Primaria c)

Secundaria d)

Superior/Técnica

2. Características obstétricas de la gestante adolescente

N° Gestación: a) Primigesta 2)

Segundigesta 3) Multigesta

Antecedente de Aborto: a) Si b)

No

Edad gestacional: a) Pre

termino b) Termino c) Post

termino

N° controles prenatales: _____

Tipo de parto: a) Eutócico b)

Cesárea c) Instrumentado

Parto precipitado ()

Desgarros perineales ()

Desgarros cervicales ()

Otros: _____

3. Complicaciones obstétricas:

Ninguna ()

Amenaza de aborto ()

Aborto ()

Amenaza de parto pretérmino ()

ITU ()

Hiperemesis gravídica ()

Anemia ()

DPP ()

Preeclampsia ()

Eclampsia ()

RPM ()

Distocias de presentación ()

DCP ()

Trabajo de parto prolongado ()

Expulsivo prolongado ()

4. Complicaciones perinatales

Ninguna ()

Prematuridad ()

Sufrimiento fetal agudo ()

RNBP ()

RNMBP ()

RCIU ()

Hipoglicemia ()

Sepsis neonatal ()

Obito fetal ()

Otros _____

ANEXO N°2

HOJA DE VALIDACIONES POR EXPERTOS

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION SOBRE LA INVESTIGACION "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2020"

1.-¿Considera UD que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera UD que la cantidad de preguntas registradas es suficiente para tener comprensión de la materia del estudio ?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.-¿Considera UD que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.-¿Considera UD que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.-¿Considera UD que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.-¿Considera UD que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.-¿Considera UD que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.-¿Considera UD que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.-¿Considera UD que las escalas de medición usadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.- ¿Qué aspecto habría que modificar o tendrías que incrementarse o suprimirse?

*Quitar adolecentes de 4 años
mejorar algunos ítems
por el glos*

Gobierno Regional Cusco
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 410 Hospital de Quilichamba
Julio Bejar Cuba
Médico Gineco Obstetra
E.M.P. N° 30527 - R.N.E. N° 10521

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION SOBRE LA INVESTIGACION "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2020"

1.-¿Considera UD que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera UD que la cantidad de preguntas registradas es suficiente para tener comprensión de la materia del estudio ?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.-¿Considera UD que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.-¿Considera UD que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.-¿Considera UD que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.-¿Considera UD que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.-¿Considera UD que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.-¿Considera UD que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

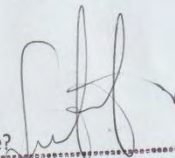
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.-¿Considera UD que las escalas de medición usadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.-¿Qué aspecto habría que modificar o tendrías que incrementarse o suprimirse?

Quitar los ítems


Dra. Maribel Sullca García
CNEC
CUSCO

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION SOBRE LA INVESTIGACION "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2020"

1.-¿Considera UD que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera UD que la cantidad de preguntas registradas es suficiente para tener comprensión de la materia del estudio ?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.-¿Considera UD que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.-¿Considera UD que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.-¿Considera UD que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.-¿Considera UD que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.-¿Considera UD que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.-¿Considera UD que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.-¿Considera UD que las escalas de medición usadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.-¿Qué aspecto habría que modificar o tendrías que incrementarse o suprimirse?

Señalar complicaciones PERINATALES

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
[Firma]
Med. Alejandro Medina Timaya
CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA
C.R. 55683 RNE 578

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION SOBRE LA INVESTIGACION "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2020"

1.-¿Considera UD que las preguntas del instrumento miden lo que pretender medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera UD que la cantidad de preguntas registradas es suficiente para tener comprensión de la materia del estudio ?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.-¿Considera UD que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.-¿Considera UD que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares se obtendrá datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.-¿Considera UD que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.-¿Considera UD que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.-¿Considera UD que el lenguaje utilizado en este presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.-¿Considera UD que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.-¿Considera UD que las escalas de medición usadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10.-¿Qué aspecto habría que modificar o tendrías que incrementarse o suprimirse?

Aumentar más preguntas

MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD
CARLOS RAMOS VERA
MEDICO PEDIATRA
GMP: 43017 RNE: 38923

ANEXO N°3

CALIFICACION DE VALIDACION DE EXPERTOS.

1. La siguiente tabla tiene los puntajes por ítems y sus respectivos promedios brindados por los cinco expertos, especialistas en ginecología.

ITEMS	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	3	3	3	4	3	4.6
2	4	3	4	3	3	4.6
3	3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	4	4.6
5	4	3	4	4	3	4.4
6	4	3	3	3	3	4.6
7	3	3	3	3	3	3
8	3	3	3	4	3	4.6
9	3	3	3	3	4	4.6

2. Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_n)^2}$$

Donde:

X = valor máximo en la escala con concedida para cada ítem

Y = promedio de cada ítem

Reemplazando:

$$DPP = \sqrt{(3 - 4.6)^2 + (3 - 4.6)^2 + (3 - 3)^2 + (3 - 4.6)^2 + (3 - 4.4)^2 + (3 - 4.6)^2 + (3 - 3)^2 + (3 - 4.6)^2 + (3 - 4.6)^2}$$

$$DPP = \sqrt{0.04 + 0.16 + 0 + 0.04 + 0.36 + 0.04 + 0 + 0.04 + 0.04}$$

$$DPP = \sqrt{0.72}$$

$$DPP = 0.84$$

3. Luego se determina la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido, respecto al punto de referencia cero, con la siguiente ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x-1)^2 + (x-1)^2 + \dots + (x-1)^2}$$

Donde:

X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y= 1

Reemplazando:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{144}$$

$$D (\text{máx.}) = 12$$

4. El valor de D (máx.) se divide entre el valor máximo de la escala: $12/5=2.4$
5. Con este valor de 2.4 se construye una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor máximo de 12, se divide en intervalos iguales, denominados de la siguiente forma:

A	Adecuación total	0 - 2.4
B	Adecuación en gran medida	2.5 - 4.8
C	Adecuación promedio	4.9 - 7.2
D	Escasa adecuación	7.3 - 9.6
E	Inadecuación	9.7 - 12.0

6. El punto DPP debe caer entre las zonas A o B, para poder afirmar que es válido y confiable, en caso contrario debe ser reestructurado y/o modificado. En este proyecto el DPP es de 0.84, que se ubicaría en la zona A de adecuación total, esto significa que es válido y confiable.

ANEXO N°4
SOLICITUD PARA RECLECTAR INFORMACION EN EL HSOPITAL DE
QUILLABAMBA



CUSCO 10 DE MAYO DEL 2021

DIRIGIDO: Dr. Jorge G. Canales Santander

Director del Hospital De Quillabamba

ASUNTO: SOLICITO NUMERO DE HISTORIA

CLINICA CON NOMBRES, APELLIDOS Y DNI DE LAS PACIENTES GESTANTES MENORES DE 20 AÑOS ATENDIDAS DURANTE EL AÑO 2020

Yo Jairo Escalante Auccaisi con DNI 70115487, Domiciliad en AV Cusco 320 San Sebastian, Estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana De la Universidad San Antonio Abad Del Cusco, me es grato dirigirme a usted para expresarle lo siguiente:

Solicito acceso a las Historias del servicio de Gineco Obstetricia Del Hospital Antonio Lorena para acceder información sobre el número de Historia clínica con nombres y apellidos y DNI de las pacientes gestantes menores de 20 años y de sus Recién nacidos que acudieron para atención de parto en año 2020, y poder recolectar datos necesarios para realización del trabajo de Investigación titulado : "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN ADOLESCENTES GESTANTES EN UN HOSPITAL DEL CUSCO, 2020" . Dicho trabajo esta asesorado por el Dr. Nicolás Mauricio Agurto.

El diagnostico requerido cuentan con los siguientes códigos CIE 10 :

Amenaza de aborto	O20.0
Aborto	O06
Amenaza de parto pretérmino	P01.8
ITU	0.23 N39.0
Hiperemesis gravídica	O21.0 O21.1
Anemia	D64.9 O99.0
DPP	O45
Preeclampsia	O14.9 O13 O14.0
Eclampsia	O15.9 O15.1 O15.0
RPM	O42.1
Distocias de presentación	O66.9 O66.2
DGP	O65.1 O33.3 O33.2
Trabajo de parto prolongado	O63.9
Expulsivo prolongado	O63.1
Parto precipitado	O62.3
Desgarros perineales	O70
Desgarros cervicales	O71.3
Prematuridad	P07.3