

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES

ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL

SANTA ROSA DE PUERTO

MALDONADO, 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Mirian Yanet Garcia Mena

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**TACNA – PERÚ
2016**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO,
2015**

TESIS

Presentado por:

BACH. MIRIAN YANET GARCIA MENA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por *Unanimidad*, ante el siguiente Jurado

.....
Dra. Iris Paredes Gonzales
Presidente

.....
Dra. Obsta. Olga Choque Chura
Secretaria

.....
Mgr. Bernardino Damián López
Vocal

AGRADECIMIENTO

Al Dr. LUIS CHOQUE MAMANI, con afecto y especial consideración por su dedicación, valiosa ayuda profesional y acertado asesoramiento para la culminación del presente trabajo de investigación.

A los MIEMBROS DEL JURADO, por su paciencia, por sus aportes y por haber asumido la importante tarea de la corrección y perfeccionamiento de la presente tesis.

DEDICATORIA

A Dios: por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre: Valentina Sanga de Ninaja por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, que sin duda alguna me ha demostrado su amor incondicional.

A mi padre: Genaro Ninaja Chambilla una de esas estrellas en el cielo, a ti tengo que darte las gracias por lo que soy y sé que desde el cielo guías mis pasos.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xviii
ABSTRACT.....	xix
INTRODUCCIÓN.....	01

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	8
1.2.1. Problema general.....	8
1.2.2. Problemas específicos.....	8
1.3. Objetivos.....	9
1.3.1. Objetivo general.....	9
1.3.2. Objetivos específicos.....	9
1.4. Importancia del problema y justificación.....	10
1.5. Hipótesis.....	11

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.....	12
2.2. Marco teórico.....	22
2.2.1. Adolescencia.....	22
2.2.2. Embarazo en la adolescencia.....	23
2.2.3. Incidencia del embarazo en el Perú y Madre de Dios.....	24
2.2.4. Morbimortalidad en los embarazos en adolescentes.....	26
2.2.5. Factores asociados al embarazo adolescente.....	30
2.2.6. Consecuencias del embarazo en el adolescente.....	32
2.2.7. Características biopsicosociales.....	33
2.2.8. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes.....	34
A. Enfermedad hipertensiva gestacional.....	37
B. Hipertensión inducida del embarazo.....	38
C. Pre eclampsia.....	38
D. Eclampsia.....	39
E. Aborto.....	40
F. Amenaza de aborto.....	41
G. Amenaza de parto pretermino.....	42
H. Parto pretermino.....	43
I. Rotura prematura de membranas.....	44

J. Desproporción céfalo pélvico.....	45
K. Desgarro perineal.....	45
L. Anemia.....	46
M. Infección de vías urinarias.....	47
2.3. Marco conceptual.....	48
A) Adolescencia.....	48
B) Complicaciones obstétricas.....	48
C) Embarazo.....	48
D) Embarazo adolescente.....	49
E) Paridad.....	49
F) Pre eclampsia.....	49
G) Anemia.....	49
H) Aborto.....	50
I) FUR.....	50

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	51
3.2. Población y ámbito de estudio.....	51
3.3. Variables de estudio.....	53

3.3.1. Variable independiente.....	53
3.3.2. Variable dependiente.....	53
3.3.3. Operacionalización de variables.....	54
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	57
3.4.1. Instrumentos.....	57
3.4.2. Técnicas y métodos de recolección de datos.....	57
3.4.3. Procesamiento de datos.....	58

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DISCUSIÓN.....	107
CONCLUSIONES.....	113
RECOMENDACIONES.....	115
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	117
ANEXOS.....	126

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Distribución según la edad de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2015.	60
Tabla 2: Grado de instrucción de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	62
Tabla 3: Estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	64
Tabla 4: Lugar de residencia de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	66
Tabla 5: Número de gestaciones de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	68

Tabla 6:	Edad gestacional de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	70
Tabla 7:	Número de controles prenatales de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	72
Tabla 8:	Tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	74
Tabla 9:	Antecedente de aborto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	76
Tabla 10:	Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	78

Tabla 11:	Relación de las complicaciones obstétricas con la edad de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	81
Tabla 12:	Relación de las complicaciones obstétricas con el grado de instrucción de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	84
Tabla 13:	Relación de las complicaciones obstétricas con la residencia de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	87
Tabla 14:	Relación de las complicaciones obstétricas con el estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	89

Tabla 15:	Relación de las complicaciones obstétricas con el antecedente de aborto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	91
Tabla 16:	Relación de las complicaciones obstétricas con el tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	94
Tabla 17:	Relación de las complicaciones obstétricas con la edad gestacional de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	96
Tabla 18:	Relación de las complicaciones obstétricas con el n° de controles prenatales de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	99

Tabla 19:	Relación de las complicaciones obstétricas con el N° de gestaciones de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	102
-----------	---	-----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Distribución según la edad de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	61
Gráfico 2: Grado de instrucción de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	63
Gráfico 3: Estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	65
Gráfico 4: Lugar de residencia de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	67
Gráfico 5: Número de gestaciones de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	69

Gráfico 6:	Edad gestacional de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	71
Gráfico 7:	Número de controles prenatales de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	73
Gráfico 8:	Tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	75
Gráfico 9:	Antecedente de aborto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	77
Gráfico 10:	Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	80

Gráfico 11:	Relación de las complicaciones obstétricas con la edad de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	83
Gráfico 12:	Relación de las complicaciones obstétricas con el grado de instrucción de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	86
Gráfico 13:	Relación de las complicaciones obstétricas con la residencia de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	88
Gráfico 14:	Relación de las complicaciones obstétricas con el estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015	90

Gráfico 15:	Relación de las complicaciones obstétricas con el antecedente de aborto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	93
Gráfico 16:	Relación de las complicaciones obstétricas con el tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	95
Gráfico 17:	Relación de las complicaciones obstétricas con la edad gestacional de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	98
Gráfico 18:	Relación de las complicaciones obstétricas con el n° de controles prenatales de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.	101

Gráfico 19: Relación de las complicaciones obstétricas con el 104
nº de gestaciones de las gestantes adolescentes
atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto
Maldonado, 2015.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015; se realizó una investigación no experimental, descriptivo, relacional, retrospectivo y de corte transversal.

La muestra estuvo constituida por 245 gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante su embarazo, parto y puerperio atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015. **Resultados:** Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes encontradas en este estudio fueron: anemia (19,18 %) siendo la complicación obstétrica más frecuente, infección del tracto urinario (14,29 %), desproporción céfalo pélvica (11,43 %), ruptura prematura de membrana (11,02 %), desgarró perineal y/o cervical (10,61 %), pre eclampsia (7,76 %), parto pretérmino (7,76 %) y parto prolongado (7,76 %); Las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas. ($P > 0,05$); pero sí existe una relación con las características obstétricas que fueron: tipo de parto, edad gestacional encontrándose una diferencia significativa ($P=0,000$).

Palabras clave: gestante, adolescente, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

This research was conducted in order to determine obstetric complications in pregnant adolescents seen at the Santa Rosa Hospital of Puerto Maldonado, 2015; a non-experimental research, descriptive, relational, retrospective, cross-section was performed.

The sample consisted of 245 pregnant adolescents who had obstetric complications during pregnancy, childbirth and postpartum treated at the Santa Rosa Hospital of Puerto Maldonado, 2015.

Results: The major obstetric complications in pregnant adolescents found in this study were: anemia (19.18%) being the most common obstetric complications, urinary tract infection (14.29%), pelvic disproportion céfalo (11.43%) , premature rupture of membrane (11.02%), perineal tear and / or cervical (10.61%), pre-eclampsia (7.76%), preterm delivery (7.76%) and prolonged labor (7.76%); Obstetric complications were not related to any of the sociodemographic characteristics. ($P > 0.05$); But there is a relation with the obstetric characteristics that were: type of delivery, gestational age being a significant difference ($P = 0.000$).

Keywords: pregnant, teen, obstetric complications.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación se estudió las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el año 2015, con el cual se espera determinar cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes en este grupo de estudio, ya que muchos trabajos de investigación demuestran que un embarazo en esta etapa de la vida constituye un riesgo tanto para la madre adolescente como para su hijo por la falta de madurez física y mental, incrementando el riesgo a complicaciones en el embarazo, incluso una probabilidad de 20 a 200 veces más de morir por complicaciones.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud ha clasificado el embarazo adolescente como de mayor riesgo para la salud de la mujer y la de su hijo/a; con grandes probabilidades de presentar complicaciones y de morir durante embarazo, parto y puerperio¹⁸.

En el Perú, los jóvenes constituyen el 22,3 % del total de la población, y la tasa de embarazo adolescente es alta.

Según el INEI 2011, el 13 % de los adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez.

Según ENDES 2011 la mayor prevalencia de embarazos en adolescentes se presenta entre las mujeres de las regiones de la selva (25,3 %), más pobres (22,4 %) y con menor nivel educativo (33,9 %).

La tasa de embarazo adolescente en el país se ha incrementado el último año, de un porcentaje de 13,2 % en 2012 a casi 14 % hacia fines del 2013. Ucayali encabeza la lista de embarazos adolescentes, donde más de la cuarta parte de mujeres adolescentes está embarazada (27,3 %), seguido de Loreto (25,3 %), Madre de Dios (23,1 %), Lima (11,3 %) y Arequipa (7,7 %).

Es necesario realizar esta investigación para poder realizar estrategias de intervención en la atención de la mujer y así disminuir la morbi-mortalidad perinatal - materna.

Este trabajo de investigación presenta los siguientes capítulos:

En el Capítulo I se describe el problema, la formulación de la misma, se conoce las preguntas de investigación, la tesis tiene por objetivo determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.

En el Capítulo II se aborda los antecedentes del problema, los aspectos teóricos relacionados con las complicaciones obstétricas, donde se encuentra además la definición de términos.

En el Capítulo III se aborda la metodología de la investigación, la investigación planteada es de tipo descriptiva, relacional, diseño no experimental, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 245 gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

En el Capítulo IV se ofrece los resultados y discusión, por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del Problema:

El embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva ha sido objeto de curiosidad y preocupación científica^{1, 2}, no sólo por su alta frecuencia en los últimos años, sino por las afecciones que son propias para cada edad^{3, 4}, y la innegable repercusión que la gestación tiene para la familia y la sociedad. Cada vez es más frecuente que por razones sociales, la mujer postergue su embarazo, en función de adquirir una mejor preparación y una mejor condición económica, además de procurar una pareja estable.

El embarazo a temprana edad afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

El embarazo en la adolescente es considerado un embarazo de alto riesgo ya que aumenta en ellas la incidencia de complicaciones de la madre y del recién nacido, entre más jóvenes mayor riesgo, en nuestro país.

En el periodo 1993-2005 los departamentos de Loreto, Ucayali y Madre de Dios en la selva, y los departamentos de Apurímac, Huancavelica y Ayacucho en el Trapecio Andino, registran los índices más altos de crecimiento de la población en edades jóvenes⁸.

Según el fondo de poblaciones de naciones unidas (UNFPA) en el 2012 el problema de embarazo adolescente en el Perú mostraba que el 13% de las mujeres entre los 15 y 19 años han salido embarazadas⁶.

Las adolescentes que cursan un segundo embarazo aún presentan limitaciones para acceder a servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos modernos. Ello restringe sus derechos a prevenir un embarazo o postergarlo si así lo desean.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: pre eclampsia, eclampsia, anemia, partos pre términos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida del neonato⁵.

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%).^{9,10}

Según revela la ENDES 2015, los porcentajes más altos de adolescentes que han estado embarazadas se encuentran en las áreas rurales. Asimismo, de las seis regiones con mayor porcentaje de embarazos en este grupo de edad, cinco pertenecen a la Selva, donde se encuentran los porcentajes más elevados. En regiones como Loreto 32,2 %, Ucayali 26,2 %, San Martín 25,5 %, Amazonas 22,8 %, Tumbes 22,2 %, Madre de Dios 21,9 %, Tacna 9,3 % y Lima 9 %⁵⁵.

El embarazo en la adolescencia está asociado a las siguientes complicaciones médicas: la anemia, ganancia inadecuada de peso durante el embarazo, hipertensión inducida por el embarazo y desproporción céfalo pélvica contribuyendo al incremento de la mortalidad neonatal particularmente los hijos nacidos de madres menores de 15 años de edad ^{33,34}.

Las madres adolescentes tienen un riesgo sustancialmente mayor de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, malnutrición fetal y retardo en el desarrollo cognoscitivo. Además, la mortalidad infantil es 3 veces más alta en sus hijos⁷.

Por estas razones considero que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, ya que hay mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto, tanto para la madre así como mayor posibilidad de complicaciones para el recién nacido.

Por lo expuesto, me ha motivado para realizar la presente investigación, ya que los resultados nos permitirán desarrollar una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria.

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015?

1.2.2. Problemas Específicos:

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa?
- b) ¿Cuáles son las características obstétricas de la gestante adolescente atendidas en el hospital Santa Rosa?
- c) ¿Cuál es la frecuencia de las complicaciones que se presentan en las gestantes adolescentes en las diferentes edades atendidas en el hospital Santa Rosa?

- d) ¿Cuál es la relación de las complicaciones obstétricas con las características sociodemográficas y obstétricas en las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- a) Identificar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa.
- b) Identificar las características obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa.

- c) Determinar la frecuencia de las diversas complicaciones obstétricas en las diferentes edades de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa.
- d) Relacionar las complicaciones obstétricas con las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa.

1.4. Importancia del problema y justificación de la investigación

La importancia de la presente tesis de investigación pretende demostrar que la edad de la gestante es un factor de riesgo para la presencia de complicaciones materno - perinatal y por lo tanto es necesario tener un control adecuado en las gestantes de edades tempranas.

Por consiguiente la frecuencia de embarazos en adolescentes y sus complicaciones obstétricas en nuestro país continúa siendo extremadamente elevado.

Se ha considerado que mediante una adecuada atención prenatal se identifican la mayoría de complicaciones teniendo oportunidad precoz de tratamiento, lo cual conduce a la disminución de la morbi-mortalidad perinatal - materna.¹¹

1.5. Hipótesis:

Las complicaciones obstétricas se relacionan con las características sociodemográficas y obstétricas en las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

- **A NIVEL INTERNACIONAL:**

- **LEÓN C. Guatemala, “Complicaciones maternas en embarazos de adolescentes” (2014).** Realizaron un estudio transversal en el hospital Regional de Zacapa donde se obtuvieron los siguientes resultados: la edad más frecuente es de 19 años 28,57 % (19), siendo el municipio de Zacapa en donde residen mayormente en un 26,43 % (74), el 71,43 % (200) de las encuestadas se encuentran viviendo en unión libre con sus parejas, el 84,29 % (236) son amas de casa, el 58,57 % (169) de los casos tienen un nivel educativo primario y dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran desproporción céfalo-pélvica 10,36 % (29), amenaza de parto prematuro 7,14 % (20) y las infecciones del tracto urinario y los abortos 5 % (14)⁵².

- **ZAMORA y COL. México, Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales (2013).** Realizaron un estudio transversal con grupo control en el hospital Civil de

Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); se analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las madres o sus neonatos con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada para variables cualitativas para conocer la significancia estadística, considerándose significativa una $p \leq 0.05$. El estado civil más frecuente fue la unión libre, así como en las adolescentes la mayoría eran primigestas y se dedicaban al hogar. En las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19 casos), mientras en los neonatos de las adolescentes la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (32 vs 18 neonatos), ambas con una $p < 0.05$ teniendo diferencia estadística significativa. Se concluye que el embarazo en adolescentes incrementa la morbilidad materna y perinatal, representando además un problema sociocultural ¹².

- **MENÉNDEZ G. y CABRERA I. Cuba “El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista de Obstetricia” (2012).** Realizaron un estudio sobre el embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, con el objetivo de disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes; realizaron un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, Camagüey, durante el período de enero de 2009 a enero de 2010. El universo estuvo constituido por 72 embarazadas, se realizó un muestreo probabilístico al azar simple, la muestra quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión, Se obtuvieron los siguientes resultados: El 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal.¹⁴
- **FURZAN y COL. Venezuela, Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo, (2010).** Con el objetivo de

identificar los factores asociados con un resultado perinatal adverso y evaluar su capacidad de predicción del pronóstico en madres adolescentes, se diseñó un estudio tipo casos-controles. La población seleccionada incluyó 600 madres y sus hijos, distribuidos en dos grupos: casos (n= 120, resultado perinatal adverso) y controles (n= 480, resultado perinatal no adverso). La identificación de los factores de riesgo se hizo mediante la estimación de la razón de probabilidades (RP) y por análisis multivariado discriminante. Las variables con la mayor asociación con un pronóstico perinatal desfavorable fueron edad ginecológica menor de 3 años (RP 3,69), falta de control prenatal (RP 3,11), presentación no cefálica (RP 2,74), complicaciones médicas en el embarazo (RP 2,26), complicaciones en embarazos previos (RP 2,15), soltería (RP 1,81) y parto vaginal (RP 1,72). El modelo predictivo, obtenido a través del análisis multivariado, mostró una sensibilidad moderada (65 %) y una alta especificidad (92 %). El conocimiento y el control de estos factores pueden mejorar la eficacia de los programas prenatales preventivos en embarazadas adolescentes. En la población analizada, parece importante la prevención de la actividad sexual precoz y de las uniones inestables, la promoción de un cuidado prenatal especializado para la adolescente, y un

tratamiento enérgico de las complicaciones gestacionales y del parto¹³.

- **DE LA GÁLVEZ A. Bolivia Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. Cuadernos del Hospital de Clínicas, (2009).** Identifico las complicaciones más frecuentes del embarazo y parto; construir índices para las mismas, realizando un estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de casos, basado en las estadísticas nacionales del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 2005). Fueron seleccionadas 23 prestaciones: cuatro de producción de servicios, catorce complicaciones del embarazo y parto, y cinco complicaciones de la atención. El índice para cada complicación ha sido obtenido sobre el total de partos y cesáreas atendidos, por Departamento. La cobertura de parto del SUMI fue 49,3 %, y 17,3 % el índice de cesáreas. El embarazo ectópico fue tres veces más frecuente que el molar. El índice de preeclampsia grave y eclampsia, muy parecido al de hiperémesis gravídica y al de abortos complicados. De cada diez hemorragias, nueve fueron por retención de placenta o atonía uterina post-parto. Los desgarros perineales y del cuello del útero fueron las complicaciones más frecuentes de la atención.

Los índices de morbilidad obstétrica y de complicaciones de la atención fueron muy elevados¹⁵.

- **LÓPEZ E. Ecuador “Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero-diciembre 2008”**. Con el objetivo: Determinar la frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 69,09 % de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). El 65,5 % perteneció a la zona rural. El 43,64 % ha estudiado la secundaria incompleta. El 40 % son casadas. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 92 casos (41,82 %), la infección de vías urinarias en el 30,91 %, la amenaza de parto pretérmino representó el 10 %; mientras que el parto pretérmino se presentó en el 2,73 %; la ruptura prematura de membranas y la desproporción céfalo pélvica constituyeron el 8,64 %, la preclampsia representa el 4,55 %, el desgarro perineal grado II se presentó en el 1,82 %. El aborto diferido con el 3,64 %, seguido del aborto incompleto 2,73 %,

aborto completo 2,27 %, la amenaza de aborto representó el 1,82 %, el aborto en curso en el 0,91 %⁵³.

- **A NIVEL NACIONAL:**
- **PINZAS H. “Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecología y obstétrica del hospital vitarte” Lima (2015).** Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo cuantitativo, con el objetivo determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes. Resultados: el 87,80 % de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). El 81,20 % perteneció a la zona rural. El 69,60 % ha estudiado la secundaria completa. El 76 % son convivientes. El 91,20 % son ama de casa. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 129 casos (51,60 %) en el parto vaginal 121 casos (48,4 %). El 34,80 % presentó Desproporción feto Pélvica.⁵¹

- **CASAS J, CHUMBE O, INGUIL R, GONZALES L, MERCADO F.** Perú, **El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. (2010)** La complicación obstétrica como la pre eclampsia en la adolescente temprana fue de 10,4 % (61), en la adolescente tardía 8,6 % (690) y en el grupo control 7,2 % (1159). La pre eclampsia en la adolescente temprana fue 1,9 % (11), en la adolescente tardía 0,9 % (69) y en el grupo control 0,5 % (88). La ruptura prematura de membranas en las adolescentes temprana fue 16,2 %, (95), en la adolescente tardía 17,5 % (1410) y en el grupo control 18 % (2880). La hemorragia del tercer trimestre en las adolescente tempranas fue 12 % (7), en la adolescente tardía 12 % (98) y en el grupo control 1,6 % (257). Embarazo múltiple en las adolescentes tempranas fue 0,2 % (1), en la adolescente tardía 0,7 %:(59) y en el grupo control 1 % (153). Se encontró una incidencia alta en los tres grupos, lo que coincide con otros estudios nacionales, siendo las principales complicaciones la pre eclampsia, eclampsia, amenaza de parto prematuro, partos prematuros, infecciones urinarias, anemia crónica, asfixia al nacer, RN prematuros, hemorragias puerperales y la infección puerperal. Se encuentra significancia estadística de pre eclampsia en el grupo de las adolescentes⁴³.

- **A NIVEL LOCAL:**
- **HUANCO D, TICONA M, TICONA M, HUANCO F. “Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales de Ministerio de Salud del Perú; 2008** En 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú, se atendieron 93,589 partos, de los cuales 17,965 fueron en adolescentes, con una frecuencia de 19,2 por 100 nacimientos, oscilando entre 13,3 en el hospital San Bartolomé de Lima y 30,8 en el hospital Apoyo de Iquitos; con diferencias significativas ($p < 0,01$) entre regiones naturales, siendo en la selva de 29 %, costa 18,1 % y sierra 17,6 %.

De acuerdo a las etapas de la adolescencia, el 0,99 % cursaron un embarazo en etapa temprana (10 a 13 años), 22,4 % en etapa media (14 a 16 años) y 76,6 % en etapa tardía (17 a 19 años). La frecuencia de embarazo en adolescentes en este estudio fue 19,2 %, cifra que se encuentra en el promedio Latinoamericano y semejante a otros estudios nacionales¹⁶.

Los mayores porcentajes de embarazo en adolescentes se presentaron en hospitales ubicados en la selva como en Iquitos (30,8 %), Yarinacocha (29,4 %), Pucallpa (27,4 %) y Puerto Maldonado (27,7 %), semejantes hallazgos se encontraron en ENDES Continua 2009 (27,2 %). La incidencia de embarazo en adolescentes en la selva es más alta porque en esta región los niveles socioeconómicos y educativos son bajos¹⁷.

INEI Día Mundial De La Población Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, muestran que del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 13,2 % estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8 % eran madres y el 2,4 % estaban gestando por primera vez³¹.

2.2. Marco Teórico:

2.2.1. Adolescencia:

La OMS define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.”

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, establecimiento de las posibilidades de independencia socioeconómica¹⁸.

El Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA del 14 de agosto del 2009, ha modificado dicho rango de edades que ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días⁴¹.

2.2.2 Embarazo en la adolescencia

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental"¹⁹.

Según la OMS, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica³⁶.

El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas³⁷.

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años¹⁰.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes.

2.2.3. Incidencia del embarazo en el Perú y Madre de Dios

En el Perú, la maternidad en la adolescencia es una realidad que va en aumento, se estima que al menos 13 de cada 100 adolescentes (de 15 a 19 años), ya son madres o están embarazadas por primera vez. El embarazo adolescente es más frecuente entre las mujeres pobres y sin educación, y en muchos casos son “embarazos no planeados” que las colocan en una situación de alta vulnerabilidad²⁸.

El departamento de San Martín muestra una alta tasa de embarazo en adolescentes después de Amazonas, Ucayali, Loreto, Madre de Dios y Ayacucho; por lo que es una prioridad en salud aplicar estrategias para una reducción en su incidencia, y reducción de la morbimortalidad de las adolescentes por estar embarazadas.

Embarazo en adolescentes de 12 a 17 años:

- Entre el año 2012 y el I Semestre del año 2013 se observa un mayor número de casos de embarazo adolescente en regiones como Loreto, Cajamarca, La Libertad y San Martín.
- En el año 2012 se observa una alta proporción de gestantes adolescentes que son atendidas en los establecimientos de salud en regiones como Loreto y Amazonas²⁸.

En cuanto a la prevalencia del embarazo adolescente por regiones se observa que en el 2014, las cinco regiones que tienen los mayores porcentajes son Loreto (30,4 %), Amazonas (28,1 %), Madre de Dios (24,4 %), San Martín

(24,1 %) y Ucayali (21,2 %). Sin embargo, hay que destacar que Loreto en el año 1996 tenía una prevalencia de 29,4 %.³⁰

2.2.4. Morbimortalidad en los embarazos en adolescentes

El embarazo en la adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones médicas. Sin embargo, existen estudios que no han observado un incremento en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las condiciones al nacimiento del hijo de madre adolescente han sido reportadas como satisfactorias en relación a madres de 20 a 34 años. Aunque no se encontraron en las adolescentes, mayores riesgos de salud materna y perinatal, no se eliminan las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia, ni la de otros riesgos a la salud como: la mayor mortalidad en el primer año de vida y el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual²².

Las causas de las muertes maternas registradas en cuatro países dan el perfil de las causas por las cuales muere una mujer adolescente.

En las adolescentes de menos de 15 años, la causa más importante se relaciona con el síndrome metabólico a consecuencias de un trastorno hipertensivo. La segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Ambas causales son indicadores de un déficit de la detección precoz de una patología mal tratada, o simplemente no tratada en el período prenatal y cuya complicación origina el deceso de la adolescente al momento del embarazo, o por sus secuelas tiempo después del parto o del término del embarazo. Lo mismo ocurre en las adolescentes de 15 a 19 años.

La tercera causa que explica la muerte materna en adolescentes está constituida por las complicaciones de un embarazo que termina en aborto.

La cuarta y quinta causa de muerte en las niñas-madres son las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato.

Las principales causas de morbilidad durante el embarazo en la adolescencia son las infecciosas, incrementándose el nacimiento pretermino y la ruptura de membranas, así como es más frecuente la pre eclampsia y anemia²³.

Para el año 2012 se observa que tres departamentos concentran el mayor porcentaje de muertes maternas en adolescentes en relación al total de muertes maternas reportadas en la región: San Martín (22 %), Loreto (22 %) y Ancash (21 %). Al cierre del año 2012, de las 19 regiones encuestadas, 12 reportaron muertes maternas en adolescentes²⁹.

Al primer semestre 2013, seis regiones ya han reportados muertes maternas en adolescentes: Puno (3), La

Libertad (2), Ancash (1), Ayacucho (1), Pasco (1), y Cajamarca (1)²⁹.

Se ha reportado el incremento en el riesgo de presentar un parto pretermino o muerte perinatal en embarazos menores de 17 años²⁴.

La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres adolescentes²⁵.

En las adolescentes de nuestro país las razones de mortalidad maternas (RMM) son desproporcionadamente más altas que las registradas para las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en la sierra y selva, llegando en esta última a valores de 453 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011, según lo muestra un reciente estudio de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)²⁷.

La rotura prematura de membrana constituye una de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la Morbimortalidad materno – perinatal³².

2.2.5. Factores asociados al embarazo adolescente

Diversos estudios han determinado que la baja escolaridad es un factor de riesgo importante para el embarazo en la adolescencia³⁵.

Los factores que inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes muy tempranos son diversos y complejos. Entre ellos cabe destacar el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, la liberación sexual a la que están permanentemente expuestos/as los(as) jóvenes a través de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual. Además, cabe señalar el particular peso que tienen las relaciones no consentidas, el abuso sexual y las agresiones sexuales como factor causal del embarazo en menores de 15 años.

Estudios realizados a nivel mundial asocian el embarazo adolescente con estas causas:

Factores estructurales:

Historia de abuso sexual por un adulto .Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente⁴⁰.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

- **Factores de riesgo individuales:** Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

- **Factores de riesgo familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la

adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

- **Factores de riesgo sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

2.2.6. Consecuencias del embarazo en el adolescente

El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones importantes en la salud pública, siendo una preocupación por tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, numerosas o monoparentales²¹.

En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de

índole médica, como el aumento de abortos, parto pretermino y mortalidad perinatal elevada; así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido²¹.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida²⁶.

2.2.7. Características biopsicosociales en los embarazos adolescentes

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

Con relación al estado civil, la embarazada soltera tiene un factor de riesgo psicológico al no recibir apoyo moral y probablemente económico para el sustento de la gestación, siendo esto un factor estresante que puede afectar su salud física y mental³⁹.

La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar por estas jóvenes madres, que cuentan con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. El abandono de la educación formal reduce las posibilidades de lograr un adecuado posicionamiento social y laboral a lo largo de sus vidas.

2.2.8. Complicaciones Obstétricas en gestantes adolescentes

Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que

la menor de 20 años llega a los eventos gestación-parto-
puerperio.

Dentro de las complicaciones se pueden citar las siguientes:

- **Del embarazo:** anemia, escasa ganancia de peso materna asociada, infección urinaria (incluida la bacteriuria asintomático), infecciones vaginales, estados hipertensivos gestacionales, aborto, amenaza de parto y parto pretérmino, hemorragias asociados con afecciones placentarias, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo prolongado y la diabetes gestacional.

- **Del parto:** trabajo de parto prolongado, partos operatorios (instrumentados o cesárea), desgarrros del canal blando del parto y hemorragias.

- **Del puerperio:** endometritis, abscesos de pared, anemia, sepsis de la herida quirúrgica, sepsis de la rafia, mastitis, entre otras.

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente en la literatura se describen:

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias Bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia – Eclampsia
- Escasa ganancia de peso
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

Adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, recién nacido pequeño para la edad gestacional, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-

isquémico (asfixia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, muerte neonatal y muerte perinatal ^{19,20}.

A. Enfermedad hipertensiva gestacional:

Es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas y se caracteriza porque puede o no existir proteinuria, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de pre eclampsia (con proteinuria) es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas^{3, 11,14}.

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos:

- Paridad: casi exclusiva de primigestas.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.
- Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastocis fetal).

- Antecedentes familiares y personales.
- Bajo Nivel socioeconómico.
- Factores ambientales.

B. Hipertensión inducida del embarazo:

Es la que se diagnostica por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de la tensión arterial regresan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico¹⁴.

C. Pre eclampsia:

Llamada también “toxemia”, es una condición única y generalmente peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto.

Se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasoespasmo y a la activación endotelial.

Los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de las funciones hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas, alteraciones visuales y dolor epigástrico; este último es producido por la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson.

La persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor o la excreción de 2gramos o más de orina de 24 hora indica un cuadro de preeclampsia severa^{13,14}.

D. Eclampsia:

Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclámplicas que no pueden ser atribuidas a otra causa.

Las convulsiones suelen ser tónico clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto^{13,14}.

E. Aborto:

Se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación con un producto menor a 500gr.

✓ **Aborto inevitable:** Existe amenorrea, dolor hipogástrico moderado a severo, y metrorragia. El útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo, contracciones uterinas, dilatación cervical y rotura de membranas¹¹.

✓ **Aborto en curso:** Existe dolor hipogástrico intenso, metrorragia moderada a severa, útero con tamaño menor a tiempo de embarazo, contracciones uterinas, dilatación cervical, productos de la concepción en cuello o canal vaginal.

✓ **Aborto incompleto:** Parte del producto de la concepción se encuentran aún en la cavidad uterina. La ecografía transvaginal confirma la presencia de restos placentarios dentro de la cavidad uterina¹¹.

✓ **Aborto completo:** Expulsión total de los productos de la concepción. La ecografía determina la ausencia de contenido uterino, certificando el diagnóstico.

✓ **Aborto diferido:** Es la retención del embrión o feto muerto sin expulsión del mismo¹¹.

✓ **Aborto séptico:** Infección que se superpone a cualquiera de las formas de aborto, a partir de la cavidad uterina. Existe antecedentes de aborto provocado, maniobras instrumentales, DIU concomitantemente con el embarazo, legrado o AMEU¹¹.

F. Amenaza de aborto:

Se presenta con amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor hipogástrico y/o lumbar. Dentro de los signos hay sangrado uterino confirmado por especuloscopia, cuello uterino sin modificaciones, útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo y prueba de embarazo positiva.

El diagnóstico es confirmado por la visualización ecográfica de una gestación intrauterina o la auscultación del latido cardíaco fetal mediante Doppler¹⁰.

Según Friedman, un embarazo no deseado puede conducir a un aborto inducido y esta situación en especial a las adolescentes más jóvenes, sin experiencia o avergonzadas, que probablemente intente el aborto cuando el embarazo esté avanzado.

Esto conlleva mayores riesgos para la salud, su fecundidad futura y su propia vida; más aún si se realiza de manera clandestina^{11,13}.

G. Amenaza de parto pretermino:

Consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares en este mismo rango de tiempo, asociado a cambios progresivos del cérvix, tales como dilatación y borramiento característicos^{44,45}.

H. Parto pretérmino:

La OMS define el parto pretérmino como aquel que ocurre entre las 22 y 37 semanas de gestación; representa el 8 al 10% de los partos y es la principal causa de morbilidad neonatal⁴⁶.

Las investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

Dentro de la etiología se plantea sobre todo el estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto genitourinario.

En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo

mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna^{1, 3, 14}.

I. Rotura prematura de membranas:

La rotura de las membranas ovulares una o más horas antes que se inicie el trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. La mayoría de las RPM son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95%). Más infrecuente es la RPM pretérmino que complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas, un 7-20% de las gestaciones gemelares y representa un 30% de los partos pretérmino^{47, 48}.

J. Desproporción céfalo pélvica:

Es la obstrucción del trabajo de parto debido a la disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna que impide el parto vaginal.

Se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido a una mayor incidencia de desproporción céfalo pélvica^{1, 3, 15}.

K. Desgarro perineal:

Se define como las laceraciones del canal de parto; esta complicación en las adolescentes está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando y se clasifica como:

- ✓ **Primer Grado:** Afecta la horquilla vulvar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente.
- ✓ **Segundo Grado:** Afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal.

- ✓ **Tercer Grado:** Piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.
- ✓ **Cuarto Grado:** Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Están en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza y hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra; además de ciertos condicionantes a saber cómo tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo, etc^{3, 14,15}.

L. Anemia:

La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos⁴². La OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%⁴³.

M. Infección de vías urinarias:

Es la presencia de más de 100,000 colonias /ml de una bacteria obtenida en una orina del chorro medio. Se trata de la infección de una o más estructuras del tracto urinario; se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la gestante e incluyen:

✓ **Bacteriuria asintomática:**

Es la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología. Muchos estudios mostraron que la incidencia de bacteriuria oscila entre un 4% y 7%; similar al reportado en mujeres no embarazadas. Sin embargo durante el embarazo la obstrucción del flujo de orina y las modificaciones fisiológicas propias de esta etapa favorecen la estasis y un mayor riesgo de pielonefritis¹⁴.

2.3. Marco conceptual:

A) Adolescencia:

La OMS define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.”

B) 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, etc

C) Embarazo:

Es el momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse en el cuerpo de la mujer una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación.

D) Embarazo adolescente:

Es la “Gestación que ocurre entre los 12 y 17 años y que es aún dependiente social y económicamente de su núcleo familiar de origen” ³⁸.

E) Paridad:

Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto mayor de 500gr.

F) Pre – eclampsia:

Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto.

G) Anemia:

La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos⁴². La OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%⁴³.

H) Aborto:

Se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación con un producto menor a 500gr.

I) FUR: Fecha última de regla o menstruación.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación:

El presente trabajo según la clasificación de Hernández Sampieri y otros, es una investigación de tipo descriptivo, relacional, retrospectivo y de corte transversal⁵⁴.

3.2. Población y ámbito de estudio:

- **Población de estudio** : Está conformada por 560 gestantes adolescentes quienes ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2015.

- **Muestra:** Está constituida por todas las gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en el 2015 que corresponde a: 245 gestantes adolescentes.

El muestro es no probabilístico, por conveniencia y se trabajó con el 100% de gestantes con complicaciones que cumplieron los criterios de inclusión.

- **Criterios de inclusión:**
 - Gestantes adolescentes entre 12 - 17 años de edad con una o más complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio.
 - Gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
 - Gestante con historia clínica completa.

- **Criterios de exclusión:**
 - Gestante con 18 a más años.
 - Gestante con enfermedades preexistentes.
 - Gestante con antecedentes de cesárea anterior.
 - Gestantes con problema de salud mental.

- **Unidad de Análisis:** gestante adolescente con una o más complicaciones obstétricas.

3.3. Variables de estudio:

3.3.1. Variable independiente: GESTANTE ADOLESCENTE

Es la “Gestación que ocurre entre los 12 y 17 años y que la adolescente es aún dependiente social y económicamente de su núcleo familiar de origen”³⁸.

3.3.2. Variable dependiente: 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, etc.

3.3.3. Operacionalización de variables:

Variables	Definición operacional	Indicadores	Unidad/ categoría	Escala
<p>Variable independiente</p> <p>GESTANTE ADOLESCENTE</p>	Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre 12 a 17 años	Adolescencia	12-17 años de edad	Ordinal
<p>Variable dependiente</p> <p>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</p>	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.	<p>Registro de la complicación obstétrica en la historia clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguna () ✓ Amenaza de aborto ✓ Aborto ✓ Amenaza de parto pretérmino ✓ ITU ✓ Hiperémesis gravídica ✓ Anemia ✓ DPP ✓ Pre eclampsia ✓ Eclampsia ✓ RPM ✓ Distocias de presentación ✓ DCP ✓ Expulsivo prolongado ✓ Parto prematuro ✓ Desgarros perineales ✓ Desgarros cervicales 	<p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p> <p>SI /NO</p>	Nominal

Variables intervinientes				
Características obstétricas	Son condiciones sociodemográficas y biológicas que presentan las gestantes adolescentes.	Nº de gestación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Primigesta (1er embarazo) ✓ Segundigesta (2do embarazo) ✓ Multigesta (3 a más embarazos) 	Ordinal
		Antecedente de aborto	SI/NO	Nominal
		Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pretermino (28 – 36 semanas) ✓ A término (37-40 semanas) ✓ Post termino (40 – 42 semanas) 	Ordinal
		Controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguno ✓ Menos de 6 controles ✓ Más de 6 controles 	Nominal
		Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vaginal ✓ Abdominal 	Nominal
Características sociodemográficas				
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Años de vida cronológica	Número de años de vida	Razón
Estado civil	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición conyugal o marital	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltera ✓ Conviviente ✓ Casada ✓ Divorciada 	Nominal

Grado de instrucción	último año cursado por la adolescente, como es un estudio retrospectivo se usara el dato registrado en la historia clínica	Estudios concluidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeta ✓ Primaria incompleta ✓ Primaria completa ✓ Secundaria incompleta ✓ Secundaria completa ✓ Superior 	Ordinal
Residencia	Lugar en que se reside o se vive habitualmente en el último año.	Residencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Urbana ✓ Rural 	Nominal

3.4. Procedimientos de recolección de datos:

3.4.1. Instrumentos:

El instrumento que se usó para el presente estudio de investigación es la ficha de recolección de datos previamente elaborado para este fin, el cual consta de tres ítems: el primero recoge información de la gestante como: edad, grado de instrucción, residencia y estado civil; en el segundo ítem características obstétricas como: número de gestaciones, antecedente de aborto, edad gestacional, control prenatal, tipo de parto y en el tercer ítem complicaciones obstétricas como: amenaza de aborto, aborto, amenaza de parto pretermino, ITU, hiperémesis gravídica, anemia, DPP, pre-eclampsia, eclampsia, RPM, DCP, parto prematuro, distocia de presentación, parto prolongado, cesárea, etc.

3.4.2. Técnicas y métodos de recolección de datos:

La técnica que se usó es la revisión de la historia clínica, cuyos datos fueron extraídos a una ficha de recolección de datos previamente elaborada de acuerdo con los objetivos de estudio, que incluye: datos de filiación que se han registrado en las historias clínicas de las gestantes.

Se coordinó con la dirección del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, para la recolección de la información requerida, con la autorización obtenida se tuvo acceso al SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA (libro de partos) y ADMISION (revisión de historias clínicas).

3.4.3. Procesamiento de datos:

- Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel versión 2010 en español y el programa SPSS versión 22.0 en español para Windows formando la data completa de la muestra.
- Para los resultados se utilizó tablas y gráficos que responden a los objetivos planteados, así mismo la prueba del Chi cuadrado para determinar la relación de las complicaciones obstétricas con las características sociodemográficas y obstétricas en las gestantes adolescentes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

EDAD	PACIENTES	
	Nº	%
13	5	2,86
14	27	11,02
15	54	22,04
16	79	32,24
17	78	31,84
Total	245	100,00

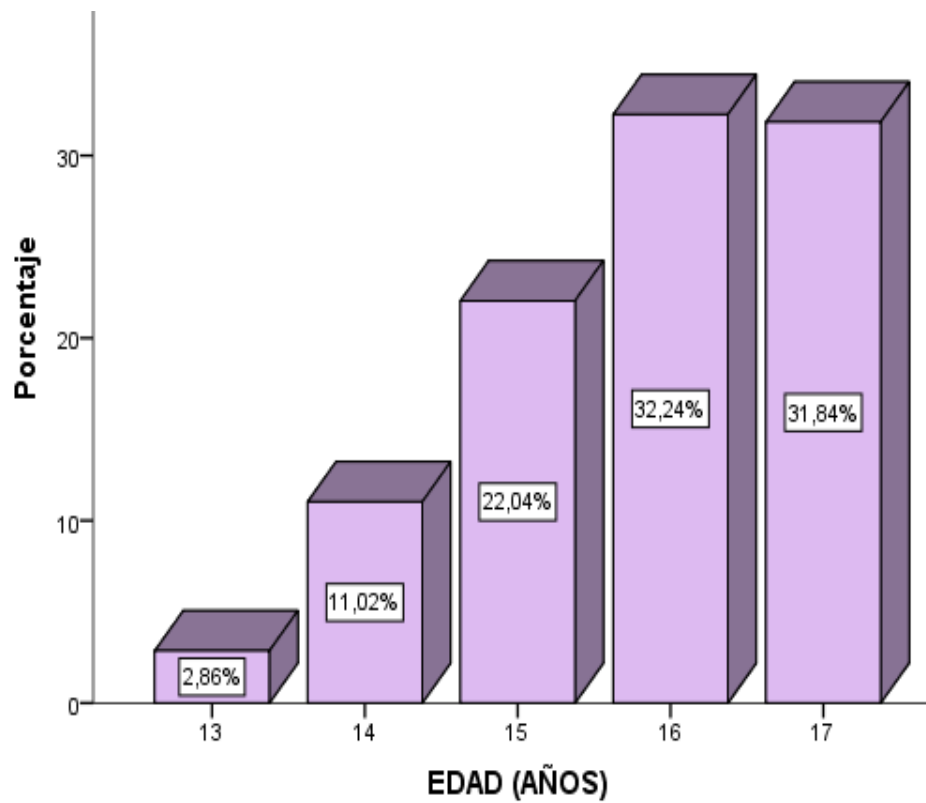
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 1, se observa que el 32,24 % de las gestantes tienen 16 años, el 31,84 % corresponde a las gestantes que tienen 17 años, el 22,04 % tienen 15 años, el 11,02 % son las gestantes que tienen 14 años y el 2,86 % representa a las gestantes que tienen 13 años.

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PACIENTES	
	N°	%
Primaria incompleta	20	8,16
Primaria completa	13	5,31
Secundaria incompleta	171	69,80
Secundaria completa	41	16,73
Total	245	100,00

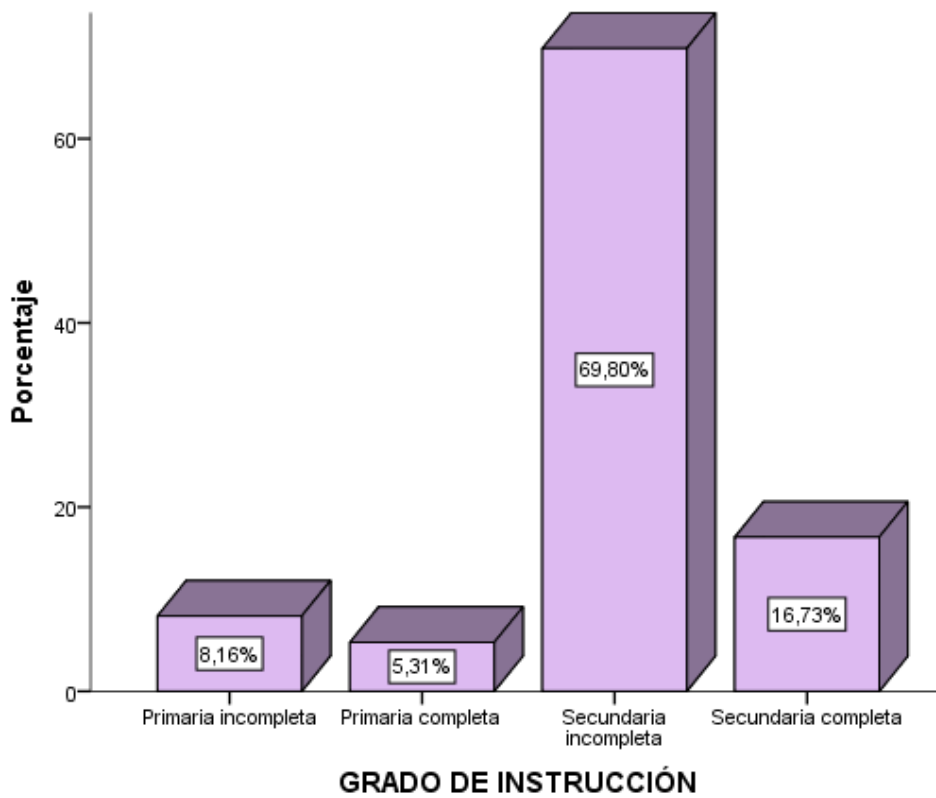
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En el Tabla y Gráfico 2, se observa que el 69,80 % de las pacientes tienen grado de instrucción secundaria incompleta, el 16,73 % secundaria completa; el 8,16 % primaria incompleta y por último con 5,31 % que cursaron primaria completa.

GRÁFICO 2

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015**

ESTADO CIVIL	PACIENTES	
	N°	%
Soltera	75	30,61
Conviviente	168	68,57
Casada	2	0,82
Divorciada	0	0,00
Total	245	100,00

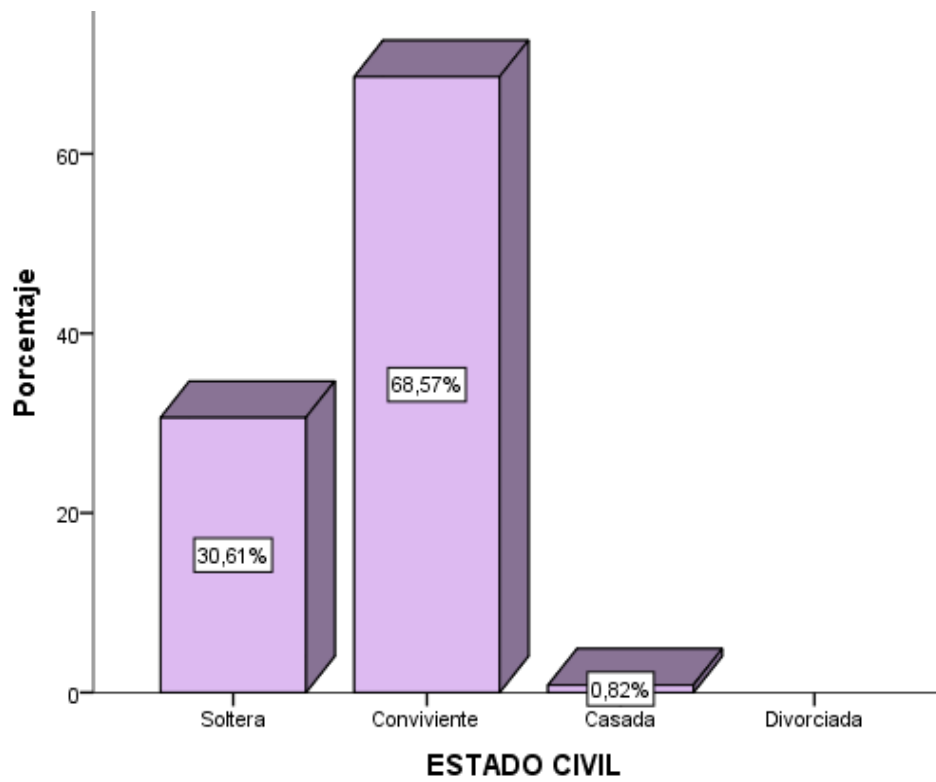
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 3, se aprecia que el 68,57 % de las pacientes son convivientes, mientras que el 30,61 % son pacientes solteras y el 0,82 % se encuentran casadas.

GRÁFICO 3

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

**LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**

RESIDENCIA	PACIENTES	
	Nº	%
Urbano	119	48,57
Rural	126	55,43
Total	245	100,00

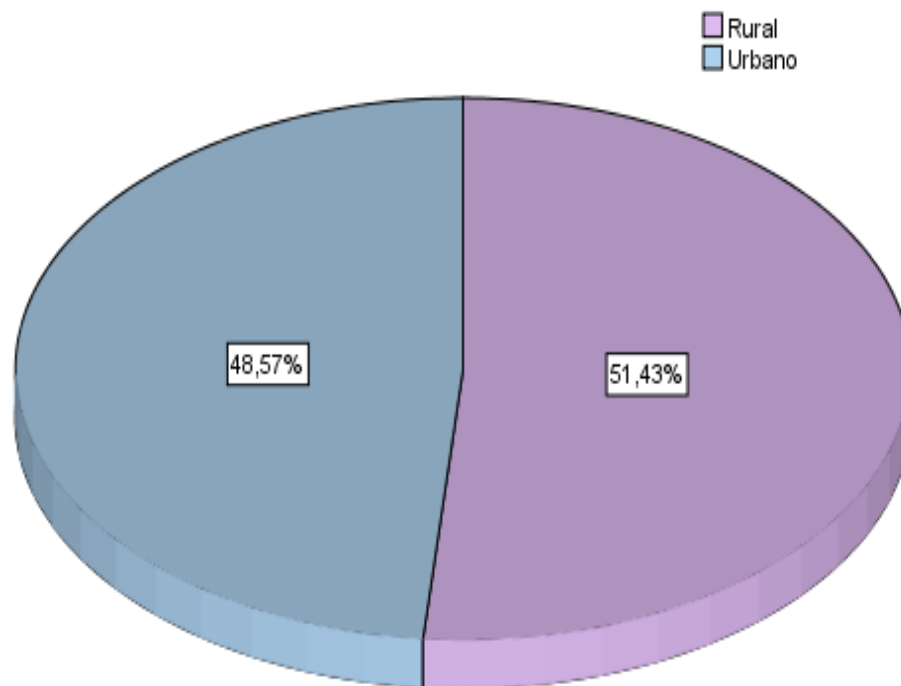
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 4, se observa que el 55,43 % de las pacientes pertenecen a la zona rural y el 48,57 % son de la zona urbana.

GRÁFICO 4

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

**NÚMERO DE GESTACIONES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**

N° de gestaciones	PACIENTES	
	N°	%
Primigesta	185	75,51
Segundigesta	51	20,82
Multigesta	9	3,67
Total	245	100,00

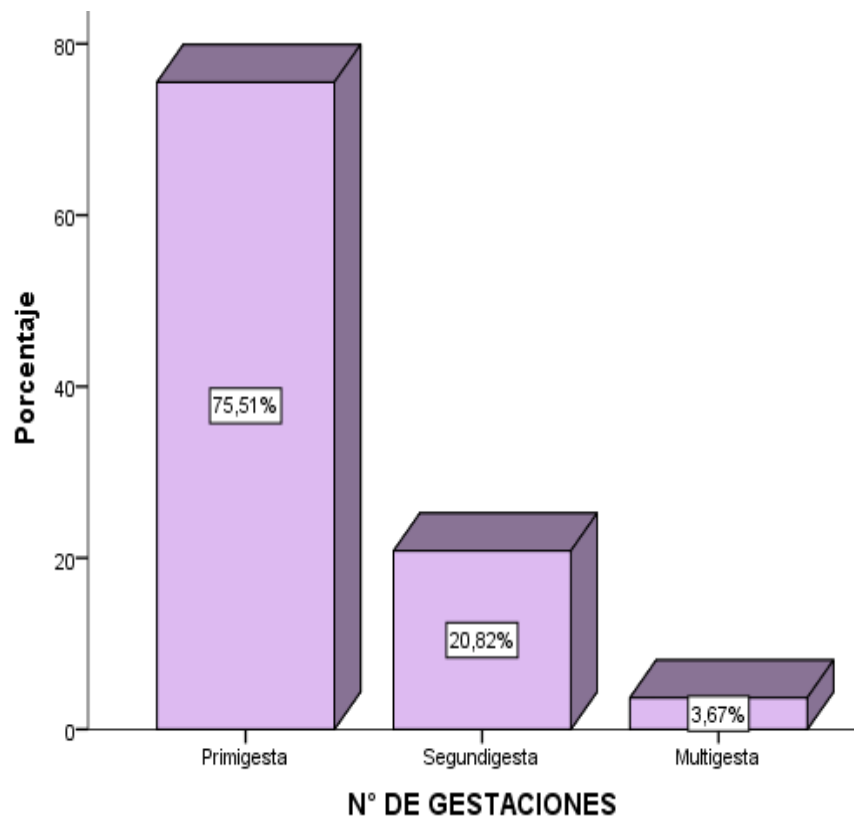
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 5, se observa que el 75,51 % de las pacientes son primigestas, es decir que es su primer embarazo, el 20,82 % son segundigestas, y el 3,67 % son multigestas.

GRÁFICO 5

**NÚMERO DE GESTACIONES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

**EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**

EDAD GESTACIONAL	PACIENTES	
	N°	%
Pre término	24	9,80
A término	198	80,82
Post término	23	9,39
Total	245	100,00

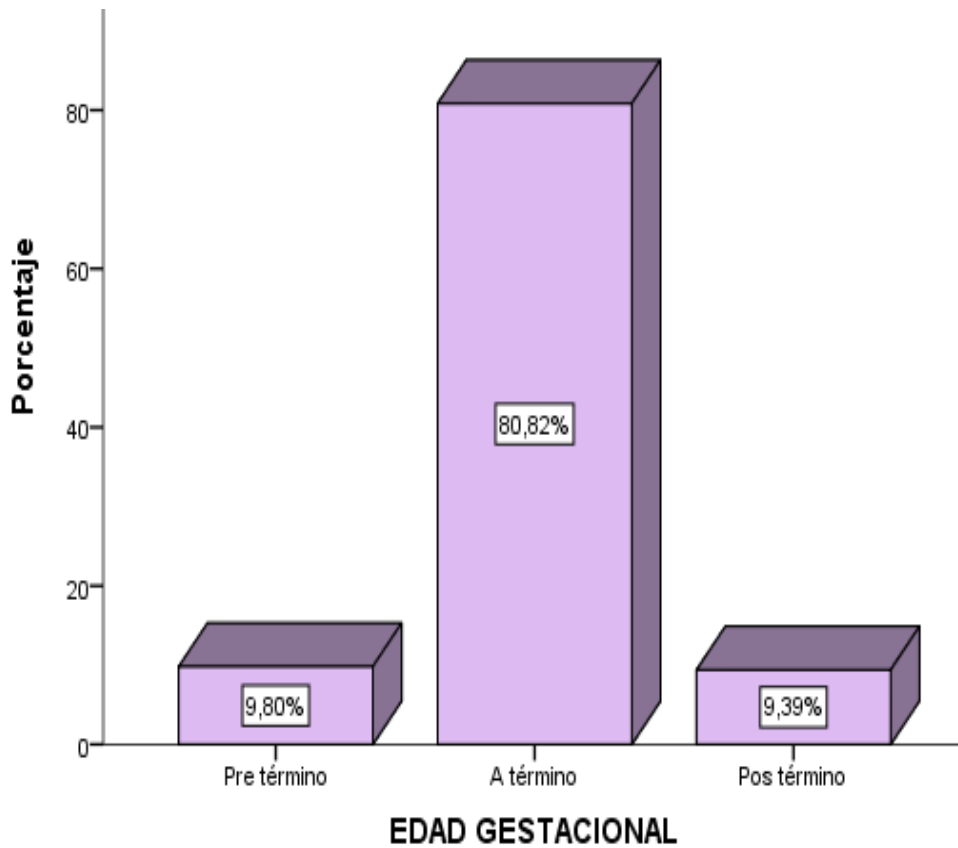
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 6, se aprecia que la gran mayoría de las gestantes adolescentes representadas con un 80,82 % su gestación fue a término, mientras que el 9,80 % corresponde a las gestaciones pre-término y finalmente el 9,39 % son gestaciones post término.

GRÁFICO 6

**EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

N° DE CONTROLES PRENATALES	PACIENTES	
	N°	%
Ninguno	11	4,49
< de 6 controles	83	33,88
≥ de 6 controles	151	61,63
Total	245	100,00

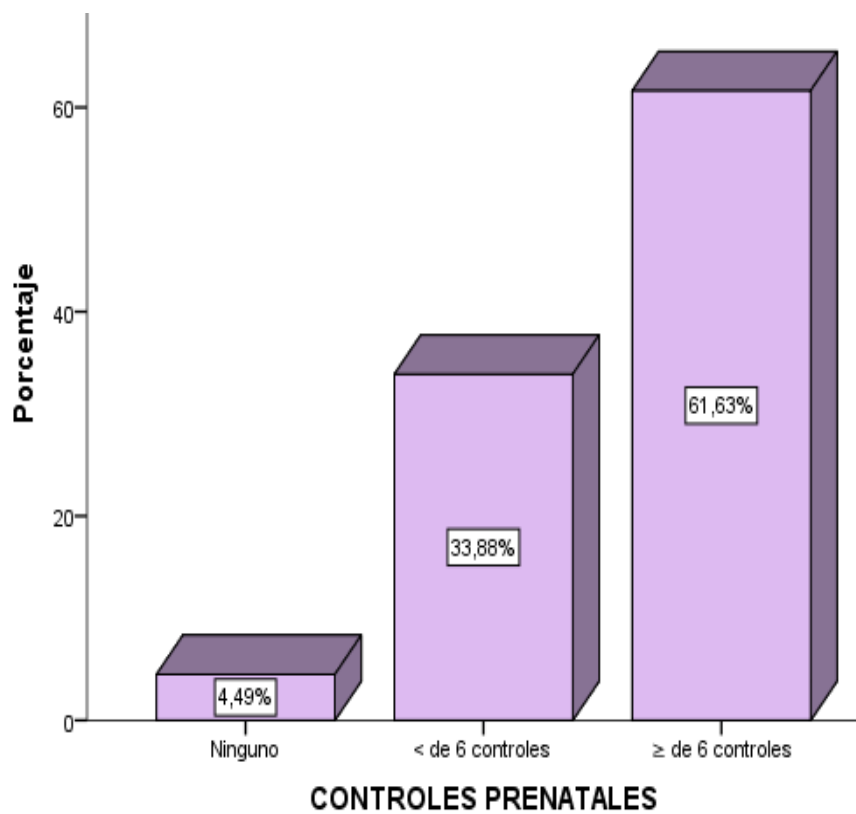
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 7, se observa que el 61,63 % representa a las gestantes que tuvieron más de 6 controles, el 33,88 % corresponde a las gestantes con menos de 6 controles y por último el 4,49 % son las gestantes que no tuvieron ningún control prenatal durante su gestación.

GRÁFICO 7

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

**TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015**

TIPO DE PARTO	PACIENTES	
	N°	%
Vaginal	185	75,51
Abdominal	60	24,49
Total	245	100,00

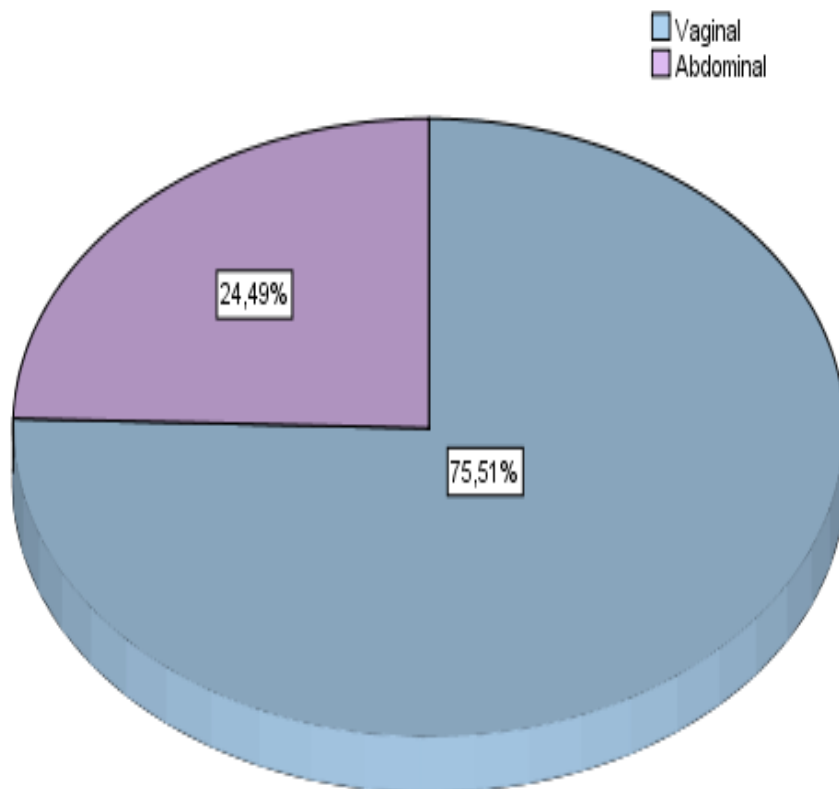
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 8, se observa que el 75,51 % de las pacientes culminó su parto por vía vaginal, mientras tanto el 24,49 % su parto culminó por vía abdominal.

GRÁFICO 8

TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

**ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**

ANTECEDENTE DE ABORTO	PACIENTES	
	Nº	%
SI	22	8,98
NO	223	91,02
Total	245	100,00

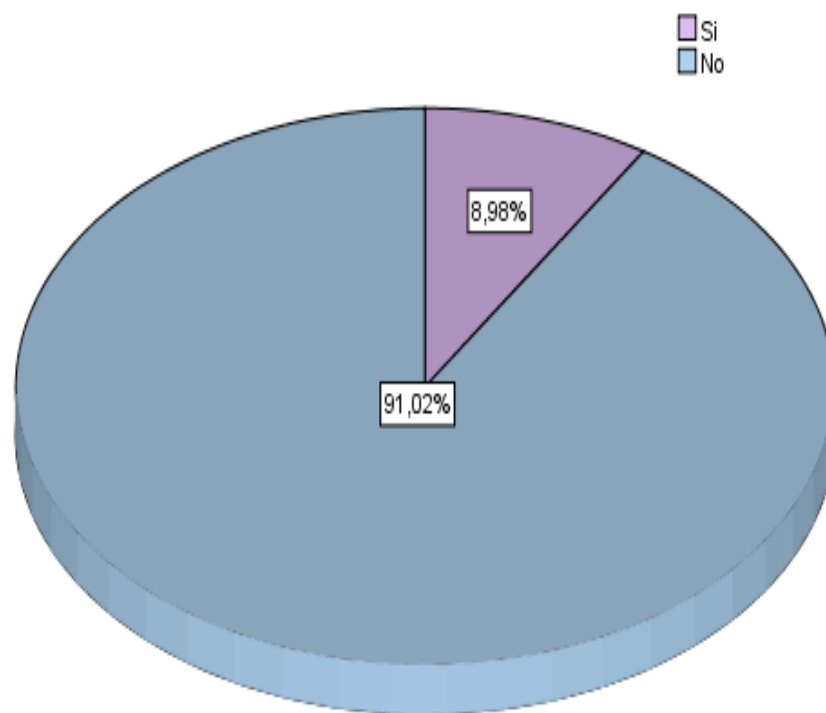
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 9, se observa que el 91,02 % de las gestantes equivalentes a 223 pacientes no tuvieron antecedente de aborto y el 8,98 % correspondiente a 22 gestantes adolescentes si tuvieron antecedentes de abortos.

GRÁFICO 9

**ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO, 2015**



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	PACIENTES	
	N°	%
Hiperémesis gravídica	1	0,41
ITU	35	14,29
Anemia	47	19,18
Parto pre término	19	7,76
Parto prolongado	19	7,76
Parto precipitado	3	1,22
Distocia de presentación	10	4,08
RPM	27	11,02
DCP	28	11,43
Trabajo de parto prolongado	1	0,41
Desgarro perineal y cervical	26	10,61
Pre eclampsia	19	7,76
Eclampsia	4	1,63
Hipotonía uterina	1	0,41
Retención de restos placentarios	5	2,04
Total	245	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

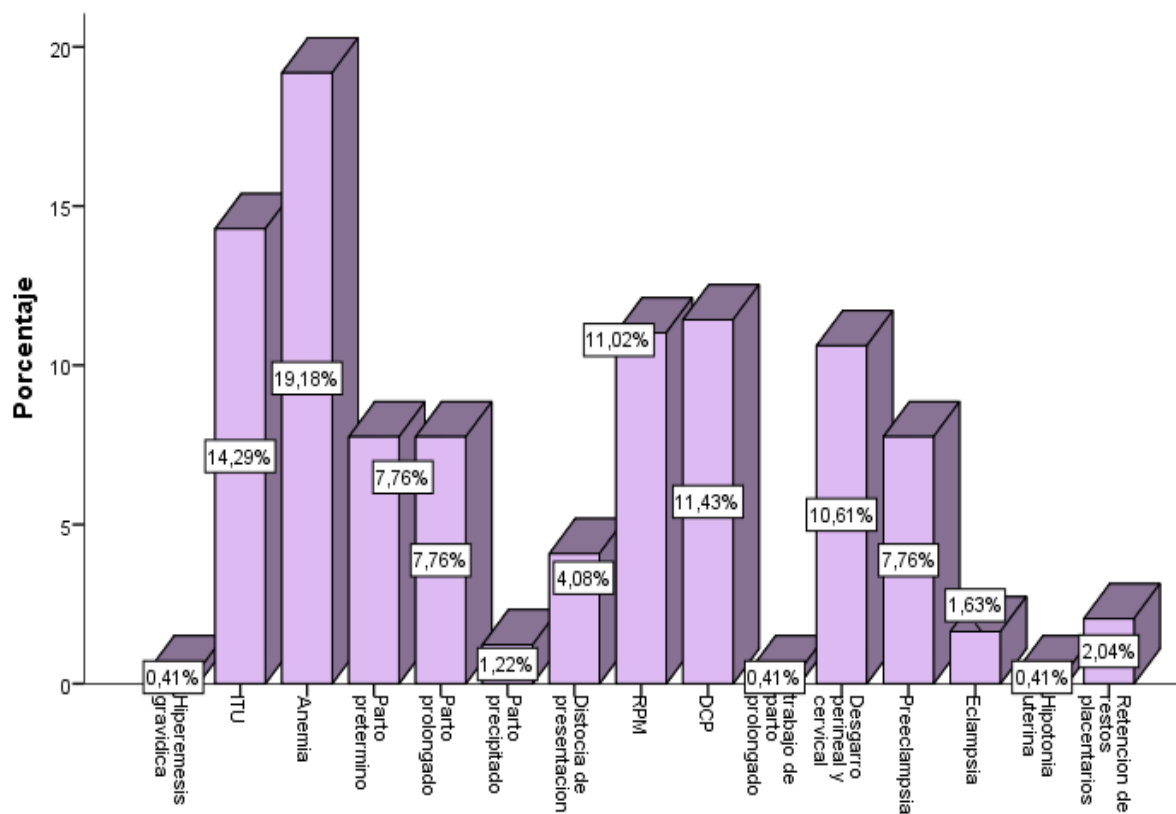
Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 10, se observa que el 19,18 % presentó anemia convirtiéndose la complicación obstétrica más frecuente, en segundo lugar es infección del tracto urinario con un 14,29 %, en tercer lugar con un 11,43 % desproporción céfalo pélvica, en cuarto lugar con un 11,02 % ruptura prematura de membrana, en quinto lugar con el 10,61 % presentaron desgarró perineal y/o cervical, el 7,76 % presentaron pre eclampsia, de la misma manera con el 7,76 % presentaron parto pretérmino y parto prolongado.

Con menor frecuencia se encuentran distocia de presentación con el 4,08 %, seguido de retención de restos placentarios con el 2,04 %, eclampsia con el 1,63 %, parto precipitado con el 1,22 %, hiperémesis gravídica con el 0,41 % de igual forma con el 0,41 % presentaron trabajo de parto prolongado y finalmente con el 0,41 % presentaron hipotonía uterina.

GRÁFICO 10

DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON LA EDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

Complicaciones obstétricas	EDAD											
	13		14		15		16		17		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	1	14,3	8	29,6	12	22,2	13	16,5	13	16,7	47	19,2
ITU	0	0,0	2	7,4	6	11,1	13	16,5	14	17,9	35	14,3
RPM	1	14,3	2	7,4	6	11,1	10	12,7	8	10,3	27	11,0
DCP	2	28,6	4	14,8	5	9,3	8	10,1	9	11,5	28	11,4
Desgarro C/P	1	14,3	3	11,1	4	7,4	12	15,2	6	7,7	26	10,6
Pre-eclampsia	1	14,3	2	7,4	4	7,4	3	3,8	9	11,5	19	7,8
Parto pretérmino	0	0,0	2	7,4	3	5,6	8	10,1	6	7,7	19	7,8
Parto prolongado	0	0,0	2	7,4	7	13,0	4	5,1	6	7,7	19	7,8
Otros	1	14,3	2	7,4	7	13,0	8	10,1	7	9,0	25	10,2
X²	20,457											
P $\alpha = 5\% = 0,05$	0,943											

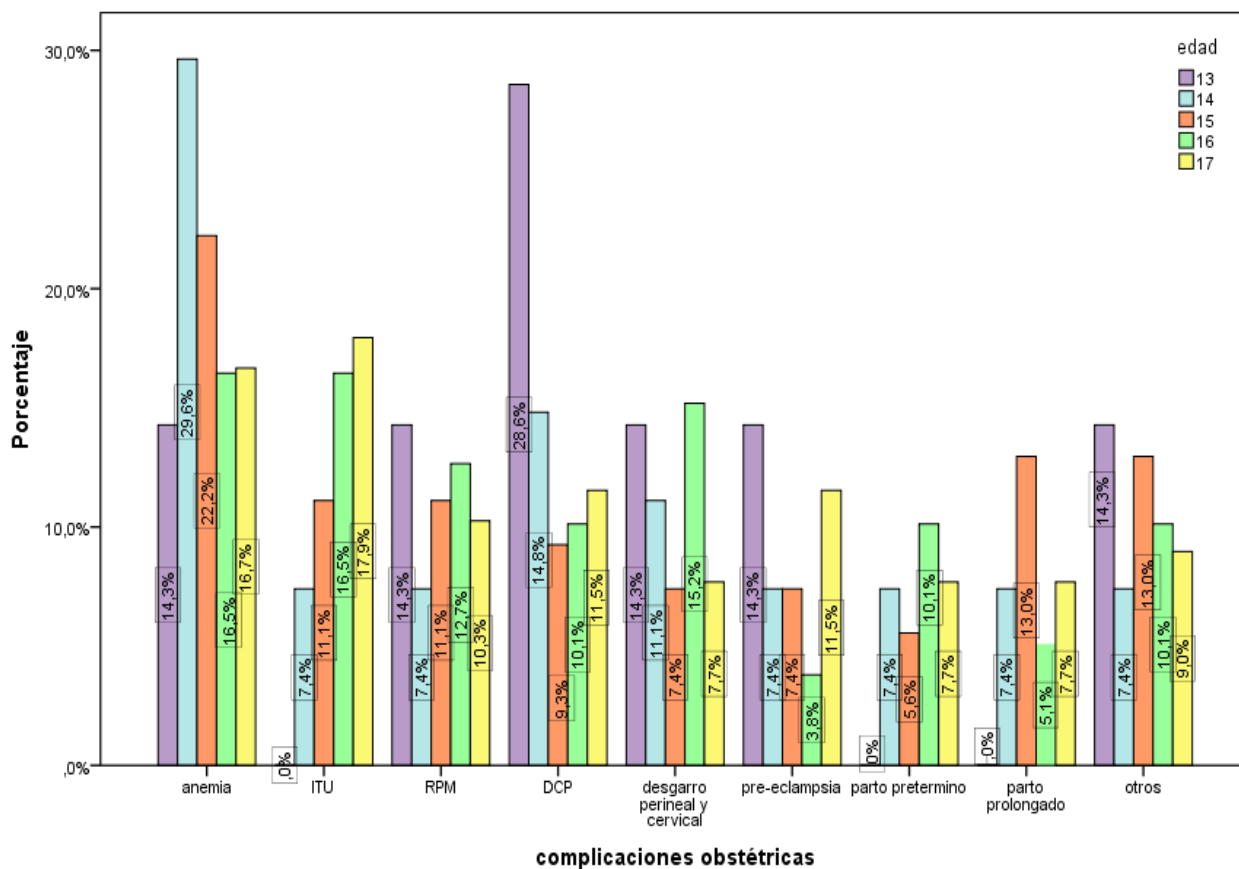
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 11, se observa que las gestantes adolescentes que tienen 13 años la principal complicación obstétrica es desproporción céfalo pélvica (DCP) con un 28,6 %, las gestantes adolescentes con 14 años presentaron un mayor porcentaje en anemia con un 29,6 % siendo este la principal complicación obstétrica, sin embargo con un 14,8 % es desproporción céfalo pélvica, y con un 11,1 % se encuentra el desgarro perineal/ cervical; las gestantes que tienen 15 años presentaron con mayor porcentaje anemia con un 22,2 %, seguido de parto prolongado con un 13 %, de igual forma con un 13 % otras complicaciones, mientras que las gestantes que tienen 16 años con un 16,5 % se presentó la anemia e infección del tracto urinario (ITU), con un 15,2 % se encuentra desgarro cervical/perineal y finalmente las gestantes que tienen 17 años con un 17,9 % se encuentra infección del tracto urinario (ITU) siendo este su principal complicación obstétrica, seguido de anemia con un 16,7 % y el 11,5 % presentó desproporción céfalo pélvica (DCP) y de igual forma el 11,5 % presentó pre – eclampsia, sin embargo al nivel del 5% de significancia no se encontró relación la edad con las complicaciones obstétricas ($P= 0,943$).

GRÁFICO 11

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON LA EDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 11

TABLA 12

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

Complicaciones Obstétricas	Grado de Instrucción									
	Primaria Incompleta		Primaria completa		Secundaria Incompleta		Secundaria Completa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	4	20,0	0	0,0	33	19,3	10	24,4	47	19,2
ITU	4	20,0	3	23,1	17	9,9	11	26,8	35	14,3
RPM	0	0,0	2	15,4	20	11,7	5	12,2	27	11,0
DCP	3	15,0	2	15,4	20	11,7	3	7,3	28	11,4
Desgarro P/C	3	15,0	0	0,0	19	11,1	4	9,8	26	10,6
Pre Eclampsia	2	10,0	2	15,4	13	7,6	2	4,9	19	7,8
Parto pre terminó	1	5,0	1	7,7	14	8,2	3	7,3	19	7,8
Parto prolongado	2	10,0	0	0,0	15	8,8	2	4,9	19	7,8
Otros.	1	5,0	3	23,1	20	11,7	1	2,4	25	10,2
X²	25,434									
P $\alpha = 5\% = 0,05$	0,383									

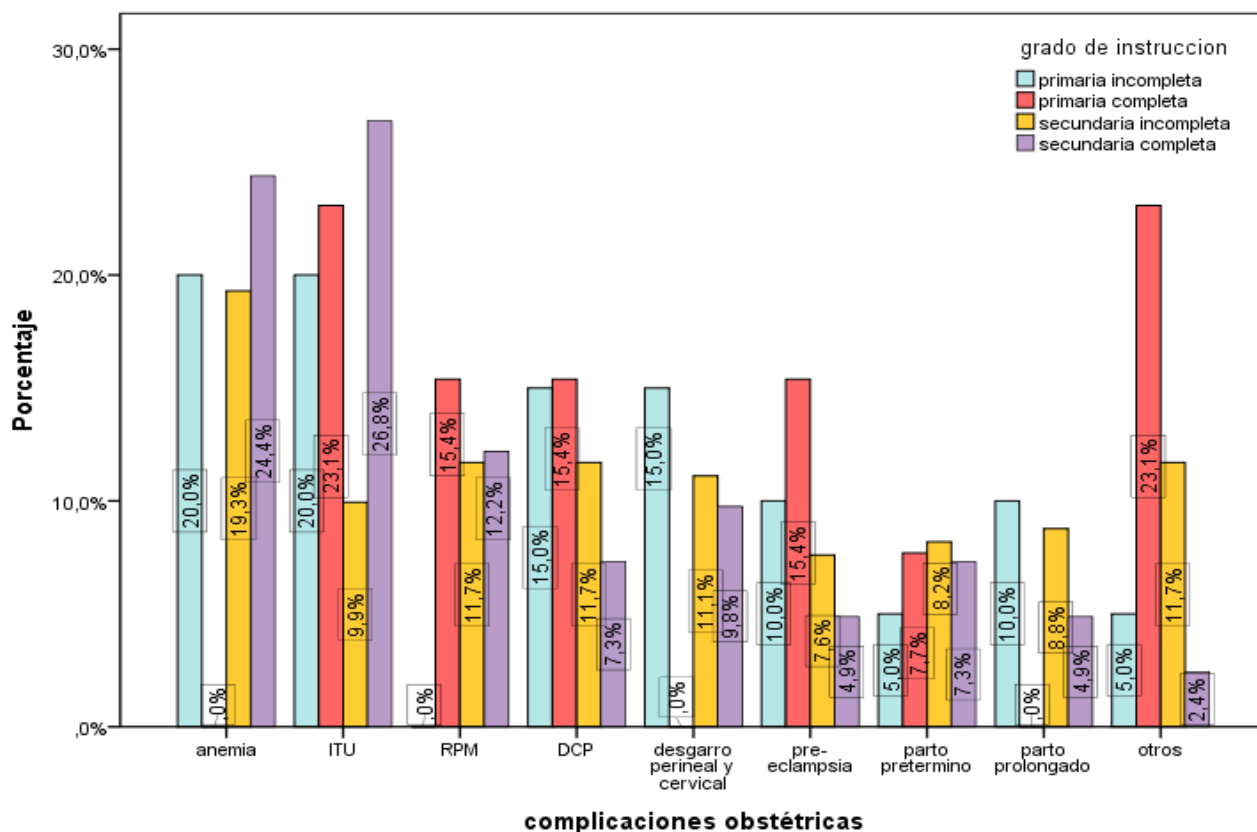
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 12, se aprecia que el 20 % de las gestantes adolescentes que tienen grado de instrucción primaria incompleta presentó anemia e infección del tracto urinario (ITU), el 23,1 % de las gestantes que tienen primaria completa presentó infección del tracto urinario (ITU), mientras las gestantes adolescentes con grado de instrucción secundaria incompleta presentó anemia con un 19,3 % y finalmente las gestantes con grado de instrucción secundaria completa presentó infección del tracto urinario (ITU) con un 26,8 % siendo este su principal complicación obstétrica; sin embargo al nivel del 5% de significancia no se encontró relación el grado de instrucción con las complicaciones obstétricas ($P= 0,383$).

GRÁFICO 12

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 12

TABLA 13

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON LA RESIDENCIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

Complicaciones Obstétricas	Residencia					
	Urbano		Rural		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	23	19,3	24	19,0	47	19,2
ITU	19	16,0	16	12,7	35	14,3
RPM	15	12,6	12	9,5	27	11,0
DCP	17	14,3	11	8,7	28	11,4
Desgarro P/C	10	8,4	16	12,7	26	10,6
Pre Eclampsia	9	7,6	10	7,9	19	7,8
Parto pre terminó	8	6,7	11	8,7	19	7,8
Parto prolongado	6	5,0	13	10,3	19	7,8
Otros.	12	10,1	13	10,3	25	10,2
X²	6,232					
P α = 5% = 0,05	0,621					

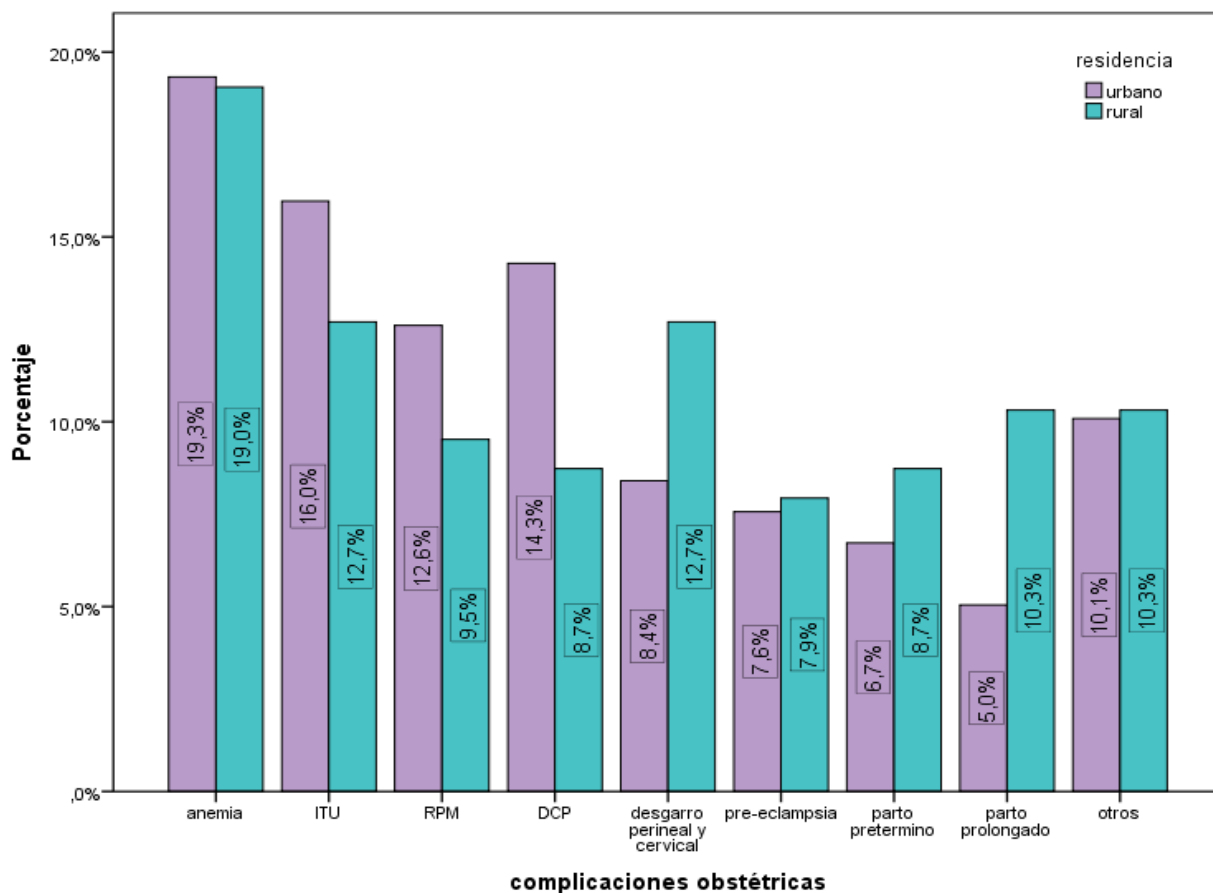
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 13, se observa que las gestantes adolescentes que presentaron anemia el 19,3 % proceden de la zona urbana y el 19 % de la zona rural; infección del tracto urinario (ITU) con un 16 % proceden de la zona urbana mientras el 12,7 % de la zona rural; ruptura prematura de membranas el 12,6 % procede de la zona urbana y el 9,5 % de la zona rural; y finalmente desproporción céfalo pélvica con un 14,3 % proceden de la zona urbana mientras que el 8,7 % de la zona rural; sin embargo al nivel del 5% de significancia no se encontró relación la residencia con las complicaciones obstétricas (P= 0,621).

GRÁFICO 13

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON LA RESIDENCIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 13

TABLA 14

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

Complicaciones Obstétricas	Estado civil							
	Soltera		Conviviente		Casada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	15	20,0	31	18,5	1	50,0	47	19,2
ITU	16	21,3	19	11,3	0	0,0	35	14,3
RPM	8	10,7	19	11,7	0	0,0	27	11,0
DCP	9	12,0	19	11,3	0	0,0	28	11,4
Desgarro P/C	4	5,3	21	12,5	1	50,0	26	10,6
Pre Eclampsia	5	6,7	14	8,3	0	0,0	19	7,8
Parto pre término	7	9,3	12	7,1	0	0,0	19	7,8
Parto prolongado	4	5,3	15	8,9	0	0,0	19	7,8
Otros	7	9,3	18	10,7	0	0,0	25	10,2
X²	13,092							
P α = 5% = 0,05	0,666							

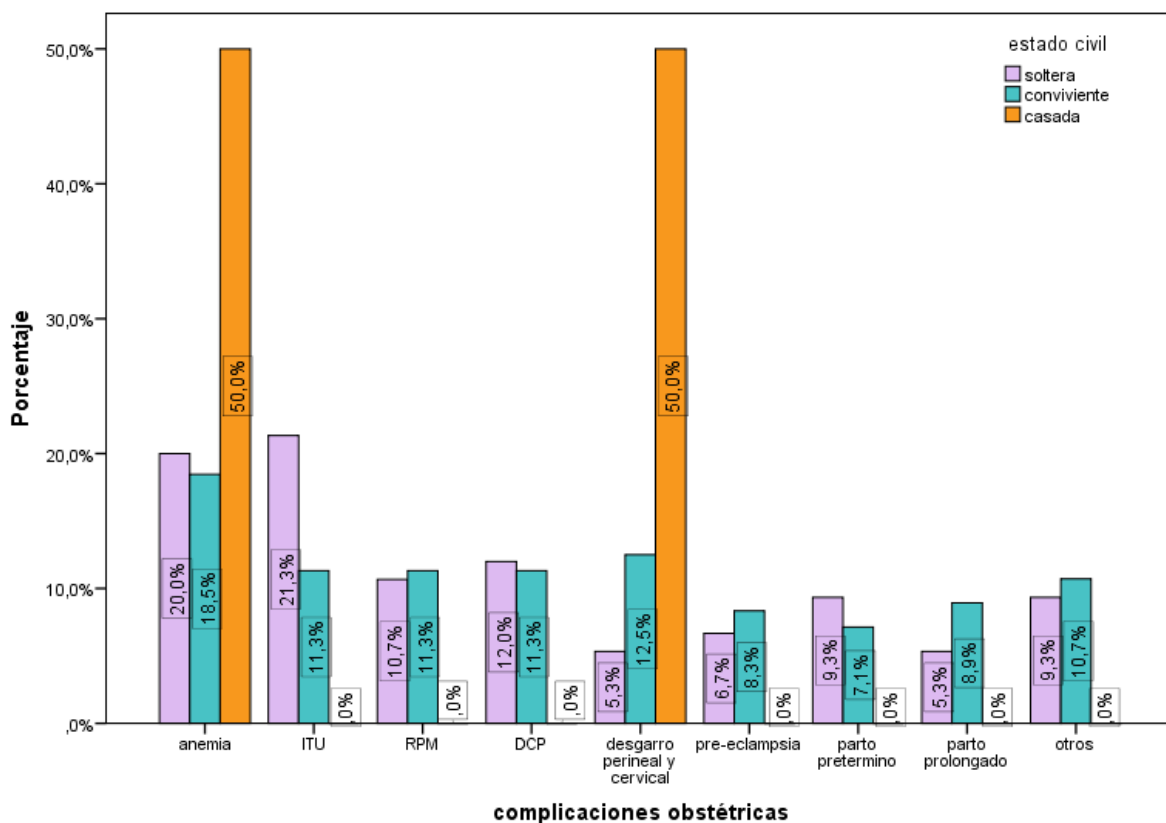
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 14, se aprecia que las gestantes adolescentes de estado civil soltera presentaron con un 21,3 % infección del tracto urinario (ITU), seguido de anemia con un 20 %, las gestantes adolescentes convivientes con un 18,5 % presentaron anemia, el 12,5 % presentó desgarro perineal y/o cervical, las gestantes adolescentes casadas con un 50 % presentó anemia, de igual forma el 50 % presentó desgarro perineal y/o cervical; sin embargo al nivel del 5% de significancia no se encontró relación el estado civil con las complicaciones obstétricas (P=0,666).

GRÁFICO 14

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 14

TABLA 15

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

Complicaciones Obstétricas	Antecedentes de aborto					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	2	9,1	45	20,0	47	19,2
ITU	4	18,2	31	13,9	35	14,3
RPM	5	22,7	22	9,9	27	11,0
DCP	2	9,1	26	11,7	28	11,4
Desgarro P/C	4	18,2	22	9,9	26	10,6
Pre Eclampsia	0	0,0	19	8,5	19	7,8
Parto pre terminó	0	0,0	19	8,5	19	7,8
Parto prolongado	0	0,0	19	8,5	19	7,8
Otros.	5	22,7	20	9,0	25	10,2
X²	15,305					
P α = 5% = 0,05	0,053					

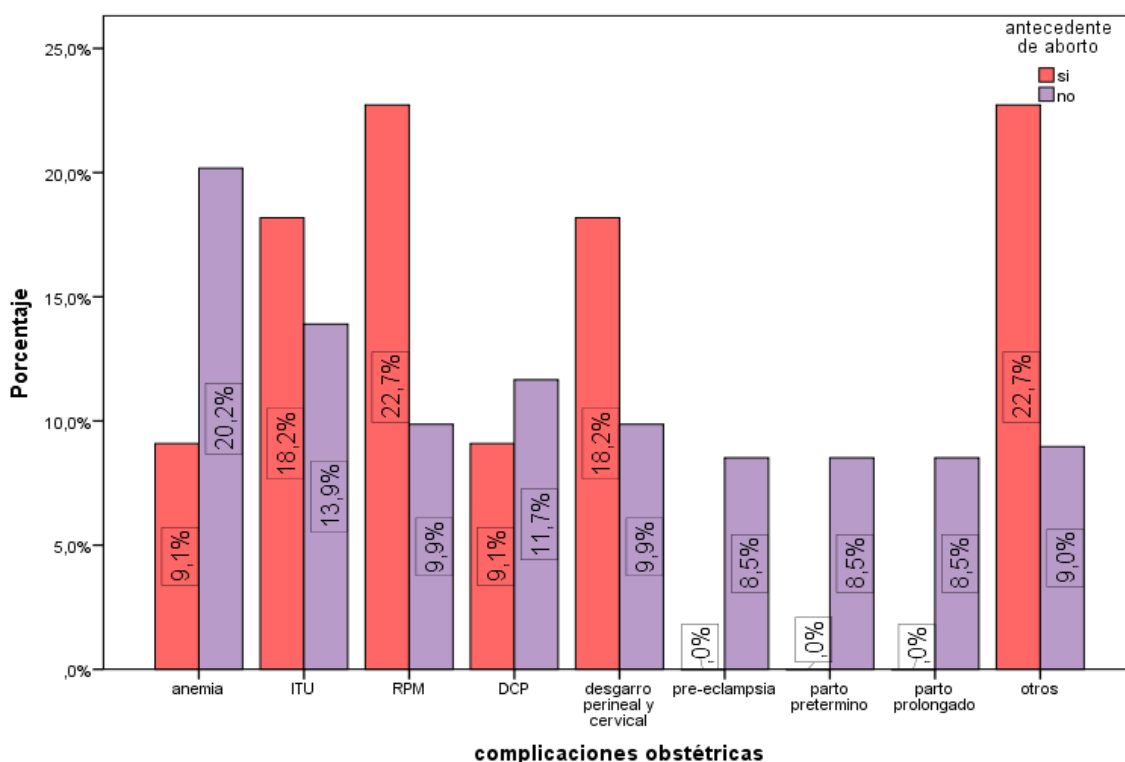
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 15, se observa que las gestantes adolescentes que no tuvieron antecedente de aborto presentaron complicaciones obstétricas con un 20 % anemia, 13,9 % infección del tracto urinario, el 11,7 % presentó desproporción céfalo pélvica, el 9,9 % ruptura prematura de membranas, de igual forma el 9,9 % presentó desgarró perineal y/o cervical y las gestantes adolescentes que tuvieron antecedente de aborto presentaron ruptura prematura de membranas con un 22,7 %, el 18,2 % presentó infección del tracto urinario y de manera similar el 18,2 % presentó desgarró perineal y/o cervical, sin embargo al nivel del 5% de significancia no se encontró relación el antecedente de aborto con las complicaciones obstétricas ($P=0,053$).

GRÁFICO 15

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 15

TABLA 16

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

Complicaciones Obstétricas	Tipo de parto					
	Vaginal		Abdominal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	47	25,4	0	0,0	47	19,2
ITU	33	17,8	2	3,3	35	14,3
RPM	20	10,8	7	11,7	27	11,0
DCP	7	3,8	21	35,0	28	11,4
Desgarro P/C	26	14,1	0	0,0	26	10,6
Pre Eclampsia	6	3,2	13	21,7	19	7,8
Parto pre terminó	16	8,6	3	5,0	19	7,8
Parto prolongado	18	9,7	1	1,7	19	7,8
Otros.	12	6,5	13	21,7	25	10,2
X²	103,645					
P α = 5% = 0,05	0,000					

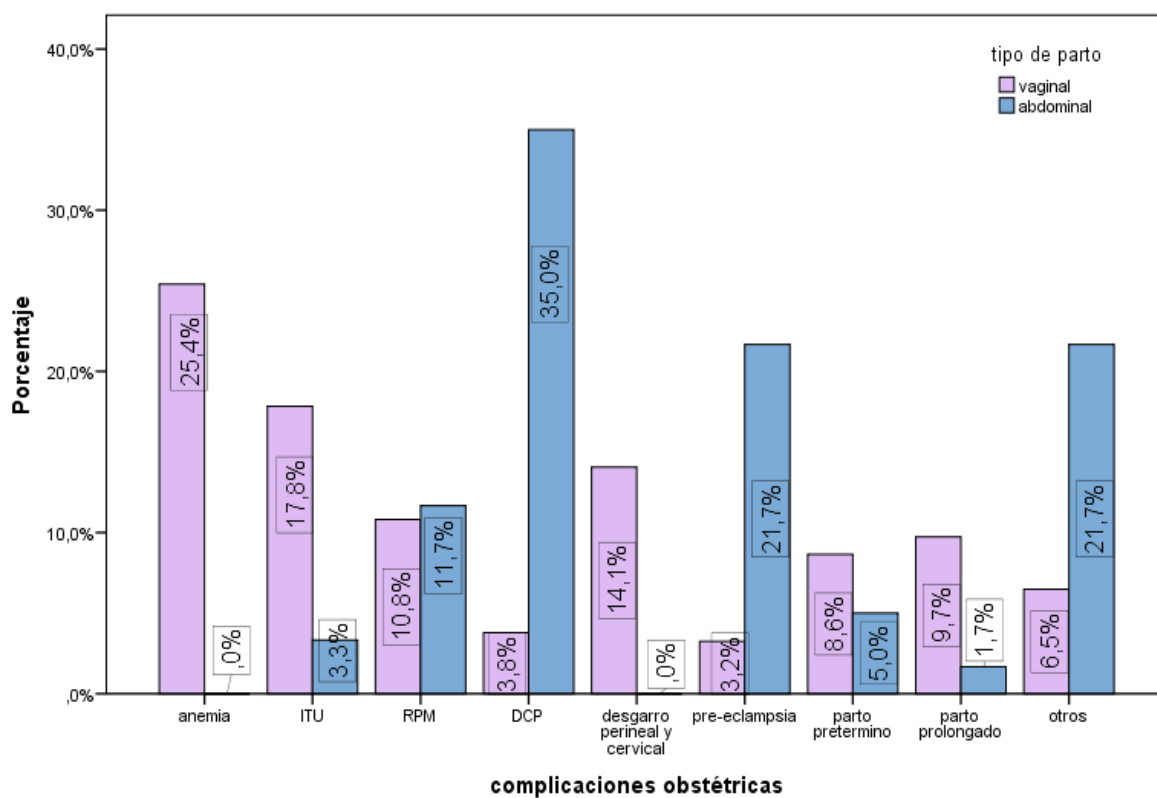
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 16, se observa que las gestantes adolescentes que culminaron su embarazo por vía vaginal el 25,4 % presentaron anemia, el 17,8 % presentaron ITU, el 14,1 % presentaron desgarro perineal y/o cervical, el 10,8 % presentaron RPM, mientras las gestantes adolescentes que culminaron su parto por vía abdominal el 35 % presentaron DCP, el 21,7 % presentaron pre- eclampsia y otras complicaciones y finalmente el 11,7 % presentaron RPM; sin embargo al nivel del 5% de significancia se encontró **relación el tipo de parto** con las complicaciones obstétricas (P =0,000).

GRÁFICO 16

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 16

TABLA 17

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON LA EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

Complicaciones Obstétricas	Edad Gestacional							
	Pre termino		A termino		Post termino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	0	0,0	40	20,2	7	30,4	47	19,2
ITU	0	0,0	31	15,7	4	17,4	35	14,3
RPM	0	0,0	25	12,6	2	8,7	27	11,0
DCP	0	0,0	25	12,6	3	13,0	28	11,4
Desgarro P/C	0	0,0	24	12,1	2	8,7	26	10,6
Pre Eclampsia	4	16,7	14	7,1	1	4,3	19	7,8
Parto pre terminó	19	79,2	0	0,0	0	0,0	19	7,8
Parto prolongado	0	0,0	16	8,1	3	13,0	19	7,8
Otros.	1	4,2	23	11,6	1	4,3	25	10,2
X²	202,004							
P α = 5% = 0,05	0,000							

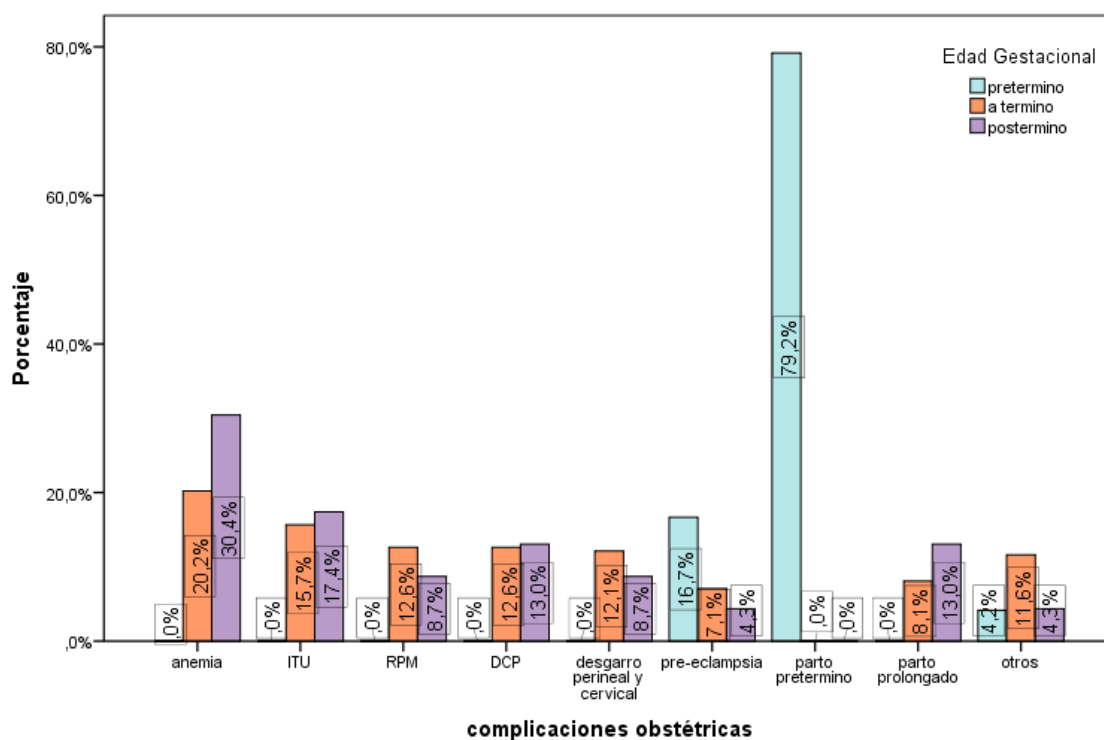
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 17, se aprecia que las gestantes adolescentes presentaron mayor frecuencia de complicaciones obstétricas en las gestaciones a-término, el 20,2 % presentaron anemia, el 15,7 % presentaron ITU, el 12,6 % presentaron RPM, de igual forma el 12,6 % presentaron DCP, sin embargo las gestantes adolescentes con gestaciones pre-término presentaron complicaciones obstétricas con el 79,2 % parto pre-termino y el 16,7 % presentaron pre-eclampsia y finalmente las de gestación post-término con el 30,4 % presentaron anemia, el 17,4 % presentaron infección del tracto urinario (ITU) y el 13 % presentaron desproporción céfalo pélvica (DCP), sin embargo al nivel del 5% de significancia se encontró **relación la edad gestacional** con las complicaciones obstétricas ($P = 0,000$).

GRÁFICO 17

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON LA EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 17

TABLA 18

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL N° DE CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

Complicaciones Obstétricas	N° de controles prenatales							
	Ninguno		< de 6		≥ de 6		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	1	9,1	17	20,5	29	19,2	47	19,2
ITU	1	9,1	11	13,3	23	15,2	35	14,3
RPM	1	9,1	11	13,3	15	9,9	27	11,0
DCP	1	9,1	6	7,2	21	13,9	28	11,4
Desgarro P/C	1	9,1	7	8,4	18	11,9	26	10,6
Pre Eclampsia	1	9,1	8	9,6	10	6,6	19	7,8
Parto pre terminó	3	27,3	12	14,5	4	2,6	19	7,8
Parto prolongado	1	9,1	5	6,0	13	8,6	19	7,8
Otros.	1	9,1	6	7,2	18	11,9	25	10,2
X²	21,980							
P α = 5% = 0,05	0,144							

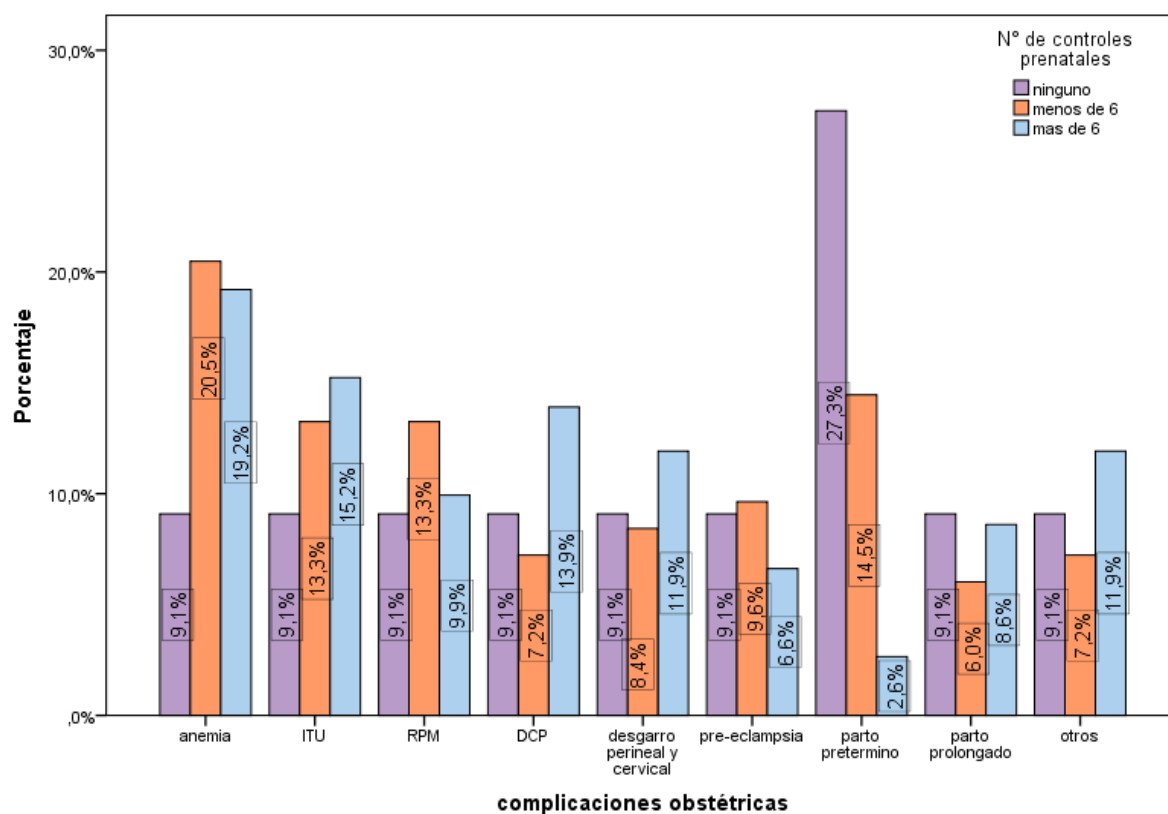
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 18, se observa que las gestantes adolescentes que tuvieron más de 6 controles prenatales durante su gestación presentaron mayor frecuencia de complicaciones obstétricas siendo las principales complicaciones anemia con el 19,2 %, infección del tracto urinario (ITU) con el 15,2 %, desproporción céfalo pélvica (DCP) con el 13,9 % mientras que las gestantes adolescentes que tuvieron menos de 6 controles presentaron con el 20,5 % anemia, parto pretermino con el 14,5 % y con el 13,3 % infección del tracto urinario (ITU), de igual manera con el 13,3 % ruptura prematura de membranas (RPM) y finalmente las pacientes que no tuvieron ningún control prenatal siendo la principal complicación con el 27,3 % parto pretérmino, sin embargo al nivel del 5% de significancia no se encontró relación el número de controles prenatales con las complicaciones obstétricas ($P=0,144$).

GRÁFICO 18

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL N° DE CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 18

TABLA 19

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL N° DE GESTACIONES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	N° DE GESTACIONES							
	Primigesta		Segundigesta		Multigesta		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	39	21,08	7	13,73	1	11,11	47	19,18
ITU	23	12,43	11	21,57	1	11,11	35	14,29
RPM	18	9,73	6	11,76	3	33,33	27	11,02
DCP	25	13,51	2	3,92	1	11,11	28	11,43
Desgarro P/C	14	7,57	10	19,61	2	22,22	26	10,61
Pre eclampsia	16	8,65	3	5,88	0	0,00	19	7,76
Parto pretérmino	15	8,11	4	7,84	0	0,00	19	7,76
Parto prolongado	18	9,73	1	1,96	0	0,00	19	7,76
otros	17	9,19	7	13,73	1	11,11	25	10,20
X²	24,582							
P α = 5% = 0,05	0,078							

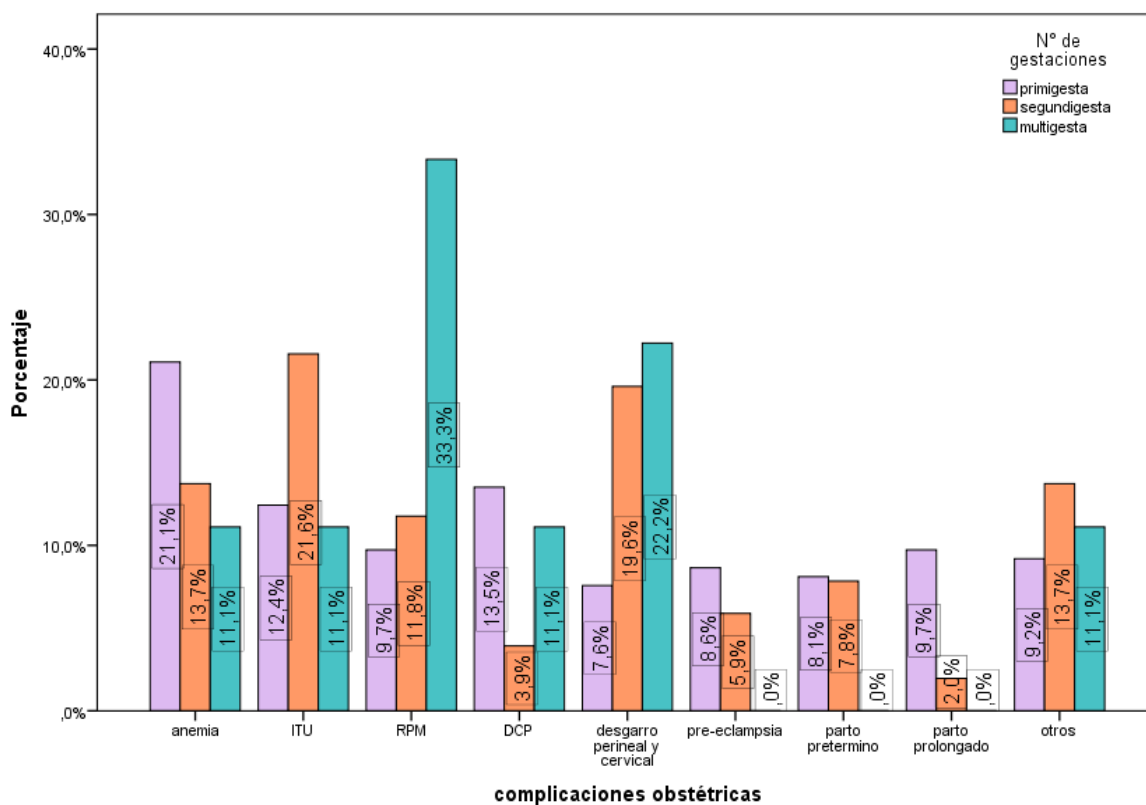
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 19, se aprecia que las gestantes adolescentes primigestas presentaron con el 21,08 % anemia, DCP con el 13,51 %, mientras las gestantes adolescentes segundigestas presentaron ITU con el 21,57 %, con el 19,61 % desgarro perineal y/o cervical, y finalmente las multigestas presentaron ruptura prematura de membranas (RPM) con el 33,33 % y con el 22,22 % desgarro perineal y/o cervical, sin embargo al nivel del 5% de significancia no se encontró relación el número de gestaciones con las complicaciones obstétricas ($P=0,078$).

GRÁFICO 19

RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL N° DE GESTACIONES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015



Fuente: Tabla 19

CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS, LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES SE RELACIONAN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS.

Prueba de Chi – cuadrado de Pearson		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
EDAD	Chi - cuadrado	20,457
	gl	32
	Sig. asintomática	0,943
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Chi - cuadrado	25,434
	gl	24
	Sig. asintomática	0,383
RESIDENCIA	Chi - cuadrado	6,232
	gl	8
	Sig. asintomática	0,621
ESTADO CIVIL	Chi - cuadrado	13,092
	gl	16
	Sig. asintomática	0,666

P= 0,00

P=0,00 > X =0,05

Encontrándose una diferencia significativa mayor a 0,05 en todas las características sociodemográficas a un nivel de confianza del 95 %.

Quedando así demostrada que las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes no se relacionan con las características sociodemográficas.

Prueba de Chi – cuadrado de Pearson		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
Antecedente de aborto	Chi - cuadrado	15,305
	gl	8
	Sig. asintomática	0,053
Tipo de parto	Chi - cuadrado	103,645
	gl	8
	Sig. asintomática	0,000
Edad gestacional	Chi - cuadrado	202,004
	gl	16
	Sig. asintomática	0,000
N° de controles prenatales	Chi - cuadrado	21,980
	gl	16
	Sig. asintomática	0,144
N° de gestaciones	Chi - cuadrado	24,582
	gl	16
	Sig. asintomática	0,078

P= 0,00

P=0,00 > X =0,05

Apreciamos el contraste de las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes relacionados con las características obstétricas, mediante la prueba estadística Chi – cuadrado. Encontrándose una diferencia significativa con un valor p significativo menor a 0,05. A un nivel de confianza del 95 % en las siguientes características obstétricas: tipo de parto con un p valor de 0,000 y edad gestacional con un p valor 0,000.

Demostrándose así que el tipo de parto y la edad gestacional se relacionan con las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes.

DISCUSIÓN

1. La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 – 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos.⁵⁰
2. En el presente estudio durante el año 2015 las gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas fueron 245 de las cuales se encontró que el 32,24 % (79) de las gestantes adolescentes tienen 16 años, sin embargo el 31.84 % (78) tienen 17 años, siendo estas edades las de mayor porcentaje el 22,04 % (54) tienen 15 años, estos resultados son comparables con el estudio de Pinzas ⁵¹ que encontró con el 87,80 % entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía) de la misma manera en el estudio de López⁵³ el 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad.
3. En nuestro estudio encontramos que el 69,80 % de las gestantes adolescentes tienen secundaria incompleta lo cual es comparable con el estudio realizado por López⁵³ que el 43,64% tienen

secundaria incompleta, pero difiere con el estudio realizado por Pinzas⁵¹ donde obtuvo el 69,60% siendo este el mayor porcentaje con estudios de secundaria completa en el hospital Vitarte – Lima.

4. En nuestro estudio el 68,57 % de las gestantes adolescentes son convivientes, el cual coincide con el estudio realizado de Pinzas⁵¹ con el 76 % son convivientes de igual manera en el estudio de León⁵² el 71,43% de las encuestadas se encuentran viviendo en unión libre con sus parejas, pero difiere del estudio de López⁵³ el cual registra el 40 % son casadas, lo cual nos indica que las adolescentes al quedar embarazadas deciden hacer vida conyugal con la pareja sexual.

5. En nuestro estudio el 55,43 % (126) de las gestantes adolescentes pertenecen a la zona rural estos resultados concuerdan con el estudio realizado de López⁵³ el 65,5 % perteneció a la zona rural y de igual manera en el estudio de Pinzas⁵¹ el 81,20 % perteneció a la zona rural, sin embargo en nuestro estudio el 48,57 % (119) son de la zona urbana siendo la diferencia del 6,86 %; Lo que significa que en ocasiones la falta de información en cuanto a la salud sexual y reproductiva,

accesibilidad a los centro de salud por las zonas donde viven; contribuyen a que aumente el número de embarazos en adolescentes.

6. Con respecto al tipo de parto en nuestro estudio el 75,51 % (185) de las gestantes adolescentes culminó su parto por vía vaginal, mientras tanto el 24,49 % (60) su parto culminó por vía abdominal, estos resultados coinciden con el estudio de López⁵³ en el cual la cesárea se presentó en 92 casos (41,82%).
7. Respecto a las características obstétricas al evaluar el número de gestaciones, es notorio que el gran porcentaje de las gestantes adolescentes son primigestas con el 75,51 % estos resultados concuerdan con lo encontrado por Zamora y Col¹² donde afirman que la mayoría de las gestantes adolescentes son primigestas.
8. Respecto a las complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes la más frecuente fue anemia con un 19,18 %, en segundo lugar es infección del tracto urinario con un 14,29 %, el cual coincide con otros estudios como la segunda complicación obstétrica más frecuente, en el trabajo de López⁵³ con el 30,91 %,

pero difiere en el estudio de León⁵² ubicando esta complicación obstétrica en el tercer lugar con el 5%.

9. La tercera complicación obstétrica con un 11,43 % es desproporción céfalo pélvica, con este resultado difiere con León⁵³ en donde el porcentaje es 10,36 % situándola una de las primeras complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes, de la misma manera en el trabajo de Pinzas⁵¹ el 34,80 % presentó DCP sin embargo en el trabajo realizado por López⁵³ ubica esta complicación obstétrica en el quinto lugar con un 8,64 %.

10. En nuestro estudio la cuarta complicación obstétrica con un 11,02 % (27) fue ruptura prematura de membrana, lo cual es comparable con el estudio de López⁵³ con el 8,64 %, pero difiere con el estudio realizado por Zamora y Col¹² donde fue la complicación obstétrica más frecuente con 19 casos.

11. En el quinto lugar el 10,61 % presentaron desgarró perineal y/o cervical según López⁵³ coincidió con el resultado obtenido se presentó en el 1,82 %, pero en este dato difiere con lo encontrado

por De la Gálvez¹⁵ y en otro estudio Menéndez y Cabrera¹⁴ en donde la complicación obstétrica más frecuente fue los desgarros perineales y/o cervicales con el 31,2 %, ya que siendo este tipo de pacientes poco colaboradoras y muy ansiosas, impiden una buena progresión del trabajo de parto, comienzan a pujar antes de haber completado la dilatación, lo cual conlleva al desgarro del cuello uterino.

12. En el presente estudio con el 7,76 % presentaron pre eclampsia este dato coincide con el estudio realizado por López⁵³ con el 4,55 %.

13. En nuestro estudio con el 7,76 % presentaron parto pretérmino este dato es comparable con el trabajo de López⁵³ con el 2,73 % ubicando entre las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes.

14. En nuestro estudio las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas las cuales son: edad, grado de instrucción, residencia y estado civil, sin embargo la literatura coloca al bajo grado de instrucción; a

la accesibilidad al centro de salud que tiene que ver con el lugar de residencia, como factores relacionados a la presencia de complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes.

15. Las complicaciones obstétricas sí se relacionaron con las características obstétricas las cuales fueron tipo de parto y edad gestacional en donde se encontró una diferencia significativa ($P=0,000$), demostrando que estas características obstétricas están relacionadas con la presencia de complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes.

CONCLUSIONES

1. Las complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015 fueron: anemia (19,18 %), infección del tracto urinario (14,29 %), desproporción céfalo pélvica (11,43 %), ruptura prematura de membrana (11,02 %), desgarro perineal y/o cervical (10,61 %), pre eclampsia (7,76 %), parto pretérmino (7,76 %) y parto prolongado (7,76 %).
2. Las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con mayor frecuencia fueron: 16 años (32,24 %) con procedencia de zona rural (55,43 %), convivientes (68,57 %) y secundaria incompleta (69,80 %).
3. Las características obstétricas de las gestantes adolescentes fueron: primigestas (75,51 %), a término (80,82 %) con 6 a más controles (61,63 %), con parto vaginal (75,51 %) y no tuvieron antecedente de aborto (91,02 %).

4. La frecuencia de las complicaciones obstétricas en las diferentes edades son: 13 años desproporción cefalopélvica (28,6 %), 14 años anemia (29,6 %) y desproporción cefalopélvica (14,8 %), 15 años anemia (22,2 %) y parto prolongado (13 %), 16 años anemia e ITU (16,5 %), 17 años ITU (17,9 %) y anemia (16,7%).

5. Las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas. ($P > 0,05$); pero sí existe una relación con las características obstétricas que fueron: 1) tipo de parto, 2) edad gestacional encontrándose una diferencia significativa ($P=0,000$).

RECOMENDACIONES

1. Al profesional Obstetra para la implementación de políticas de intervención en la población adolescente con el fin de prevenir embarazos a temprana edad así mismo fortalecer la atención primaria en salud, sexual y reproductiva específicamente en los adolescentes.
2. Al Ministerio de Educación para que se impartan una verdadera educación sexual en todas las instituciones educativas estatales y privadas como un eje transversal de formación integral de la persona, el cual debe ser ejecutada por un profesional obstetra y como miembro del equipo multidisciplinario.
3. A los obstetras realizar actividades de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva con mayor énfasis a este grupo poblacional con alto riesgo de embarazo a edades muy tempranas.
4. A las gestantes adolescentes acudir precoz y periódicamente a los controles del embarazo, con la finalidad de detectar y tratar precozmente las complicaciones que ponen en riesgo la salud de la madre y el feto.

5. A los investigadores para realizar investigaciones científicas que complementen, profundicen y/o comparen los resultados del presente estudio con otras variables como: causas y consecuencias de las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ABU-HEIJA A, ALI Am, AL-DAKHEIL S. Obstetrics and perinatal outcome of adolescent nulliparous pregnant women. Gynecol Obstet Invest. 2002;53:90- 92.
2. NAMAVAR JAHROMI B, DANESHVAR A. Pregnancy outcome of parturients below 16 years of age. Saudi Med J. 2005;26:1417-1419.
3. NAQVI MM, NASEEM A. Obstetrical risks in the older primigravida. J Coll Physicians Surg Pak. 2004;14:278-281.
4. MILETIC T, ABERLE N, MIKULANDRA F, KARELOVIC D, ZAKANJ Z, BANOVIC I, et al. Perinatal outcome of pregnancies in women aged 40 and over. Coll Antropol. 2002;26:251-258.
5. PADILLA DE GIL, A. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia. 7(1): 16-25.
6. Embarazo adolescente en el Perú. 2013. <http://www.unfpa.org.pe/eaperu>.
7. 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; 118(2):119-126.

8. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2004.
9. www.julionakiche.blogspot.com/
10. OLAVARRIA D. Embarazo adolescente en el Perú. Medios de comunicación. blogspot.es/1290277380.
11. KESLER KREUTER, A. Adolescents Obstetrica Gynecology. Year Book Medic Chicago, London 1.986, pag 5 – 42.
12. ZAMORA-LARES AN, PANDURO-BARÓN JG, PÉREZ-MOLINA JJ, QUEZADA-FIGUEROA NA, GONZÁLEZ-MORENO J, FAJARDO-DUEÑAS S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Revista Médica MD. 2013.4(4):233-238
13. 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; 118(2):119-126.
14. MENÉNDEZ G, NAVAS, INOCENCIA (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista de Obstetricia. Cuba. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin06312.htm.
15. DE LA GÁLVEZ A. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. Cuadernos del Hospital de Clínicas. 2009. 54(2):100-107.

16. HUANCO D, TICONA M, TICONA M, HUANCO F. "Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales de Ministerio de Salud del Perú; 2008.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua 2009. Perú Lima, Mayo 2010.
18. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
19. PEREIRA LS, PLASCENCIA JL, AHUED AHUED A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol Obstet México. 2002; 70(6):270-274.
20. OROZCO HECHAVARRÍA N, VAILLANT OROZCO S, CUMBÁ TAMAYO O. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia [artículo en línea]. MEDISAN 2005; 9 (2) <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.htm.
21. JANKY E, GALLAIS A, LANDRE M. *Generalidades sobre el embarazo y el parto en las adolescentes*. Enciclopedia médico quirúrgica Elsevier. 1996. Cap. 3, pag. 1-7.
22. VILLANUEVA A, PÉREZ FM, MARTÍNEZ AH, GARCÍA LE. Características obstétricas de la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Mex 1999; 67: (8): 354-9.

23. JOLLY MC, SEBIRE N, HARRIS J. Obstetrics risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 96: 962-6.
24. OTTERBLAD PM, GOLDENBERG RC. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. *Obstet Gynecol* 1997; 89 (3): 451-7.
25. RODRIGUEZ ALVAREZ L, LOPEZ NAVA JC. Complicaciones Del Embarazo Y Riesgo Obstétrico En Mujeres Adolescentes Y Adultas En Pacientes Del Hospital Materno Infantil "Morelos" revista pág. 18.
26. ROMERO MI, MADDALENO M, SILBER TOMÁS J, MUNIST M. Salud reproductiva. En: SILBER TJ, MUNIST MM, MADDALENO M, SUAREZ OJEDA EN, de. *Manual de medicina de la adolescencia*. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518.
27. TARQUI-MAMANI C, BARREDA A, BARREDA M, SANABRIA-ROJAS H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006. *Rev Peru Méd Exp Salud Pública*. 2010;27(1):38-44.
28. REPORTE N° 02-2013-SC/PSMN Prevención Del Embarazo Adolescente Seguimiento Concertado "Estado Y Sociedad Civil. Pag 1-29.

29. Epidemiología-GRS. Elaboración: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza Manuel Fernández Arata El Embarazo Adolescente: Un Problema Psicosocial Que Se Mantiene Vigente En El Perú pág. 74.
30. INEI Día Mundial De La Población
31. VÁZQUEZ NIEBLA JC, VÁZQUEZ CABRERA J, RODRÍGUEZ P. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un hospital gineco obstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29
32. SHARMA V, KATZ J, MULLANY LC, KHATRY SK, LECLERQ SC, SHRESTHA SR, DARMSTADT GL, TIELSCH JM. Young maternal age and the risk of neonatal mortality in rural Nepal. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008 Sep; 162(9):828-35.
33. COOPER LG, LELAND NL, ALEXANDER G. Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. Soc Biol 1995;42(1-2):22-35.
34. CARREÓN VÁSQUEZ J, MENDOZA SÁNCHEZ H, PÉREZ HERNÁNDEZ C, GIL ALFARO I, SOLER HUERTA E, GONZÁLEZ SOLÍS R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Arch Med Fam 2004;6(3):70-73.

35. Organización Mundial de la Salud. DEFINING SEXUAL HEALTH: REPORT OF A TECHNICAL CONSULTATION ON SEXUAL HEALTH, 28–31 January 2008, Geneva.
36. ALBERT R, y JOHN H. Obstetricia Clínica/ ClinicalObstetrics. Editorial Médica Panamericana SA de, 2010. 3 Edición
37. RAMÍREZ R. Estrategias de Afrontamiento en madres adolescentes con y sin pareja; 1988.
38. FLÓREZ CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Pública. [Revista en línea] 2005 [Consultado: 15 Agosto 2009]; 18 (6):388–402. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n6/28940.pdf>
39. BOYER D, FINE D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. Fam Plann Perspect. 1992; 24: 4-12.
40. <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarzoadolescente/>
41. LEE A, OKAM MM. Anemia in pregnancy. Hematol Oncol Clin North Am. 2011;25(2):241–59.
42. CARRERA J, MALLAFRÉ J, SERRA B. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 1st Ed. Barcelona: Masson; 1998.

43. CASAS J, CHUMBE O, INGUIL R, GONZALES L, MERCADO F. Perú, El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. (2010) revista peruana de ginecología y obstetricia.
44. OCHOA A, PÉREZ J. Amenaza de Parto Pretérmino - Rotura Prematura de Membranas - Corioamnioitis. An Sist Sanit Navar. 2009; 32 (1): 105-119.
45. Hospital Clínico Hospital San Joan de Déu. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino. Universidad de Barcelona. 2015.
46. CABERO LI. Parto pretérmino. En: Lluís CABERO ROURA (editor). Elevado Riesgo Obstétrico. Barcelona: Masson SA; 1996: 47-95.
47. Practice bulletins No. 139: premature rupture of membranes. Obstet Gynecol. 2013;122(4):918-930.
48. Practice Bulletin No. 160: Premature Rupture of Membranes. Obstet Gynecol. 2016;127(1):e39-51.
49. CHUMBE O, NOVOA A, Aborto séptico en adolescentes, 1998, disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol_44N2/aborto_septico.htm

50. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, disponible en:
http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm.
51. PINZAS H. “Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecología y obstétrica del hospital vitarte” Lima – 2015 TESIS disponible en:
<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/722>.
52. LEÓN C. “Complicaciones maternas en embarazos de adolescentes” 2014 - Guatemala disponible en:
<http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS.pdf>
53. LÓPEZ E. “Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo enero- diciembre 2008”. Ecuador disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>
54. HERNÁNDEZ SAMPIERI y otros, Introducción a la investigación. 1996:71 Tercera Edición Buenos Aires, Marzo 2006.

55. Resultados de la ENDES 2015, Embarazo en adolescentes peruanas no descende en los últimos veinte años, disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2016/MAY/Endes2016/Nota1.html>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS		HIPOTESIS
<p>“Complicaciones Obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015”</p>	<p>El embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva ha sido objeto de curiosidad y preocupación científica, no sólo por su alta frecuencia en los últimos años, sino por las afecciones que son propias para cada edad. Y la innegable repercusión que la gestación tiene para la familia y la sociedad.</p> <p>El embarazo en la adolescente es considerado un embarazo de alto riesgo ya que aumenta en ellas la incidencia de complicaciones de la madre y del recién nacido, entre más jóvenes mayor riesgo, en nuestro país.</p> <p>Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: pre eclampsia, eclampsia, anemia, partos pre términos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida.</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES: Determinar las características y complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el hospital Santa Rosa. • Identificar las características obstétricas de la gestante adolescente. • Determinar la frecuencia de las diversas complicaciones obstétricas que se presenten en la gestante adolescente en las diferentes edades. • Relacionar las complicaciones obstétricas con las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes. 		<p>Las complicaciones obstétricas se relacionan con las características sociodemográficas y obstétricas en las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.</p>
VARIABLES E INDICADORES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	
<ul style="list-style-type: none"> • Variable independiente: gestante adolescente <p>INDICADORES: adolescencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable dependiente: complicaciones obstétricas <p>INDICADORES: Complicaciones maternas</p>	<p>La investigación será de tipo descriptivo, relacional retrospectivo y de corte transversal.</p>	<p>Para el análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta las variables de estudio utilizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentajes. • Cuadros estadísticos. • Representaciones gráficas. • Prueba de Chi - cuadrado • Conclusiones 	<p>Población: son todas las gestantes adolescentes que tuvieron parto en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015.</p> <p>Muestra: son todas las gestantes que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el HSR de Puerto Maldonado que corresponde a: 245 gestantes adolescentes.</p>	

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015”

1. Características sociodemográficas

Formulario N°: _____

Historia Clínica N°: _____

Edad		Residencia	
Grado de instrucción		Urbano	
Analfabeta		Rural	
Primaria incompleta		Estado civil	
Primaria completa		Soltera	
Secundaria incompleta		conviviente	
Secundaria completa		Casada	
Superior		Divorciada	

2. Características obstétricas

N° de gestaciones		Edad gestacional	
Primigesta		Pretermino (28 – 36 sem)	
Segundigesta		A término (37 – 40 sem.)	
Multigesta		Postérmino (40 – 42 sem)	
Controles prenatales		Tipo de parto	
Ninguno		Vaginal	
Menos de 6 controles		Abdominal	
Más de 6 controles		Antecedente de aborto	Si / No

3. Complicaciones obstétricas

Amenaza de aborto	SI () NO ()	Pre- eclampsia	SI () NO ()
Aborto	SI () NO ()	Eclampsia	SI () NO ()
Amenaza de parto pretermino	SI () NO ()	RPM	SI () NO ()
ITU	SI () NO ()	DCP	SI () NO ()
Hiperémesis gravídica	SI () NO ()	Distocia de presentación	SI () NO ()
Anemia	SI () NO ()	Parto precipitado	SI () NO ()
DPP	SI () NO ()	Parto prolongado	SI () NO ()
Desgarro perineal y cervical	SI () NO ()	Cesárea	SI () NO ()

**AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO
MALDONADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
HOSPITAL SANTA ROSA



"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"

MEMORANDO N° 599 -2016-GOREMAD/HSR-DE.

PARA : Lic. Enf. Alicia N. VICENTE AGUILAR
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ASUNTO : Autoriza Realización de Proyecto de Investigación.
REF. : Oficio N°099-2016-GOREMAD/HSR-UADI.

FECHA : Puerto Maldonado, 15 de Junio del 2016.

De acuerdo al documento de la referencia, esta Dirección autoriza la realización del Trabajo de Investigación Titulado: "COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2015", el mismo que estará a cargo de la Srta. Mirian Yanet GARCIA MENA, estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de Tacna.

Asimismo, deberán de brindar las facilidades del caso los servicios involucrados.

Atentamente,

DIRECCIÓN REGIONAL MADRE DE DIOS
Hospital II Santa Rosa - Puerto Maldonado


LUIS HUMBERTO CHAVEZ CELIS
DIRECTOR
GMP N° 25821 RNE N° 22704

Cc.:
Introsada
Archivo.
LHCHC/RMLCP rdg.-

SEDE CENTRAL
JR. CAJAMARCA N° 171
Teléfonos: 082 - 571019-573431
Telefax: 082 - 573430

PAGINA WEB HSR - PM
WWW.hospitalsantarosa.gob.pe

DIRECCION EJECUTIVA
Telefax: 082 - 571046
Anexo: 114 - 115