

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES  
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA, 2017.

TESIS

Presentada por:

Bach. Noelia Emperatriz Caceres Mamani

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES  
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,  
2017.

TESIS

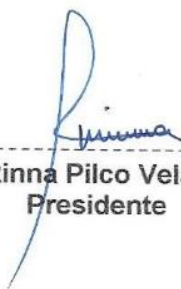
presentado por

BACH. NOELIA EMPERATRIZ CACERES MAMANI.


Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:



Dra. Rinna Pilco Velásquez  
Presidente



Dra. Edith Godoy Gonzales  
Secretaria



Dra. Carmen Linares Torres  
Miembro



Dra. Gema Sologuren Garcia  
Asesora de Tesis

## **AGRADECIMIENTOS**

Un profundo agradecimiento a quienes con su apoyo y comprensión me alentaron a lograr este punto importante de mi vida.

A Dios, por su protección, amor y por darme la oportunidad de ser mejor persona cada día.

A mis padres Jorge y Rosa, por darme la vida y hacer posible cumplir mis metas.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a mis padres por todo su esfuerzo, por brindarme su apoyo incondicional. A Dios, Todopoderoso, por darme tantas alegrías y permitirme alcanzar el desarrollo profesional.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>pág.</b>
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
CONTENIDO	iv
INDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1

## CAPÍTULO I

### PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. OBJETIVOS	7
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	7
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	7
1.3.3. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	8

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1.	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	10
2.2.	BASE TEÓRICA	31
	2.2.1. Adolescencia	31
	2.2.2. Embarazo en la adolescencia	36
A.	Amenaza de aborto	41
B.	Aborto	42
		44
C.	Amenaza de parto pre terminó	
D.	Parto Preterminó	45
E.	Rotura prematura de membranas	46
F.	Desproporción céfalo pélvica	48
G.	Desgarro perineal	49
H.	Infección de vías urinarias	50
I.	Enfermedad hipertensiva gestacional	51
J.	Hemorragia puerperal	55
K.	Sufrimiento fetal agudo	57
L.	Anemia en gestantes	58

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	61
A) Adolescencia	61
B) Embarazo	61
C) Embarazo adolescente	61
D) Complicaciones obstétricas	62

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLOGICO**

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION Y POBLACIÓN	63
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	63
3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS	64
3.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	65
3.6. TÉCNICAS Y MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS**

DISCUSIÓN	82
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	86
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	89
ANEXOS	97

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Distribución según la edad de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	71
Tabla 2: Distribución según el estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	72
Tabla 3: Distribución según el grado de instrucción de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	73
Tabla 4: Distribución según la residencia de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	74
Tabla 5: Número de gestaciones de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	75

Tabla 6:	Antecedentes de aborto de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	76
Tabla 7:	Edad gestacional de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	77
Tabla 8:	Número de controles prenatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	78
Tabla 9:	Tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.	79

Tabla 10: Distribución de las Complicaciones Obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. 80

## RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017, con el objetivo de determinar las Complicaciones Obstétricas en Gestantes Adolescentes. El tipo de investigación fue cuantitativo, prospectivo, de corte transversal y de diseño descriptivo y no experimental. La muestra estuvo constituida por 124 gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos, la cual fue procesada mediante el programa estadístico SPSS 22, utilizando la estadística descriptiva para elaborar las tablas y gráficos. Resultados: características sociodemográficas, el 42,72% representa a las de 17 años, el 62,10 % son convivientes, el 94,35 % tiene instrucción secundaria; el 93,55 % pertenecen a la zona urbana. El 88,71 % son primigestas, el 94,35 % no tiene antecedentes de parto y el 90,32 % su gestación fue a término, el 61,29 % tuvieron más de 6 controles y el 54,03 % por vía abdominal. Las complicaciones obstétricas el 39,61 % presentó infección de tracto urinario y anemia con un 26,61%, un 5,65 % aborto. Conclusiones: Las complicaciones obstétricas más frecuente fueron: el 39,52 % infección del tracto urinario y anemia con un 26,61%.

**PALABRAS CLAVE:** Complicaciones obstétricas, embarazo adolescente.

## **ABSTRACT**

The present study was carried out in the Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017, with the objective of determining the Obstetric Complications in Adolescent Gestants. The type of research was quantitative, prospective, cross-sectional and descriptive and not experimental. The sample consisted of 124 adolescent pregnant women who presented obstetric complications during pregnancy, childbirth and puerperium. For data collection, a data collection form was used, which was processed using the statistical program SPSS 22, using descriptive statistics to prepare tables and graphs. Results: sociodemographic characteristics, 42,72% represent those of 17 years, 62,10% are cohabitants, 94,35% have secondary education; 93,55% belong to the urban area. 88,71% are primitive, 94,35% have no history of delivery and 90,32% of their gestation was full term, 61,29% had more or 6 controls and 54,03% had abdominal. Obstetric complications 19,18% presented anemia and urinary tract infection with 14,29% and 11,43% cephalopelvic disproportion. Conclusions: The most frequent obstetric complications were: urinary tract infection with 39,52% and anemia 26,61%

**KEY WORDS:** Obstetric complications, adolescent pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente se considera como un problema de salud pública, ya que tiene influencia en el desarrollo del adolescente, como a nivel biológico, psicológico y social. Por lo que genera consecuencias en su desarrollo físico, psicológico como también en el ámbito social. Por tal motivo se ve afectado el desarrollo cognitivo, la construcción de una identidad y sobre todo una etapa que, en su proceso, el ser humano se forma para emprender y salir adelante frente a una sociedad.

El embarazo adolescente es un factor de riesgo en el embarazo, en el acceso a la educación, salud reproductiva, familias mono parenterales o disfuncionales, matrimonios prematuros, obstaculizando la visión de su proyecto de vida, a causa del inicio temprano de las relaciones sexuales, siendo en Tacna el inicio antes de los 19 años. (1)

Las complicaciones obstétricas que existen son diversas, cada una establecida con un protocolo de salud, para salvaguardar la vida de la paciente, pero cuando se trata de una adolescente todo cambia, ya descrito anteriormente que el adolescente está en un proceso de cambios, como la búsqueda de la identidad, condiciona a una persona vulnerable y más aún

por el estado de embarazo, porque el cuerpo de esta mujer no está preparado ni biológica ni emocionalmente para ello.

Múltiples estudios han demostrado con frecuencia diversas complicaciones obstétricas como ruptura de membranas, las infecciones del tracto urinario, amenaza de parto pretérmino, entre otras. Demostrándose los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural, en la Selva y, los menores porcentajes en el área urbana (12,2%) y en el departamento de Tacna (11%). (2)

En el mundo gracias a la tecnología entre otras, podemos conocer diversas manifestaciones socio culturales a los que están expuestos los adolescentes que muchas veces conllevan al que su vida sexual inicie cada vez más pronto, lo que conlleva al aumento de gestaciones, pero lo más alarmante es el aumento de los embarazos son las complicaciones maternas que se pueden presentar y el desenlace trágico que puede ocasionar.

Por tal motivo las complicaciones obstétricas conllevan a consecuencias fatales como alto índice en la mortalidad materna y perinatal, siendo uno de los objetivos del milenio, el estar a favor de la salubridad.

Con el paso de los años y el avance tecnológico se ha logrado la prevención en el sector salud, se han superado muchos problemas sociales que en el pasado fueron difícilmente de erradicar y controlar, a pesar de ello, existen aún problemas que continúan siendo una preocupación para nuestra sociedad.

Por ello el presente estudio se realizó con fin de saber las complicaciones obstétricas en embarazos adolescentes, con el propósito de generar conocimiento y así colaborar en su prevención.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1. Descripción del problema**

El embarazo en adolescentes, se está convirtiendo en un problema de salud pública, afectando diversos agentes sociales como la educación, la economía, la salud, la familia entre otros. A causa de la prevención y concientización a través de la educación sexual y la constante comunicación familiar y pares.

El embarazo adolescente implica un alto riesgo para la salud de la madre, feto y del recién nacido. Asimismo, esto incide a la aparición de consecuencias biológicas, físicas y psicológicas.

Por lo tanto, un factor común es el inicio de la vida sexual a temprana edad, siendo el 41,9% la primera relación sexual de las mujeres antes de los 18 años. Comparando según el departamento de residencia, (19,3%) ocurrió antes de los 19 años en el departamento de Tacna. (1)

Además, la conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, en lo que concierne a embarazos no deseados y abortos. Ya que los embarazos a muy temprana edad

no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo. La fecundidad de adolescentes en los últimos cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,9 punto porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 14,6% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 11,7% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Al igual en los últimos 3 años muestra el rápido incremento desde un 2,7% entre las de 15 años hasta el 31,2% en las de 19 años de edad. Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural, en la Selva y, los menores porcentajes en el área urbana (12,2%) y en el departamento de Tacna (11%). (2)

Según edad, la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación aumenta rápidamente conforme avanza en edad. Así, a los 15 años significan el 3,0% y a los 19 años el 28,7%. (3)

Por consiguiente, esto trae problemas para la nueva unión familiar, nivel socioeconómico bajo a falta de una educación superior, el poder gozar de buena salud. En consecuencia, el 55% de la población menor de 18 años de edad padeció algún problema de salud (síntoma o malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica y/o accidente). Por otro lado, la prevalencia de algún

problema de salud fue mayor en las niñas. Y la población económicamente activa urbana ocupada en adolescentes en el área urbana el 55,1% y en el área rural el 51,6%. (4)

En conclusión, todos estos factores, traen consecuencias graves, y con más énfasis en la salud, como es la mortalidad materna y perinatal.

Por otra parte, cabe mencionar que existen diferentes patologías que podrían presentar las gestantes adolescentes, enfermedades hipertensivas conocidas como pre eclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp, anemia, partos pre términos y otros. Que podrían causar daño al recién nacido como bajo peso al nacer, anemia y otras. Por lo cual esta categorizada como un grupo de alto riesgo reproductivo, como el embarazo en madres que tienen menos de 18 años (6,3%), así mismo si el intervalo intergenésico es menor de 24 meses y el orden del nacimiento es mayor de tres (9%). Por lo tanto la razón de riesgo es más alta (5,1 veces el riesgo normal), si se presentan todas al mismo tiempo. Y como dato de gran importancia la tasa de Mortalidad Perinatal fue 15 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración. Entre las mujeres sin nivel educativo los riesgos de tener una muerte perinatal fueron 1,9 veces, incluyendo los embarazos en adolescentes. (5)

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Identificar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- b) Describir las características obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- c) Establecer las complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

#### **1.4. Importancia y justificación del problema**

La importancia del estudio de investigación es conocer las complicaciones obstétricas de la gestante adolescente, así que es necesario que la gestante adolescente tenga una atención prenatal reenfocada.

El embarazo adolescente es muy común en las zonas rurales que en las urbanas y con mayor frecuencia en las mujeres de menor nivel socioeconómico.

Por consiguiente, la frecuencia de embarazo en la adolescencia y sus complicaciones obstétricas y perinatales en nuestro país continúa siendo creciente. Por tal motivo se ha considerado que mediante una adecuada atención prenatal se identifican la mayoría de complicaciones, lo cual conduce a la disminución de la mortalidad perinatal y la disminución de la mortalidad materna.

Con el propósito de contribuir en el bienestar físico, psicológico, social y calidad de vida. De tal manera obtener información relevante e identificarlas complicaciones tempranamente y evitar daños en especial a la salud materna y perinatal.

El presente trabajo de investigación tiene importancia de carácter social, ya que es un problema de salud pública y por ser el embarazo adolescente de alto riesgo obstétrico caracterizado particularmente por las formas de actuar, de pensar y de sentir propias de la edad, agregándose a ella las patologías del embarazo. Es por ello la necesidad de investigación para la intervención a través de agentes sociales, la toma de conciencia, y conductas para el goce de una salud integral, con énfasis en la educación sexual, para el retraso del inicio de relaciones sexuales y el desarrollo de actividades preventivo promocionales, para la recepción de información obstétrica, frente a las patologías del embarazo y así lograr conductas adecuadas y la toma de conciencia como el desarrollo de actividades preventivo promocionales para una buena salud integral de la mujer.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

##### 2.1.1 A nivel internacional

El estudio realizado en Nicaragua, **García CL y Toribio JK.** (Tesis para el título profesional). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. *Complicaciones obstétricas en adolescentes que asistieron al hospital Humberto Alvarado Vásquez en el periodo de enero 2012 a diciembre 2013.* El instrumento de recolección de datos fue mediante la revisión documental y ficha de recolección de datos considerados de utilidad. La muestra de estudio la conformaron 83 embarazadas que acudieron al hospital Humberto Alvarado. Resultados: La complicación más frecuente durante el embarazo fue Preclamsia moderada (56,2%), seguida de Preclamsia grave (23,6%), durante el parto la complicación más frecuente fue sufrimiento fetal agudo representando el 9,6 % de las mismas, en el periodo

de postparto lo más frecuente que se evidencia son desgarros y/o laceraciones (10,8%), en su mayoría a las adolescentes se les realizó Cesárea (71%) y el 100 % de las adolescentes, así como su bebé fueron dados de alta. Conclusiones: Las principales complicaciones durante el embarazo se encontró el síndrome hipertensión Gestacional; durante el parto el sufrimiento fetal agudo y el trabajo de parto prolongado; en el post parto los desgarros, laceraciones y las hemorragias post parto, la vía de finalización que predominó fue la cesárea. (6)

El estudio realizado en Guatemala, **Amílcar CC.** (Tesis para el título profesional). Universidad Rafael Landívar. *Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013.* El instrumento de recolección de datos fue usar un formato recolección de información para su posterior ingreso en una base de datos Epi info7 para su análisis. La muestra del estudio fue conformada por 1040 adolescentes gestantes que presentaron alguna complicación y como resultados: Las principales complicaciones prenatales presentadas en las

adolescentes gestantes fueron, aborto 51,06%, amenaza de aborto 6,83%, amenaza de trabajo de parto pre término 4,62%, trabajo de parto pre término 0,96%, infección del tracto urinario 30,96%, trastorno hipertensivo 2,79%, ruptura prematura de membrana ovulares 0,58%, anemia 0,38%, óbito fetal 1,44%. Conclusiones: Las complicaciones prenatales en las adolescentes embarazadas encontrados en la adolescencia, las que predominaron fueron, aborto con el 51,06% e infección del tracto urinario con el 30,96%, amenaza de aborto con el 6,83%.(7)

El estudio realizado en Honduras. **Gonzales A, Ramirez I, Vallares R.** Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras. *Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles.* El instrumento de recolección de datos fue ingresado en base de datos Epiinfo versión 7.2 (CDC, Atlanta). La muestra del estudio fue de 100 casos y 200 controles mediante el método de Fleiss y como resultados: durante el parto la ruptura prematura de membranas se presentó con igual frecuencia en ambos grupos con alta

significancia estadística. Durante el parto y posparto los desgarros perineales fueron la complicación más frecuente, presentándose en el 5% de los casos y 3% de los controles. En el puerperio las adolescentes tienen 2 veces más riesgo de presentar una complicación. Conclusiones: El embarazo adolescente se considera como factor de riesgo para presentar una complicación obstétrica durante el preparto, parto, puerperio y período neonatal. (8)

El estudio realizado en México. **Morales AT.** (Tesis para el título profesional). Universidad de Veracruzana. *Nivel de conocimiento Sobre Pre eclampsia en adolescentes embarazadas. 2014.* El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario que consta de 18 preguntas cerradas dicotómica y de respuesta múltiple, el cual se aplicó a las embarazadas adolescentes mediante visita domiciliaria. La muestra del estudio fue de Constituida por el 100% de embarazadas adolescentes (13 a 19 años) que acudieron a consulta entre los meses de enero a abril del 2014. Resultados: Edad que más predominó con el 37% fue 17 años, escolaridad con el 55% preparatoria incompleta, estado

civil 73% en unión libre, el 55% de las adolescentes recibieron información sobre preeclampsia, la cual coincide con las que definieron la preeclampsia, el 91% conoce los signos y síntomas y solo el 55% identifica los factores de riesgo y el 73% eran nulíparas, lo que nos habla de un déficit del conocimiento de la preeclampsia en las adolescentes embarazadas. Conclusiones: Realizar una intervención y seguimiento con el objetivo de dar a conocer la importancia de la identificación y detección de los factores de riesgo para disminuir la morbilidad materna y evitar la mortalidad materna y perinatal. (9)

El estudio realizado en México. **Roque VL.** (Tesis para obtener el postgrado en la especialidad de Ginecobstetricia). Universidad de Veracruzana. *Complicaciones Obstétricas asociadas al embarazo en la Adolescencia, 2011.* El instrumento de recolección de datos fue un diseño de casos y controles con base hospitalaria, se revisaron los expedientes de las adolescentes embarazadas de manera sistemática. La muestra del estudio fue de una muestra representativa de 60 y un muestreo sistemático, Resultados: se presentaron 51%

de partos y 48% de cesáreas en los casos, mientras que en los controles el porcentaje fue 45% de partos y 55% de cesáreas. Se mostró en los casos con 33% (20) de infección urinaria y en los controles de 43% (26), en enfermedad hipertensiva del embarazo los casos con 3,3%(2) y controles con 10%(6). Asimismo, la amenaza de parto prematuro se presentó en los casos con 15%(9) y los controles con 8%; la amenaza de aborto se presentó en los casos en un 10%(6) y los controles con 3,3%(2); no se observó ningún producto con bajo peso en ambos grupos. Conclusiones: un embarazo durante la adolescencia es de alto riesgo y por lo tanto deberán ser manejados como tal en todos los niveles de atención. (10)

El estudio realizado en Ecuador. **Morales CG.** (Tesis para el título profesional). Universidad de Guayaquil. *Prevalencia de pre eclampsia en adolescentes y protocolo para prevención, 2013.* El instrumento de recolección de datos fue recolección de datos a través de historias clínicas de las pacientes pre eclámpicas embarazadas en el período establecido desde

septiembre 2012 – febrero 2013. La muestra del estudio fue de 50 casos adolescentes. Resultados: De las 50 pacientes de 13 a 17 años con pre eclampsia, se presentan 23 pacientes que equivale al 46% de pre eclampsia leve en comparación con 27 casos que corresponde el 54% de pre eclampsia severa; lo que indica que ésta última se presenta con mayor frecuencia. De las 50 pacientes con pre eclampsia de 13 a 17 años, se registran 33 pacientes sin ningún antecedente patológico familiar equivalente al 66%, seguido de 10 mujeres con antecedente de pre eclampsia que equivale al 20%, pero 3 mujeres presentaron diabetes que corresponde al 6%, mientras que 2 paciente presentaron antecedente de cardiopatías que equivale al 4% y finalmente 2 pacientes con antecedentes de hipertensión que corresponde a 4%. Las pre eclámpicas de 13 a 17 años, se tiene 40 pacientes primigesta equivalente al 80%, mientras que 7 mujeres tienen 1 gesta que corresponde al 14% y de 2 a 4 gestas 3 mujeres que corresponde al 6%. Y las de 13 a 17 años, 17 pacientes tuvieron cefalea que corresponde al 34%,y 9 presentaron acufenos que corresponde al 18%, mientras 5 pacientes presentaron fotoxia que equivale al 10% y 3 epigastralgia que

corresponde al 6%. Conclusiones: la frecuencia de la pre eclampsia se da con mayor frecuencia en las embarazadas de 15 a 16 años siendo que la pre eclampsia ocupa una alta incidencia del 52%, que está asociada a factores de riesgos como el antecedente personal de esta patología en embarazos anteriores, la primigravidez, la falta de controles prenatales, La pre eclampsia severa como diagnóstico una alta incidencia, siendo el trastorno más frecuente con 50% de casos. También se presentaron otros factores predisponentes como los antecedentes patológicos familiares un 20% tuvieron antecedentes de pre eclampsia. (11)

El estudio realizado en México. **Martínez GG.** (Tesis para obtener el postgrado en la especialidad de Ginecobstetricia). Universidad Autónoma del estado de México. *Complicaciones Obstétricas y resultados perinatales adversos en pacientes adolescentes en el centro médico Issemym Ecatepe, 2014.* La muestra del estudio fue de 331 pacientes derechohabientes adolescentes embarazadas las cuales se atendieron en el servicio de Perinatología del Centro Médico ISSEMYM Ecatepec del 01 de marzo 2010 al 01 de marzo 2013.

Resultados: en promedio la actividad sexual comenzó a los 14,8 años de edad y casi todas (90,3%) con un compañero sexual. Las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo adolescente son de índole infecciosa del tracto genitourinario: ocurriendo en primer lugar las infecciones de vías urinarias con el 75,8%. Le sigue de cerca las infecciones cervicovaginales (70%). En tercer lugar se encuentran las amenazas de parto pre término (18,7%) y la ruptura prematura de membranas con el 16,6% de la muestra, así como el parto pre término (15,3%). Los padecimientos menos frecuentes son las hemorragias de la primera mitad del embarazo (2,4%), anemia (10,2%), la enfermedad hipertensiva del embarazo (5,4%) y los desórdenes del crecimiento fetal (3,3%). El 40% de los casos no presentaron ninguna complicación.

Conclusiones: la morbilidad encontrada es semejante a otra serie de estudios, siendo las infecciones del tracto genitourinario las complicaciones más frecuentes de las que derivan el parto pre término y la ruptura prematura de membranas. (12)

El estudio realizado en Ecuador. **Ordoñez OM**, (Tesis para el título profesional). Universidad Nacional de Loja. *Complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paul de Pasaje, El Oro, 2017*. El instrumento de recolección de datos fue el análisis y revisión de historias clínicas en el departamento de estadística, conjuntamente con una hoja de datos realizada por los autores. La muestra del estudio fue de 42 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y como resultados: el 78,57% (n=33) de las adolescentes están en una edad de 17 – 19 años, el 52,38% (n=22) provienen de zona rural, con porcentaje similar unión libre y secundaria completa el 54,76% (n=23), el 73,81% (n=31) son estudiantes. Entre las complicaciones más comunes están la ruptura de membranas 33,33% (n=14) con predominio cerca de término, las infecciones del tracto urinario (cistitis) 30.95% (n=13) especialmente cistitis y la Amenaza de parto pre término el 11,90% (n=5). La complicación relacionada con el grupo etario se aprecia el 33,33 % (n=14) presenta ruptura prematura de membranas con el 28,57% (n=12) entre las edades de 17-19 años. Conclusiones: El embarazo en la

adolescencia es un problema y un factor importante que se debería tener en cuenta para disminuir las complicaciones maternas fetales. (13)

El estudio realizado en México. **Suriano PG.** (Tesis para el título profesional). Universidad de ciencias y artes de Chiapas. *Peso ganado de la embarazada adolescente y relación con el peso de su neonato, 2017.* El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario. La muestra del estudio fue todas las adolescentes que acudan al hospital de la mujer Dr. Rafael Pascasio Gamboa, para la atención del trabajo de parto y como resultados: Más del 60% de las madres adolescentes tuvieron un peso normal; de ellas, más del 40% de los recién nacidos ganaron peso adecuado, seguido de niños con bajo peso y un porcentaje menor fue macrosomía. De las 9 madres adolescentes que obtuvieron bajo peso durante la gestación, el 12% de los recién nacidos registraron peso adecuado, el resto tuvo bajo peso. De las 8 madres adolescentes con exceso de peso durante la gestación, el 12% de los recién nacidos nacieron con peso adecuado, y un porcentaje menor presentó bajo peso y macrosomía. Se encontró un porcentaje

más alto (33%) de niños con bajo peso nacidos de madres que tuvieron una ganancia deficiente de peso, comparado con el grupo de mujeres que tuvieron una ganancia de peso adecuado en la gestación, el cual fue de 27%. Sin embargo, cerca del 30% presentó bajo peso, y una frecuencia menor tuvo macrosomía. Conclusiones: El 60% de las madres adolescentes lograron un peso adecuado, de ellas el 42% de los neonatos consiguieron un peso adecuado, sin embargo, también hubieron madres adolescentes con bajo y exceso de peso; se observó que la mayoría de los neonatos de ellas tuvieron peso adecuado al nacer; no obstante, de igual manera hubieron neonatos con bajo peso y macrosomicos en menor porcentaje en estas mismas madres. (14)

El estudio realizado en Ecuador. **Merizal MC.** (Tesis para el título profesional). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. *Prevalencia de complicaciones en el embarazo en adolescentes en el Hospital Cantonal El Empalme durante enero de 2013 a enero de 2014-2015.* El instrumento de recolección de datos fueron los datos maternos y perinatales de todas las mujeres adolescentes embarazadas. La muestra

del estudio fueron 234 adolescentes embarazadas quienes cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión y como resultados: Se encontraron un total de 270 pacientes de las cuales, 234 cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión. La edad materna promedio estuvo entre los 15,9  $\pm$  1.2 años, siendo la edad de 17 años la más frecuente (47%). Se encontraron 50 pacientes en las que se reportó alguna complicación lo que representa una prevalencia de 25,6% entre las pacientes adolescentes. Conclusiones: Las estrategias de prevención implementadas deben ser reestructuradas, ampliadas y más agresivas para disminuir de manera radical el embarazo adolescente, que convierten tanto a la madre como al neonato en individuos de riesgo vital.

(15)

### **2.1.1. A NIVEL NACIONAL**

El estudio realizado en Lima, Perú. **Okumura, JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta TP.** *Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, 2018.* El instrumento de recolección de datos fue estudio de cohorte retrospectiva y la muestra del estudio de 67.693 gestantes

atendidas en el período 2000-2010. Resultados: se encontró mayor riesgo de cesárea e infección puerperal en las adolescentes menores de 15 años, así como mayor riesgo de episiotomía en las adolescentes tardías. Asimismo, se identificó un menor riesgo del embarazo adolescente para preeclampsia, hemorragia de la 2da mitad del embarazo, ruptura prematura de membranas), amenaza de parto pre término y desgarro vaginal. Conclusiones: El embarazo se comporta como factor de riesgo para ciertas complicaciones obstétricas en la población adolescente, especialmente en las adolescentes tempranas (<15 años) que con las tardías (15 a 19 años). (16)

El estudio realizado en Huancayo, Perú. **Aguirre HE, Velásquez QS.** (Tesis para el título profesional). Universidad Privada de Huancayo. *Nivel de conocimiento sobre embarazo, prevención y consecuencias en gestantes adolescentes que acudieron al hospital Regional docente materno infantil El Carmen De Huancayo, 2016.* El instrumento de recolección de datos fue por ex post facto, cuestionario para recolectar datos, que consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. La muestra del estudio fue ex 60 adolescentes y como resultados: El nivel de

conocimiento sobre embarazo es del 97% conocen; el nivel de conocimiento sobre prevención de embarazo es del 77% conocen, el nivel de conocimiento sobre consecuencias del embarazo es del 95% conocen y el nivel de conocimiento del embarazo en general es del 98% Conclusiones: El nivel de conocimiento es alto con respecto al nivel de conocimiento, prevención y consecuencias del embarazo en adolescentes. (17)

El estudio realizado en Lima, Perú. **Pinzas EH.** (Tesis para el título profesional). Universidad Ricardo Palma. *Complicaciones Obstétricas En Gestantes Adolescentes Atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 - 2016.* El instrumento de recolección de datos fue el uso de las historias clínicas del departamento de estadística y se utilizó un formulario que fue llenado por el Investigador. La muestra del estudio fueron las historias clínicas completas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el periodo de enero a octubre del año 2015. Y como 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% presento Desproporción feto Pélvica. El 30% presento Distocia Funicular, el 18% presento Sufrimiento fetal Agudo. Conclusiones: El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en la población de las zonas rurales, convivientes y con una instrucción de secundaria completa. La complicación que más se presenta es la Desproporción feto pélvica y el procedimiento más utilizado es la cesárea. (18)

El estudio realizado en Piura, Perú. **Encalada BS.** (Tesis para el título profesional). Universidad Privada Antenor Orrego. *Asociación entre Parto Pre término y embarazo adolescente en el Hospital III Es Salud José Cayetano Heredia, Piura, Enero- Diciembre 2017.* El instrumento de recolección de datos fue una ficha recolección de datos considerando todas las variables estudiadas. La muestra del estudio fue del total 1858 gestantes atendidas, se incluyeron 1828 que cumplieron con los criterios de selección. Dividiéndose 227 adolescentes y 1601 adultas. Y como resultados: De las 1828 gestantes, 509 presentaron parto pre término lo que representa una

incidencia de 27,8%. Las adolescentes representaron un 14,3% y 11,7% en el grupo de casos y en el de controles respectivamente. En el análisis bivariado, solo se encontraron dos características significativas; la edad materna y la paridad. Conclusiones: El embarazo en la adolescencia incrementa dos veces el riesgo de presentar parto pre término. La incidencia de embarazo adolescente en el estudio guarda relación con la evidencia nacional. La incidencia de parto pre término supera largamente las cifras reportadas a nivel nacional e internacionales. (19)

El estudio realizado en Lima, Perú. **Flores RJ.** (Tesis para el título profesional). Universidad Ricardo Palma. *Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital San José de Enero a Diciembre del 2016.* El instrumento de recolección de datos fue la técnica de muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia mediante el cual se recopiló los datos de 200 historias clínicas, obteniendo 150 controles y 50 casos. Resultados: Se halla que pertenecer al sexo femenino implica 1,38 más posibilidades de tener bajo peso al nacimiento en comparación a pertenecer al sexo masculino. Sin embargo, esto resulta no ser estadísticamente significativo (valor p

>0.05). Respecto al antecedente de madre adolescente, se halló que existe 5,06 veces más probabilidades de presentar bajo peso al nacer si se cuenta con este antecedente, relación la cual es considerada estadísticamente significativa (chi cuadrado con  $p < 0.05$ ). Referente al antecedente de controles prenatales insuficientes, se halló que existe 5,06 veces más probabilidades de presentar bajo peso al nacer si se cuenta con este antecedente, relación la cual es considerada estadísticamente significativa (chi cuadrado con  $p < 0.05$ ). Conclusiones: Tanto el antecedente de madre adolescente, como los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo para presentar bajo peso al nacer. No obstante, no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo del recién nacido y el desarrollo de bajo peso al nacimiento en este estudio. (20)

El estudio realizado en Loreto, Perú. **Pasquel SS. Tenazoa UK.** (Tesis para el título profesional). *Embarazo precoz y Complicaciones Maternas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Punchana, 2014-2015.* El instrumento de recolección de datos fue la entrevista, los instrumentos fueron: La historia clínica, la lista de chequeo y el cuestionario sobre la

condición del embarazo. La muestra del estudio estuvo conformada por 116 gestantes adolescentes. Resultados: La edad promedio de las adolescentes es 13,5 años con una desviación estándar de 1.367, el 29.3% de ellas presentaron Anemia, el 78,4% tuvieron un embarazo no deseado, el 69.8% tuvieron complicaciones durante el embarazo. Al asociar el embarazo precoz y las complicaciones maternas, se encontró que el 58,6% tuvieron embarazo no deseado y presentaron complicaciones durante el embarazo, es decir existe relación estadísticamente significativa  $p = 0.028$ . Conclusiones: Las complicaciones durante el embarazo en gestantes adolescentes, son: El 29,3% de ellas presentaron anemia y el 20,7% presentó preclamsia. Y las complicaciones maternas en las gestantes adolescentes son: el 69,8 tuvieron complicaciones durante el embarazo y el 30,2% (35) de las adolescentes no presentaron complicaciones durante el embarazo. (21)

El estudio realizado en Trujillo, Perú. **Ríos CC.** (Tesis para el título profesional). Universidad nacional de Trujillo. Morbi-mortalidad en *Adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echegaray. IV Es Salud. Trujillo, 2016.* El instrumento de recolección de datos fue a través de historias clínicas gestionadas del Servicio

de Gineco-Obstetricia. La muestra del estudio fue todas las adolescentes gestantes atendidas en el periodo descrito. Resultados: Se atendieron 299 adolescentes embarazadas (2013), con una incidencia de 8,88 y 290 (2014), cuya incidencia disminuyó a 7,51. Edad promedio: 17,10+ - 1,48 años, nulíparas 274(94,48%), secundaria incompleta 179(62%). Edad gestacional: 38,51 + - 2,18 semanas. Control prenatal: 3,41 + - 1,75. Desconocimiento de MAC, (94,83%), y no uso, (97,93%). Agresión física y violación sexual por extraños: 6(1,34 %). Malformaciones fetales: Gastrosquisis 2(0,67%), Hernia diafragmática 1(0,33%) (2013) y Atresia duodenal 1(0,34%) (2014). Morbilidad en adolescentes embarazadas predominaron: Estrechez pélvica, (17,34%); RPM, (17,55%); Pre-eclampsia severa, (11,7%); Sufrimiento fetal agudo, (9,57%). Complicación severa: Ruptura uterina con Anemia severa: 1 (0,58%) (2013). No hubo Mortalidad materna. Mortalidad fetal (óbito fetal): 1(0,33%) (2013) y 4(1,37%) (2014). Conclusiones: las morbilidades en adolescentes embarazadas son: estrechez pélvica, (17,34%), RPM, (17,55%); pre-eclampsia severa, (11,7). Nivel socio-cultural bajo. Violación sexual por extraños, (1,34%). Consumieron droga, (2%). Parto vaginal, (58,28%) y Cesárea, (41,38%). Mortalidad fetal, (1,37%). (22)

El estudio realizado en Madre de Dios, Perú. **Garcia MM.** (Tesis para el título profesional). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. *Complicaciones Obstétricas En Gestantes Adolescentes Atendidas En El Hospital Santa Rosa De Puerto Maldonado, 2016.*

El instrumento de recolección de datos fue una ficha recolección de datos considerando todas las variables estudiadas. La muestra del estudio fue del total 245 gestantes atendidas. Resultados: las frecuencias 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%). Y 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. Conclusiones: las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas; pero sí existe una relación con las características obstétricas que fueron: 1) tipo de parto, 2) edad gestacional encontrándose una diferencia significativa. (23)

### **2.1.2. A NIVEL LOCAL/ REGIONAL**

No se encontraron antecedentes a nivel local/regional.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. ADOLESCENCIA:**

#### **2.2.1.1. DEFINICIÓN**

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. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (25)

La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños. En las niñas se inicia,

como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años. Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. (26)

Otras definiciones sobre el concepto adolescencia: (27)

<p><b>Teoría psicoanalítica de Freud.</b></p>	<p>La adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado, un cambio en los lazos</p>
---	---

	afectivos hacia nuevos objetos amorosos.
<b>Teoría de la adolescencia de Erikson.</b>	Es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.
<b>Escuela de Ginebra. Piaget.</b>	Señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas.
<b>Teoría de Elkind.</b>	Habla de dos aspectos de ese egocentrismo adolescente: “la audiencia imaginaria”, que es la obsesión que tiene el adolescente por la imagen que los demás poseen

	de él, y la creencia de que todo el mundo le está observando; y “la fábula personal” que es la tendencia a considerar sus experiencias como únicas e irrepetibles.
<b>Teoría focal de Coleman.</b>	Toma a la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacerlos frente y resolver tantos conflictos sin saturarse.

El desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición de botón mamario. El tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos cuatro años, pero puede variar entre 1,5 a ocho años. La menarquia ocurre en el 56% de las niñas en el estadio cuarto de Tanner y en el 20% en el tercer estadio. Actualmente, la edad media de la menarquia está en los 12,4 años.

### Adolescencia temprana (11-13 años)

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner.

### Adolescencia media (14-17 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal.

### Adolescencia tardía (17-21 años)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros.

(28)

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión

sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). (25)

## **2.2.2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:**

### **2.2.2.1. DEFINICION**

Según la OMS el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”. (29)

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones como biológicas, psicológicas y sociales. Dichos cambios no acontecen de manera simultánea, siendo la capacidad reproductiva el primer evento que sucede. Son funciones de la edad adulta, la maternidad y la paternidad, caracterizado por la asincronía en la maduración de los diferentes aspectos biológico, psíquico y social, una

adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido las tareas del adolescente para llegar a la adultez. (30)

Los porcentajes varían notablemente según se trate de adolescentes pobres o no pobres, urbanas o rurales, y según región natural (en la selva supera el doble del promedio nacional), lo que las limita para aprovechar sus escasas oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y familiar en sus transiciones hacia la vida adulta. (31)

Además es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años.(29)

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia, dando como resultado la aparición de grandes riesgos y complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia severa, amenaza de aborto, parto prematuro o inmaduro, hipertensión inducida por el propio

embarazo, placenta previa, incompetencia cervical e infecciones, entre otras. Con respecto a la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, desarrollo biológico deficiente, entre otros.

El riesgo existe en doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más. Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. (30)

### **Sexualidad en la adolescencia:**

La sexualidad está presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio

cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien te gusta.  
(30)

#### **2.2.2.2. COMPLICACIONES EN GESTANTE ADOLESCENTE.**

Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, periodos del parto afectando al binomio madre e hijo.

Por tal motivo, el embarazo adolescente trae como consecuencia la aparición de diversas enfermedades, según los periodos del embarazo:

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

- **Del parto:** Trabajo de parto prolongado, partos operatorios (instrumentados o cesárea), desgarros vaginales o cervicales y hemorragias.
- **Del puerperio:** Endometritis, abscesos de pared, anemia, sepsis, mastitis, entre otras.

Pero con mayor tasa de mortalidad en la gestación adolescente se describen:

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Pre eclampsia y eclampsia
- Escasa ganancia de peso
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción céfalo pélvica
- Cesárea

Sin embargo, en aquellas adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, endometritis puerperal, hemorragia puerperal. Para el recién nacido, bajo peso al nacer, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia neonatal), neonato con apgar bajo al minuto, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, muerte neonatal y perinatal. (32)

#### **A. AMENAZA DE ABORTO**

Presencia de metrorragias y/o contracciones uterinas más o menos dolorosas en una gestación intrauterina, antes de las 22 semanas, y sin presencia de modificaciones cervicales.

Especuloscopía: valorar el canal vaginal y cérvix uterino y observar de donde proviene el sangrado, sea de genitales internos o de una patología del canal vaginal o cérvix uterino.

Solicitar ecografía: precisar viabilidad embrionaria o fetal, características del saco gestacional y del corion frondoso, realizar medidas tanto del saco gestacional como del embrión y/o feto, descartar otras patologías. (33)

## **B. ABORTO:**

Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal<sup>20</sup>, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm. (32)

### ✓ Aborto en curso

El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico: orificio cervical interno permeable, membranas íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación, las membranas se rompen convirtiéndose en este momento en un aborto inevitable.

### ✓ Aborto Retenido-Frustrado

El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en útero sin expulsión de restos ovulares. El útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen, los hallazgos ecográficos corroboran el diagnóstico. Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un período de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado.

✓ Aborto Incompleto

Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado.

✓ Aborto completo

Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares

✓ Aborto séptico

Cuando en un aborto (incompleto, frustrado, etc.), se presenta fiebre de 38 grados o más y/o sangrado con mal olor.

**Complicaciones:**

- Anemia aguda
- Hemorragia y shock hipovolémico
- Septicemia
- La perforación uterina, laceración cervical, remoción incompleta del feto o restos
- placentarios e infección se incrementan.
- Muerte materna. (36)

## **C. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO**

Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 3 cm. (35)

### **Parto pretérmino**

Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días).

### **Factores de riesgo asociado Maternos**

- Bajo nivel socioeconómico
- Edad menor de 15 o mayor de 40 años
- Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
- Peso pregravídico menor de 40 Kg
- Menor de 4 controles prenatales
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Analfabetismo
- Narco adicción
- Infección

## **D. PARTO PRETÉRMINO**

Culminación de la gestación entre las 20 y 37 semanas de amenorrea confiable y calculadas a partir del primer día de la fecha de la última menstruación y cuyos recién nacidos tienen entre 500 y 2499 gr de peso al nacer. (34)

### **Factores Maternos.**

- Bajo nivel socioeconómico (OMS: 90% de partos prematuros en países subdesarrollados).
- Embarazo Gemelar (RR: 9).
- Edad materna menor a 15 años (RR: 4,9).
- Hábito de fumar mayor a 15 cigarrillos al día (RR: 2,5).
- Menos de 4 Controles Prenatales (RR: 2,4).
- Peso pregestacional menor a 40 Kg. (RR: 2,4).
- Primer Control Prenatal en el Tercer Trimestre (RR:2).
- Analfabetismo (RR: 1,6).
- Narcoadicción (incidencia 32%).
- Infecciones Cervico-Vaginales.

### **Complicaciones**

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Trastornos metabólicos

- Hipotermia
- Trauma obstétrica
- Enterocolitis necrotizante

### **Secuelas**

- Trastornos del crecimiento y desarrollo
- Retinopatía de la prematuridad

## **E. ROTURA PREMATURA DE MENBRANAS**

Rotura espontánea de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.

RPM Prolongado: Ruptura prematura de membranas de más de 24 horas. Si la ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM). Esto se puede subdividir según la edad gestacional en tres grupos. (36)

- RPPM cerca del término, que son aquellas pacientes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas.
- RPPM lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas.

- RPPM pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad.

### **Factores de riesgo:**

- Infección del corion/decidua.
- Disminución del contenido de colágeno en las membranas.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Enfermedades adquiridas por transmisión sexual.
- Enfermedades pulmonares durante el embarazo.
- Bajo índice de masa corporal.
- Deficiente suplementación con Vitamina C y E.

### **Complicaciones Maternas:**

- Infección intra-amniótica, puede ocurrir entre 13 y 60%  
9,27. Es mayor a menor edad gestacional, además aumenta con los exámenes vaginales.
- Desprendimiento prematuro de placenta, puede presentarse entre 4-12%.
- Infección post parto, puede ocurrir entre 2 y 13%.

### **Complicaciones Fetales:**

- El gran riesgo fetal para los recién nacidos es la prematuridad y la prematuridad significa posibilidad de síndrome de membrana hialina (problemas respiratorios), enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, Sepsis y muerte neonatal. Por lo tanto son estos los verdaderos riesgos fetales de la RPPM lejos del término.

## **F. DEPROPORCIÓN CEFALO PÉLVICA**

Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico.

Se denomina pelvis estrecho cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal. (34)

### **Complicaciones Maternas**

- Hemorragias por desgarros cervicales
- Ruptura uterina
- Lesión de partes blandas

## Complicaciones Neonatales

- Asfixia
- Trauma obstétrico

### G. DESGARRO PERINEAL

Se define como las laceraciones del canal de parto, esta complicación está dada principalmente por una estrechez del canal blando y se clasifica como: (36)

1º grado	Lesión de piel perineal		
2º grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3º grado		3a	Lesión del esfínter externo <50% grosor
		3b	Lesión del esfínter externo >50% grosor
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

## H. INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

Consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario.

### **Bacteriuria Asintomática**

Presencia de bacteriuria significativa en una mujer sin síntomas de infección del tracto urinario. Urocultivo con presencia de más de 100,000 UFC/ml de orina de un solo uropatógeno en una muestra obtenida por micción limpia.

Según su localización:

**Cistitis:** Presencia de síntomas de la parte baja de las vías urinarias con bacteriuria significativa en un urocultivo.

**Piel nefritis aguda:** Infección de la vía excretoria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones y que suele presentarse en el último trimestre de gestación y es casi siempre secundario a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o no tratada correctamente y que presenta signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente. (37)

### Factores de riesgo asociados

- Estado socioeconómico bajo,
- Hemoglobina drepanocítica (Drepanocitemia),
- Antecedente pregestacional de infección del tracto urinario,
- Diabetes Mellitus y diabetes gestacional,
- Vejiga neurógena, cálculos renal o uretral,
- Multiparidad,
- Inmunodeficiencia

### I. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA GESTACIONAL

Gestante hipertensa: gestante a quien se haya encontrado PA sistólica  $\geq 140$  mm Hg ó PA diastólica  $\geq 90$  mm Hg , tomada en por lo menos dos oportunidades con un intervalo mínimo de 4 horas, sentada y en reposo 1,2,5. En casos que la PA diastólica sea  $\geq 110$  mm Hg no sería necesario repetir la toma para confirmar el diagnóstico.

**Proteinuria:** Es definida como dosaje de proteínas en orina de 24 horas de 300 mg o más.

Sospecha de Proteinuria: Presencia de proteínas en 1 + al usar tira reactiva o ácido sulfosalicílico (ASS) en orina tomada al azar. (35)

Clasificación de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo:

- **Hipertensión Gestacional:** Elevación de la presión arterial, en ausencia de proteinuria, encontrados en una gestante después de las 22 semanas de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio.
  
- **Preeclampsia:** trastorno de la gestación que se presenta después de las 22 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial, asociada a proteinuria. Esta se puede subclasificar en:
  - **Preeclampsia leve:** Es aquella que presenta una presión arterial sistólica < 160 mm Hg y diastólica < 110 mm Hg, con ausencia de daño de órgano blanco (criterios de severidad) 2. Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de ácido sulfosalicílico).

- **Preeclampsia severa:** Es aquella Preeclampsia asociada a presión arterial sistólica  $\geq$  160 mm Hg ó diastólica  $\geq$  110 mm Hg, ó a evidencias de daño en órganos blanco<sup>2</sup>. Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico). Compromiso de órganos que si se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de coagulación, ascitis.
  
- **Hipertensión Crónica:** cuando la presencia de hipertensión arterial es diagnosticada previa al embarazo o antes de las 22 semanas de gestación. También se la considera en pacientes que no tuvieron control prenatal, cuando los valores de presión arterial no se controlan pasadas las 12 semanas del parto.
  
- **Hipertensión Crónica** más Preeclampsia sobre agregada: Son pacientes con hipertensión crónica, quienes luego de las 22 semanas de gestación presentan proteinuria, o elevación marcada de la presión arterial en

relación a sus valores basales, y/o compromiso de órgano blanco producido por preeclampsia.

Complicaciones serias de la Preeclampsia:

- **Eclampsia:** Complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones tónico - clónicas generalizadas 1,2.
- **Síndrome HELLP:** Complicación aguda de la preeclampsia severa.

Factores de riesgo asociados

- Hipertensión arterial crónica
- Obesidad
- Hiperlipidemias
- Diabetes mellitus
- Embarazos múltiples
- Antecedente de enfermedad renal
- Edad materna en los extremos de la vida reproductiva (menor de 19 años o mayor a los 35 años)
- Nuliparidad
- Control prenatal inadecuado

## **Complicaciones:**

### **INTRAPARTO:**

- Infiltración músculo uterino en DPP
- Útero flácido, sin capacidad de contracción, en el post parto o post cesárea
- Ambas condiciones conducen a atonía uterina, con mayor riesgo de histerectomía.

### **MEDIATAS:**

- Mayor riesgo de infección puerperal
- Trombosis venosa profunda.

### **A LARGO TIEMPO:**

- Insuficiencia Renal Crónica
- Hipertensión Arterial crónica
- Infarto del miocardio
- Infarto cerebral

## **J. HEMORRAGIA PUERPERAL**

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal o más de 1000 cc luego de cesárea. (34)

También se define por:

- Sangrado postparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre.
- Caída del hematocrito en más del 10% y/o 2.9 gr % en la Hb.
- Pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal.

**Clasificación:**

- Hemorragia Obstétrica Masiva o Severa: Pérdida mayor de 1500c tras parto vaginal, disminución periparto en la Hemoglobina > 4g/dl o Transfusión aguda >4 Unidades de sangre 4.
- Hemorragia Postparto Primaria o Precoz (HPPP): Pérdida sanguínea dentro de las 24 horas del Parto.
- Hemorragia Postparto Secundaria o Tardía (HPPS): Pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio.

**Complicaciones:**

- Choque hipovolémico
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Insuficiencia Renal

- Insuficiencia Hepática
- Isquemia de Miocardio
- Síndrome de Dificultad Respiratoria
- Panhipopituitarismo ( Síndrome de Sheehan)
- Muerte

#### **K. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO**

Estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis 1. Los términos “SFA“ y “Fetal Distress” , debido a su imprecisión e especificidad, están siendo reemplazados por “Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal” y “ Estado Fetal No Tranquilizador”, respectivamente. (35)

#### **Factores de Riesgo Maternos**

- Anemia severa.
- Alteraciones de la contracción uterina (taquisistolia, hipersistolia, hipertonia).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo

- Hemoglobinopatías
- Prematuridad
- Sepsis

### **Complicaciones y Secuelas**

- Edema cerebral.
- Convulsiones.
- Encefalopatía neonatal.
- Parálisis cerebral (asociada o no a retardo mental):  
Cuadriplejía espástica o parálisis  
cerebral discinética.
- Muerte fetal o Neonatal

### **L. ANEMIA EN GESTANTES**

Se define la anemia durante la gestación como el hallazgo, de una hemoglobina menor de 12 gr/dl o un hematocrito inferior a 36% en la primera mitad del embarazo y menor de 11 gr/dl en la segunda mitad del embarazo.

### **2.2.2.3. CONSECUENCIAS POR UN EMBARAZO ADOLESCENTE**

#### **a) Consecuencias biológicas:**

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo.

#### **b) Consecuencias psicológicas:**

Como la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente. Y mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso de suicidios. (40)

#### **c) Consecuencias Educativas, Socio-Económicas Y Relacionales**

✓ Consecuencias educativas: el abandono de los estudios, menor rendimiento académico y el interferir

seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

- ✓ Consecuencias socio-económicas: su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que encuentre un trabajo, reducidos ingresos y la pobreza.
- ✓ Repetición del embarazo: las consecuencias de los embarazos no deseados, la falta de planificación familiar y educación sexual. (39)

**d) Consecuencias asociadas a la decisión de abortar:**

A nivel psicológico, la decisión de abortar se toma bajo presión o para evitar el rechazo social, sin que exista un verdadero convencimiento, por lo que son frecuentes los sentimientos de tristeza, de pérdida y de culpabilidad.

**2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

Se presentan los siguientes términos utilizados para efectos de este estudio.

- A. Adolescencia: Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. (25)  
Una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Comprendida entre los 12 y 17 años de edad. (40)
- B. Embarazo: Comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (41)
- C. Embarazo Adolescente: Es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. (29)

D. Complicaciones Obstétricas: Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. (42)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Se realizó una investigación cuantitativa, prospectiva, de corte transversal.

#### **3.2. Diseño de investigación**

Descriptivo no experimental.

#### **3.3. Población y muestra**

**3.3.1. Población:** Conformada por 173 gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017.

#### **3.3.2. Muestra:**

**3.3.2.1. Tamaño:** Constituida por 124 gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo parto y puerperio, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

**3.3.2.2. Tipo de Muestreo:** Muestreo no probabilístico ,la muestra de estudio se realizó a conveniencia, a criterio de la investigación.

**3.4. Unidad de análisis:** Gestante adolescente de 12-17 años de edad atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

**3.4.1. Criterios de inclusión:**

- Gestantes adolescentes entre 12-17 años de edad; según RM N° 973-2012/MINSA, Perú.
- Gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- Gestantes con historia clínica completa.

**3.4.2. Criterios de exclusión**

- Gestantes con 18 a más años de edad.
- Gestantes adolescentes con enfermedades preexistentes.
- Gestante adolescentes con antecedentes de cesárea anterior.
- Gestantes adolescentes con problemas de salud mental.

### 3.5 Operacionalización de variables

	DEFINICION	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	Forma de estratificación social en la cual un grupo de individuos comparten una característica común que los vincula social o económicamente, sea por su función productiva o "social".	Edad	Número de años de vida	Razón
		Estado civil	Soltera Conviviente Casada Divorciada	Nominal
		Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal
		Residencia	Urbana Rural	Nominal
COMPLICACIONES OBSTETRICAS	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.	Registro de la complicación obstétrica en la historia clínica. Ninguna Amenaza de aborto Aborto Amenaza de parto pre término ITU Hiperémesis gravídica Anemia DPP Pre eclampsia Eclampsia RPM Distocias de presentación DCP Expulsivo prolongado Parto prematuro Desgarros perineales Desgarros cervicales	Registro de la complicación  SI/NO	Nominal
CARACTERÍSTICAS AS	Condiciones fisiológicas, biológicas que presentan las mujeres en etapa de embarazo.	Nº de gestación	- Primigesta (primer embarazo) - Segundigesta (segundo embarazo)	Ordinal

			- Multigesta (tres a más embarazos)	
		Antecedente de aborto	SI/NO	Nominal
		Edad gestacional	- Pre término (28 a 36 semanas) - A término (37 a 40 semanas) - Post término (40 a 42 semanas)	Ordinal
		Atención prenatales	- Ninguno - Menos de 6 controles - Más de 6 controles	Nominal
		Tipo de parto	- Vaginal - Abdominal	Nominal

### 3.5. Técnicas y métodos de recolección de dato

La técnica que se empleó fue la revisión de la historia clínica. Y el instrumento en la investigación utilizado fue de una ficha de recolección de datos previamente elaborada de acuerdo a los objetivos de estudio.

Por tal motivo se presentó una solicitud al Director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para dar a conocer el trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para la revisión de historias clínicas y el acceso al servicio de gineco – obstetricia para la revisión del libro de hospitalización y el libro de partos.

Seguidamente ya concedida la autorización se procedió a ir al servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para recolección de la información del libro de hospitalización y el libro de parto para conocer las historias de las gestantes adolescentes que estuvieron hospitalizadas y que presentaron complicaciones.

Posteriormente, se procedió a buscar las historias clínicas en Admisión, ya obtenidos los números de las gestantes adolescentes que presentaron complicaciones y recolectar los datos.

Se recolectó datos de gestantes adolescentes de 12 a 17 años según los criterios técnicos y administrativos descritos por la norma técnica de salud (RM N° 973-2012/MINSA), que se aplica en todos los establecimientos de salud según el MINSA. (43). Asimismo del

boletín de salud en la Etapa de Vida Adolescente-Perú, 2012, que clasifica mencionado grupo etario de 12 a 17 años porque la etapa de vida adolescente por mucho tiempo se ha considerado, como un grupo poblacional que tiende a enfermarse poco y que acuden esporádicamente a los establecimientos de salud, lo que indica con ello sus pocas necesidades de atención de salud. (44)

Finalmente, con la información registrada se realizó la respectiva tabulación, gráfica e interpretación de los resultados con sus respectivas conclusiones.

### **3.5.1. Instrumentos y equipos**

El instrumento que se utilizó para el estudio de investigación fue la ficha de recolección de datos, que consta de tres ítems:

1. Recoger información de la gestante como edad, grado de instrucción, residencia y estado civil.

2. Características obstétricas como: número de gestaciones, antecedente de aborto, edad gestacional, control prenatal, tipo de parto.
3. Complicaciones obstétricas como: amenaza de aborto, aborto, amenaza de parto pre término, ITU, hiperémesis gravídica, anemia, DPP, pre eclampsia, eclampsia, RPM, DCP, parto prematuro, distocia de presentación, parto prolongado, cesárea, etc.

### **3.5.2. Procesamiento y análisis de datos:**

La información recopilada se ingresó en una matriz de datos y se procesó con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel versión 2010 en español y el programa SPSS version22.0 en español para Windows y se obtuvo la data completa de la muestra. Y por último se realizó la redacción e interpretación final de los resultados, tablas y figuras.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

**Tabla 1**

**Distribución según la edad de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.**

<b>EDAD</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
13	2	1,61
14	9	7,26
15	21	16,94
16	39	31,45
17	53	42,74
<b>TOTAL</b>	124	100,00

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la tabla 1, se observa que el 1,61 % tiene 13 años, el 7,26 % 14 años, el 16,94 % 15 años, el 31,45 % tiene 16 años y el 42,72% representa a las que tienen 17 años.

**Tabla 2**

**Distribución según el estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltera	47	37,90
Conviviente	77	62,10
<b>Total</b>	124	100,00

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 2, se aprecia que el 37,90 % son solteras, mientras que el 62,10 % son convivientes.

**Tabla 3**

**Distribución según el grado de instrucción de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria	7	5,65
Secundaria	117	94,35
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,00</b>

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 3, se aprecia que el 5,65 % son de primaria, mientras que el 94,35 % de nivel secundario.

**Tabla 4**

**Distribución según la residencia de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2017.**

<b>RESIDENCIA</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Urbano	116	93,55
Rural	8	6,45
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,00</b>

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 4, se observa que el 93,55 % residen en la zona urbana y el 6,45 % en la zona rural.

**Tabla 5**

**Número de gestaciones de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2017.**

<b>N° de gestaciones</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primigesta	110	88,71
Segundigesta	12	9,68
Multigesta	2	1,61
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,00</b>

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 5, se observa que el 88,71 % son primigestas, es decir que es su primer embarazo, el 9,68 % son segundigestas, y el 1,61 % son multigestas.

**Tabla 6**

**Antecedentes de aborto de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2017.**

<b>Antecedentes de aborto</b>	<b>PACIENTES</b>	
	N°	%
No tuvo	117	94,35
Si tuvo	7	5,65
<b>Total</b>	124	100,00

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 6, se observa que el 94,35 % no tuvieron antecedentes de parto, mientras que el 5,65% si tuvieron antecedentes de aborto.

**Tabla 7**

**Edad gestacional de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2017.**

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>PACIENTES</b>	
	N°	%
Pre término	9	7,26
A término	112	90,32
Post término	3	2,42
<b>Total</b>	124	100,00

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 7, se aprecia que el 90,32 % su gestación fue a término, mientras que el 7,26 % fue pre término y el 2,42 % post término.

**Tabla 8**

**Número de atenciones prenatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2017.**

<b>N° DE CONTROLES PRENATALES</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguno	14	11,29
< de 6 controles	34	27,42
≥ de 6 controles	76	61,29
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,00</b>

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 8, se observa que el 61,29 % tuvieron o más de 6 controles, el 27,42 % menos de 6 controles y por último el 11,29 % no tuvieron ningún control prenatal durante su gestación.

**Tabla 9**

**Tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2017.**

TIPO DE PARTO	PACIENTES	
	N°	%
Vaginal	57	45,97
Abdominal	67	54,03
Total	124	100,00

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 9, se observa que el 45,97 % culminó su parto por vía vaginal, mientras que el 54,03 % culminó por vía abdominal.

**Tabla 10**

**Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2017.**

<b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b>	<b>PACIENTES</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Aborto</b>	7	5,65
Amenaza de parto pre término	4	3,23
ITU	49	39,52
Hiperémesis Gravídica	4	3,23
Anemia	33	26,61
RPM	2	1,61
DCP	4	3,23
Embarazo prolongado	3	2,42
Parto prolongado	6	4,84
Otros	12	9,68
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,00</b>

Fuente: SIP del departamento de gineco-obstetricia

En la Tabla 10, se observa que el 39,52 % presentó infección de tracto urinario convirtiéndose en la complicación obstétrica más frecuente, en segundo lugar, la anemia 26,61 %, en tercer lugar el 5,65 % pertenece a aborto, en cuarto lugar el 4,48 % el parto prolongado, el 3,23 % pertenece a la amenaza de parto pre término, de la misma manera hiperémesis gravídica y desproporción céfalo pélvica, el embarazo prolongado con el 2,42 %.

Con menor frecuencia se encuentran las siguientes patologías, representada por el 1,6 % pre eclampsia, de igual manera eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, amenaza de aborto y distocia de presentación; asimismo el 0,8% pertenece a desgarro cervical y parto precipitado.

## DISCUSIÓN

La presente investigación permitió identificar las características sociodemográficas, obstétricas en las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

Según la OMS, 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años y un millón de menores de 15 años dan a luz cada año en los países con ingreso bajo o medio. (39).

Se encontró en esta investigación que las edades promedio fueron el 31,45 % son las gestantes que tienen 16 años y el 42,72% representa a las gestantes que tienen 17 años.

Según Blanquet la adolescente embarazada tiene cuatro veces mayor riesgo de muerte cuando es menor de 16 años, además de otros problemas de salud con resultado perinatal adverso como: anemia, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, hemorragia posparto y depresión. (45)

Por consiguiente, según ENDES; demostraron que conforme transcurren los años las gestantes adolescentes están aumentando, el

13,6% de las adolescentes se encuentran entre los 15 a 19 años y el 3,0% están entre los 15 años y el 28,7% en la edad de 19 años. (46)

Datos similares respecto al grado de instrucción, los encontró Osorio que en su investigación encontró que las adolescentes evaluadas el 75% tiene grado secundario, el 90% están entre la edad de 14 a 19 años, el 80% no planifica su embarazo, el 64% viene de familias desintegradas. (47)

El grado de instrucción más representativa fue el 94,35 % nivel secundario y el 5,65 % al nivel primario. El estado civil correspondió al 62,10 % condición de conviviente y el 37,90 % a la de soltera. Además, que el 93,55 % de las pacientes pertenecen a la zona urbana y el 6,45 % a la de la zona rural.

El bajo nivel socioeconómico y vivir en zonas de marginación, situación observada en las adolescentes del estudio, se han descrito como factores de riesgo asociados con el embarazo, según el estudio de Rosales. (48)

En el presente estudio las gestantes adolescentes presentan las siguientes características obstétricas: el 88,71 % de las pacientes son primigestas. Además se observa que el 94,35 % de las pacientes no tuvieron antecedentes de parto y el 90,32 % su gestación fue a término.

Además, se observa que el 61,29 % representa a las gestantes que tuvieron o más de 6 controles y el 27,42 % corresponde a las gestantes con menos de 6 controles. Y la vía de parto en su mayoría fue representada por el 54,03 % correspondiente a la vía abdominal e inferior a ella, el 45,97 % de las pacientes culminó su parto por vía vaginal.

Según el estudio de Blanquet, el producto tiene un riesgo 50% mayor para muerte neonatal temprana con altas tasas de bajo peso al nacer y parto pre término. (45)

Según Ganchimeg, las razones de este riesgo se deben por igual al mal control prenatal o ausencia del mismo, como se señaló previamente, y a factores fisiológicos propios de las adolescentes, tales como una menor longitud del cérvix e inestabilidad en el pH vaginal por la inmadurez, situación que predispone a mayores infecciones a este nivel. (49)

Las complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes más frecuente fueron: el 39,52% presentó infección del tracto urinario, en segundo lugar, la anemia 26,61 %, en tercer lugar, con un 5,65 % amenaza de parto pre término.

Los datos de Peña muestran que las adolescentes tuvieron una edad media de 17,5 años. El 65,5% fue conviviente y el 82,4% con estudios

secundarios concluidos. Las patologías del embarazo más frecuentes fueron la infección del tracto urinario y la anemia. (50)

Según el estudio de Ordoñez las complicaciones más comunes están la ruptura de membranas 33,33% con predominio cerca de término, las infecciones del tracto urinario (cistitis) 30.95%, especialmente cistitis y la Amenaza de parto pretérmino el 11,90%. La complicación relacionada con el grupo etario se aprecia el 33.33 % presenta ruptura prematura de membranas con el 28,57% entre las edades de 17-19 años. (51)

Los datos dados por OMS, demuestran que a menor edad de presentación del embarazo en adolescentes, la tasa de morbilidad es mayor y se estima un riesgo cuatro veces mayor de muerte materna en las adolescentes menores de 16 años con tasa de muerte neonatal de 50% respecto a las del grupo de 20 a 30 años. (52)

## CONCLUSIONES

- ✓ Las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017, presentaron las siguientes características sociodemográficas: el 31,45 % tiene 16 años y el 42,72% tiene 17 años. El 62,10 % son convivientes y el 37,90 % son solteras. El 94,35 % tienen un nivel de instrucción secundario y el 5,65 pertenece a primaria, además el 93,55 % pertenece a la zona urbana y el 6,45 % a la rural.
- ✓ Las gestantes adolescentes presentaron las siguientes características obstétricas: el 88,71 % son primigestas y se observa que el 94,35 % no tuvieron antecedentes de parto y el 90,32 % de su gestación fue a término. El 61,29 % de gestantes tuvieron 6 controles a más y el 27,42 % menos de 6 controles. La vía de parto en su mayoría correspondió a la abdominal 54,03 % y el 45,97 % culminó su parto por vía vaginal.
- ✓ Las complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes más frecuente fueron: infección del tracto urinario con el 39,52 % , en segundo lugar la anemia 26,61 % y en tercer lugar aborto 5,65 %

## RECOMENDACIONES

- ✓ La atención del profesional de obstetricia, debe empezar por la atención en los establecimientos de salud del primer nivel para abarcar los consultorios de salud, específicamente los de materno, realizando actividades educativas preventivas promocionales, y que el profesional de Obstetricia dará consejería y sesiones demostrativas enfocadas en los temas: alimentación saludable, planificación familiar, etc. Para lograr concientizar a las adolescentes sobre los riesgos y complicaciones que conlleva el embarazo y la importancia de la calidad de vida en el embarazo, alimentación y su salubridad.
- ✓ Dada la frecuencia de embarazos durante la adolescencia, se deben diseñar estrategias que permitan la prevención de un manejo obstétrico exclusivo para el adolescente, con fin del control y seguimiento del embarazo, justamente para evitar las mencionadas complicaciones, empezando por una atención prenatal de calidad, reenfocada y oportuna, obteniéndose un gran avance con la atención en el primer trimestre del embarazo, al cumplir con los exámenes completos, suplementación de

nutrientes, etc. Con finalidad de detectar patologías e interferir para su recuperación.

- ✓ Capacitar al profesional de Obstetricia, generar más plazas para el seguimiento de las gestantes adolescentes con complicaciones, exclusivamente para las visitas domiciliarias, ya que no solo se lograría tener un minucioso control, si no, el proporcionar educación integral para los miembros de la familia y comunidad; ya que la educación es la mejor herramienta de prevención, así evitar la morbilidad y mortalidad materna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Otros determinantes de la Fecundidad Perú, 2015.
- 2) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Fecundidad. Perú. 2015
- 3) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú: Fecundidad Adolescente. Perú, 2016.
- 4) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Estado de la niñez y adolescencia. Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre, Perú. 2017.
- 5) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Mortalidad infantil y en la niñez. Perú, 2015.
- 6) García CL y Toribio JK. Complicaciones obstétricas en adolescentes que asistieron al hospital Humberto Alvarado Vásquez en el periodo de enero 2012 a diciembre 2013, 2015. Tesis para el título profesional). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. 2015.

- 7) Amílcar CC. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013. Tesis para el título profesional. Universidad Rafael Landívar, Guatemala. 2016.
- 8) Gonzales A, Ramírez I, Vallares R. Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 2016.
- 9) Morales AT. Nivel de conocimiento Sobre Pre eclampsia en adolescentes embarazadas. Tesis para el título profesional. Universidad de Veracruzana, México, 2014.
- 10)Roque VL. Complicaciones Obstétricas asociadas al embarazo en la Adolescencia. Tesis para obtener el postgrado en la especialidad de Ginecobstetricia. Universidad de Veracruzana, México, 2011.
- 11)Morales CG. Prevalencia de pre eclampsia en adolescentes y protocolo para prevención. Tesis para el título profesional. Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2013.
- 12)Martínez GG. Complicaciones Obstétricas y resultados perinatales adversos en pacientes adolescentes en el centro médico Issemym Ecatepe. Tesis para obtener el postgrado en la especialidad de

Ginec obstetricia. Universidad Autónoma del estado de México, 2014.

- 13) Ordoñez OM. Complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paul de Pasaje, El Oro. Tesis para el título profesional. Universidad Nacional de Loja. Ecuador, 2017.
- 14) Suriano PG. Peso ganado de la embarazada adolescente y relación con el peso de su neonato. Tesis para el título profesional. Universidad de ciencias y artes de Chiapas. México, 2017.
- 15) Merizal MC. Prevalencia de complicaciones en el embarazo en adolescentes en el Hospital Cantonal El Empalme durante Enero de 2013 a Enero de 2014. Tesis para el título profesional. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador, 2015.
- 16) Okumura, JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta TP. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima. Perú 2018.
- 17) Aguirre HE, Velásquez QS. Nivel de conocimiento sobre embarazo, prevención y consecuencias en gestantes adolescentes que acudieron al hospital Regional docente materno infantil El Carmen De Huancayo. Tesis para el título profesional. Universidad Privada de Huancayo. Perú, 2016.

- 18) Pinzas EH. Complicaciones Obstétricas En Gestantes Adolescentes Atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015. Tesis para el título profesional. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú, 2016.
- 19) Encalada BS. Asociación entre Parto Pre término y embarazo adolescente en el Hospital III Es Salud José Cayetano Heredia, Piura, Enero- Diciembre 2017. Tesis para el título profesional. Universidad Privada Antenor Orrego. Piura, Perú, 2018.
- 20) Flores RJ. Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital San José de Enero a Diciembre del 2016. Tesis para el título profesional. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú, 2018.
- 21) Pasquel SS. Tenazoa UK. Embarazo precoz y Complicaciones Maternas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014. Tesis para el título profesional .Universidad Peruana del Oriente. Loreto, Perú 2015.
- 22) Ríos CC. Morbi-mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Víctor Lazarte Echeagaray. IV Es Salud. Tesis para el título profesional. Universidad nacional de Trujillo. Perú, 2016.
- 23) García MM. Complicaciones Obstétricas En Gestantes Adolescentes Atendidas En El Hospital Santa Rosa De Puerto

- Maldonado. Tesis para optar el título profesional. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna. Perú, 2016.
- 24) Organización mundial de la salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Suiza.
- 25) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) La adolescencia una época de oportunidades. Nueva York, EEUU. 2011. ISBN: 978-92-806-4557-6
- 26) Lozano VA. Teoría de teorías sobre la Adolescencia. Universidad de Oviedo. España, 2014.
- 27) Casas RJ, Ceñal GM. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Unidad de Medicina del Adolescente. Hospital de Móstoles. Madrid, 2005. Pag: 20-24.
- 28) Organización mundial de la salud. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N°364. Suiza, 2014
- 29) Blázquez MM. Embarazo Adolescente. Investigadora del instituto de ciencias de la salud. Universidad Veracruzana revista electrónica medicina, salud y sociedad. Bolivia, 2012. Vol. 3 N°1 ISSN 2007-2007.
- 30) Mendoza W, Gracia S. Embarazo Adolescente En El Perú: Situación Actual E Implicancias Para Las Políticas Públicas. Rev Perú Medica Exp Salud Pública. Perú, 2013. 30(3): 471-9.

- 31)Poma M. Factores de riesgo maternos perinatales asociados a la gestión en adolescentes y las de edad avanzada en el hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo. Perú, 2014.
- 32)Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. MINSA. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú, 2010.
- 33)Chumbe RO. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas. Ministerio de Salud Hospital María Auxiliadora, Departamento de Gineco Obstetricia. Perú, 2012.
- 34)Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Ministerio de salud dirección general de salud de las personas. Perú, 2007. ISBN: 978-9972-776-22-9
- 35)Protocolo: Lesiones Perineales de origen Obstétrico. Hospital Sant Joan de Déu |. Universidad de Barcelona, 2012.
- 36)González ME. Infecciones del tracto urinario. Sociedad española de nefrología. España, 2015.
- 37)Martínez ma. Embarazo Adolescente, promoción y prevención. Universidad de las Américas, Psicología Social II. Chile, 2009.

- 38) Monsalve I, Luengo A, Fontalvo Análisis de las consecuencias de embarazo en las adolescentes. Ministerio del Poder Popular para la Educación. Venezuela, 2010.
- 39) Organización mundial de la salud. El embarazo. Suiza, 2014
- 40) Norma Técnica de salud para la atención integral de salud en la etapa de vida del adolescente . RM N° 973-2012 /MINSA. Perú, 2012.
- 41) Fawed RO, Erazo CA. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras, 2016. Vol. 12 No. 4: 4 doi: 10.3823/1327
- 42) Gamboa M.C, Valdés R. S. El embarazo en adolescentes. Marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas, México, 2015.
- 43) Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Salud En La Etapa De Vida Adolescente N° 034-Minsa/Dgsp-V.02. Ministerio De Salud Perú, 2012. Pág. 28.
- 44) Salud en la etapa de Vida adolescente. Boletín estadístico de salud. Ministerio de Salud Perú, 2012. Pág. 08.
- 45) Blanquet G. Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad. Mexico, 2016. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54 Supl 3:S238-41.

- 46) Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familia-ENDES Nacional y departamental, 2015.  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1356/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html). (último acceso 03 de Junio del 2016).
- 47) Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Perú, 2014.
- 48) Rosales S. Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí, México, 2014.
- 49) Ganchimeg T, Mori R, Resultados maternos y perinatales en adolescentes nulíparas en países de ingresos bajos y medianos: un estudio multinacional. BJOG. 2013; 120 (13): 1622-1630.
- 50) Peña O. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Rev per Ginecol Obstet. Perú, 2011; 57:43-48.
- 51) Ordoñez O. Complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paul de Pasaje. Universidad Nacional De Loja Facultad De La Salud Humana carrera De Medicina Ecuador, 2017.
- 52) Organización Mundial de la Salud, 2011. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

# **ANEXOS**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### A. Características sociodemográficas

Formulario N°:

Historia clínica N°

<b>EDAD</b>		<b>RESIDENCIA</b>	
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		Urbano	
Analfabeta		Rural	
Primaria		<b>ESTADO CIVIL</b>	
		Soltera	
Secundaria		Conviviente	
		Casada	
Superior		Divorciada	

### B. Características obstétricas

<b>N° DE GESTACIONES</b>		<b>EDAD GESTACIONAL</b>	
Primigesta		Pre término (28 – 36 sem)	
Segundigesta		A término (37 – 40 sem)	
Multigesta		Pos término (40 – 42 sem)	
<b>CONTROLAS PRENATALES</b>		<b>TIPO DE PARTO</b>	

Ninguno		Vaginal	
Menos de 6 controles		Abdominal	
Más de 6 controles		<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	Si/No

**C. Complicaciones obstétricas**

Amenaza de aborto	Si( ) No( )	Preclampsia	Si( ) No( )
Aborto	Si( ) No( )	Eclampsia	Si( ) No( )
Amenaza de parto pre término	Si( ) No( )	RPM	Si( ) No( )
ITU	Si( ) No( )	DCP	Si( ) No( )
Hiperémesis Gravídica	Si( ) No( )	Distocia de presentación	Si( ) No( )
Anemia	Si( ) No( )	Embarazo prolongado	Si( ) No( )
DPP	Si( ) No( )	Parto prolongado	Si( ) No( )
Desgarro perineal y cervical	Si( ) No( )	Cesárea	Si( ) No( )