



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**"FACTORES DE RIESGO MATERNO Y OBSTÉTRICOS EN RELACIÓN
CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS - PERINATALES EN
PARTURIENTAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2
TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016"**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

AUTORES:

Bach. en Obst. FREDDY JESÚS ARÉVALO GÓMEZ

Bach. en Obst. YOLI NIAMI TORRES MEDINA

ASESOR:

Obsta. Mg. PEDRO VARGAS RODRÍGUEZ

TARAPOTO - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“FACTORES DE RIESGO MATERNO Y OBSTÉTRICOS EN RELACION
CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN
PARTURIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2
TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016”.**

Para obtener el título profesional de:
OBSTETRA

Autores:

Bach. en Obst. Freddy Jesús Arévalo Gómez.

Bach. en Obst. Yoli Niami Torres Medina

Asesor:

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez.

Tarapoto – Perú

2017

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

El que suscribe, docente adscrito al Departamento Académico de Obstetricia y Enfermería de la Universidad Nacional de San Martín.

HACE CONSTAR:

Que, he asesorado y correspondientemente revisado y corregido el informe de tesis titulado: **“FACTORES DE RIESGO MATERNO Y OBSTÉTRICOS EN RELACION CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016”**; presentado por los Bachilleres en Obstetricia Yoli Niami, Torres Medina y Freddy Jesús, Arévalo Gómez.

Por lo que se expide la presente constancia.

Atentamente:



Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

ASESOR


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



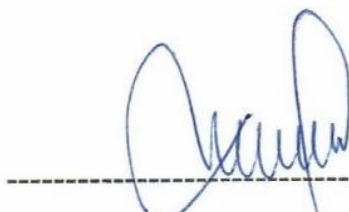
TESIS

“FACTORES DE RIESGO MATERNO Y OBSTÉTRICOS EN RELACION
CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN
PARTURIENTAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2
TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016”.

JURADO CALIFICADOR:



Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
Presidente



Obsta. Mg. Hilda González
Navarro
Miembro



Obsta. Dr. José Manuel Delgado
Bardales
Miembro



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: ARÉVALO GÓMEZ, FREDDY JESÚS		DNI : 46837900
Domicilio: Jr. Miraflores N° 243-Banda de Shilcayo.		
Teléfono: 945733272	Correo Electrónico: jesusarevalo96@gmail.com	

2. DATOS ACADÉMICOS

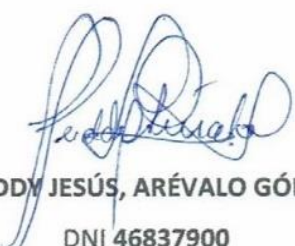
Facultad	: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional : OBSTETRICIA	

3. DATOS DE LA TESIS

Título: "Factores de Riesgo Materno y Obstétricos en Relación con las Complicaciones Maternas – Perinatales en Parturientas Adolescentes Atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto - Diciembre 2016."
Año de Publicación 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).


FREDDY JESÚS, ARÉVALO GÓMEZ
DNI 46837900

Fecha de recepción: ____/____/____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN - TARAPOTO

Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN NO EXCLUSIVO PARA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA EN REPOSITORIO DIGITAL

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: TORRES MEDINA YOLI NIAMI.		DNI : 47850140
Domicilio: Jr. Lagrimas s/n-Huicungo		
Teléfono: 948660265	Correo Electrónico yt_corazon-15@hotmail.com	

2. DATOS ACADÉMICOS

Facultad	: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional : OBSTETRICIA	

3. DATOS DE LA TESIS

Título: "Factores de Riesgo Materno y Obstétricos en Relación con las Complicaciones Maternas – Perinatales en Parturientas Adolescentes Atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto - Diciembre 2016."
Año de Publicación 2017

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN VERSIÓN ELECTRÓNICA

A través de la presente autorizo a la Unidad de Bibliotecas Especializadas y Biblioteca Central – UNSM – T, para que publique, conserve y sin modificarla su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en su Repositorio Institucional su obra a texto completo el citado título (Resolución Rectoral N° 212-2013-UNSM/CU-R).

YOLI NIAMI TORRES MEDINA

DNI 47850140

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____

Dedicatoria

A Dios por brindarme salud, por todas las bendiciones y la vida misma.

A mis padres, Margarita y Rolando por ser modelos y guías en mi vida; gracias también a quienes depositaron su confianza en mi persona y ahora comparten la alegría por este logro.

Con mucho cariño a mis demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

De manera muy especial para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Obstetricia, que contribuyeron en mi formación profesional y fueron promotores en la formación de valores y actitudes ante esta hermosa carrera.

FREDDY

Dedicatoria

A Dios por darme cada minuto de vida, y ser mi fortaleza en los momentos difíciles.

A mi madre por ser la persona más importante en mi vida, mi amiga, mi felicidad y ser mi apoyo en todos los aspectos.

Con mucho amor a mis hermanos Janeth, Smith y Jeysin por ser seres maravillosos que complementan mi vida. Y a mis abuelitos, Felipe y Brigida por acompañarme en todo este tiempo de mi vida y brindarme su amor.

Con mucho cariño para los obstetras y médicos que contribuyeron en incrementar mis conocimientos y actitudes para esta hermosa profesión.

YOLI

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

A nuestra asesor el Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal del Servicio de Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto Provincia de San Martín, que contribuyeron en la obtención de los datos de investigación y nos brindaron las facilidades para la ejecución de nuestra tesis.

A la Oficina de Investigación de la Universidad Nacional de San Martín, por haber subvencionado el presente estudio realizado.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

Los autores

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice de Contenido.....	v
Índice de Tablas.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
Título	01
I. INTRODUCCIÓN.....	01
1.1 Marco Conceptual.....	01
1.2 Antecedentes.....	08
1.3 Bases Teóricas.....	12
1.4 Justificación.....	20
1.5 Problema	23
II. OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo General.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
2.3. Hipótesis de Investigación.....	24
2.4. Operacionalización de variables	25
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
IV. RESULTADOS.....	34
V. DISCUSIÓN.....	41
VI. CONCLUSIONES.....	47
VII. RECOMENDACIONES.....	48
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
IX. ANEXOS.....	57

INDICE DE TABLAS

Tabla N°	Título	Pág.
01	Factores de riesgo materno en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, enero - diciembre 2015	34
02	Factores de riesgo obstétricos en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, enero – diciembre 2015	35
03	Complicaciones materno - perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Enero – Diciembre 2015	36
04	Relación entre los factores de riesgo materno y las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, enero – diciembre 2015	37
05	Relación entre los factores de riesgo obstétrico y las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Enero – Diciembre 2015	39

RESUMEN

El estudio titulado “Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016”, estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por 416 y la muestra por 200 puérperas adolescentes. La técnica es la revisión documentaria y como instrumento se usó una ficha de recolección de datos.

Los resultados fueron: Las adolescentes presentaron como factores de riesgo materno el: ser convivientes 75%, de procedencia urbana 60.5%, el presentar ITS 3.5%, el presentar Enfermedad Hipertensiva con 13%, el presentar anemia con 43.5% e ITU 50%. Como factores de riesgo obstétrico presentan atención prenatal inadecuada 38% y edad gestacional menor de 37 semanas 15.5%. La población de adolescentes presenta como complicaciones maternas perinatales: prematuridad 14.5%; bajo peso al nacer 18%; sepsis severa 0.5%; pre-eclampsia 12% y la Eclampsia 0.5%.

En conclusión: existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los factores de riesgos maternos y obstétricos con las complicaciones maternas perinatales.

Palabras claves: Puérpera, adolescente, factores de riesgo maternos y obstétricos.

ABSTRACT

The following study titled as "Maternal and obstetric risk factors in relation to maternal - perinatal complications in parturient adolescents treated at Tarapoto II – 2 Hospital, from August - December 2016", a non - experimental, quantitative, descriptive and crosses - sectional study. The study population was 416 and the sample was 200 puerperal adolescent. The technique the documentary review and a data collection form was used as instrument.

The results were as follows: adolescents were 75%, urban origin 60.5%, STI presenting 3.5%, Hypertensive disease 13%, presenting anemia 43.5%, and UTI 50%. Adolescent population presents inadequate prenatal care as obstetric risk factors, 38% and gestational age less than 37 weeks 15.5%. The adolescent population presents as perinatal maternal complications: prematurity 14.5%; Low birth weight 18%; severe sepsis 0.5%; Pre-eclampsia 12% and eclampsia 0.5%.

In conclusion: There is a statistically significant ($p < 0.05$) relationship between maternal and obstetric risk factors with perinatal maternal complications.

Key words: Puerperal, adolescent, maternal and obstetric risk factors.



TITULO:

“FACTORES DE RIESGO MATERNO Y OBSTÉTRICOS EN RELACION CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES, EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO, AGOSTO - DICIEMBRE 2016”.

I. INTRODUCCION:

1.1. Marco Conceptual:

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, por que condicionan a situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el hijo. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años y en menores de 19 años trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo y se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida (1).

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan a esta población; la cual se puede dividir en dos etapas: Temprana de los 10 a los 14 años y tardía de los 15 a los 19 años. Por esta razón, es una etapa de la vida caracterizada por la inmadurez biológica, psíquica y emocional para asumir el rol de madre. Es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. (2, 3, 4).

El embarazo en adolescentes es una condición que mundialmente se encuentra en aumento, principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Resulta una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente debido a que estas no han alcanzado la mayor capacidad biológica; por ello, se convierte en una de las preocupaciones de la salud más importantes derivada de la conducta sexual de las adolescentes. (5, 6,7).

Este fenómeno es un problema de salud pública, pero también un problema de desarrollo y de derechos humanos, debido a que básicamente son las condiciones psicológicas y socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia e implicando repercusiones en la vida de la adolescente, su hijo, entorno familiar y social. Este suceso está aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Se menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazan; 30 000 son menores de 15 años y en su mayoría, los embarazos son no planeados; siendo esto una constante preocupación de los países en

vías de desarrollo por la alta tasa de complicaciones obstétricas a las que conlleva este suceso. Aunque una adecuada atención durante el embarazo puede minimizar en mucho los resultados desfavorables, pero esto no es así en el 100% de los casos (8, 9,10, 11).

En el Perú, la frecuencia de embarazos en adolescentes varía de una región a otra, siendo en la Costa 13.3%, en la Sierra 15.1% y 30.8% en la Selva. También cabe resaltar que los adolescentes representan un poco más de la quinta parte de la población total (20.72%), superando el porcentaje de la población infantil. Asimismo, el 51.93% de la población adolescente tiene edades comprendidas entre los 10 y 14 años (12, 13, 14).

La fecundidad de adolescentes en los últimos cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,9 puntos 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; estos resultados difieren ligeramente de los obtenidos en el año 2009. Al igual que en la Encuesta del 2009, los resultados del año 2014 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,7% entre las de 15 años hasta el 31,2% en las de 19 años de edad (15,16).

El parto es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor a 500 gr. y

con una edad gestacional igual o mayor a 22 semanas (CIE 10) contadas desde el primer día de la última menstruación. Dependiendo de las semanas con las que concluya el embarazo podemos clasificarlo como: post término (mayor a 42 semanas), a término (de 37 a 41 semanas), pre término (mayor de 22 y menor de 37 semanas). Mientras que el puerperio es el periodo que inicia inmediatamente después del alumbramiento hasta los 42 días post parto; este mismo se clasifica en: puerperio inmediato hasta las 24 horas posteriores al parto, puerperio mediato desde el segundo día post parto hasta el décimo día y puerperio alejado desde el undécimo día post parto hasta el cuadragésimo segundo día (17).

En cuanto al trabajo de parto, para que éste se inicie de forma normal, es necesaria una serie de condiciones, dentro de estas, la más importante es si es un embarazo a término o no; ya que la conducta a adoptar dependerá de esto. A ello se le suma si el parto termina siendo eutócico, evolucionando con todos sus parámetros dentro de los 5 límites fisiológicos, o distócicos (cuando se presentan una o más alteraciones en su evolución). Estas complicaciones obedecen a: distocias de la contractilidad uterina, distocias del canal óseo y partes blandas, y distocias del feto y sus anexos; entre las principales tenemos: trabajo de parto disfuncional, expulsivo prolongado, parto precipitado, desprendimiento prematuro de la placenta, rotura uterina, parto obstruido, retención de placenta, etc. (17, 18).

Mención aparte merecen algunas complicaciones obstétricas, que generalmente inician durante el embarazo y su desenlace ocurre en el parto o puerperio, así tenemos a: la hipertensión inducida por el embarazo como pre eclampsia severa y eclampsia y la sepsis – shock séptico. La hipertensión inducida por el embarazo, pre eclampsia y eclampsia, es un trastorno que obedece a cambios fisiológicos en el embarazo como también a la presencia de vellosidades coriónicas; siendo la única manera de controlar el cuadro clínico, el culminar el embarazo. La infección es otra complicación muy común en el embarazo y puerperio que por lo general se debe a infecciones del tracto urinario, las que en ocasiones podrían evolucionar a pielonefritis; entre algunas otras infecciones tenemos la endometritis, metritis, peritonitis, etc.; otras infecciones recurrentes en la gestación y que complican el parto y el puerperio suelen ser las Infecciones de Transmisión Sexual, causadas principalmente por gárrerella, gonococos, chlamydia, pudiendo desencadenarse en corioamnionitis (17, 19) .

Respecto a la hemorragia puerperal grave (la hemorragia postparto - shock hipovolémico), ésta es originada principalmente por retención de fragmentos placentarios o membranas y atonía uterina, y con menor frecuencia tenemos a las laceraciones del canal del parto y hematomas de la episiorrafía; siendo todas ellas, causas de morbimortalidad materna. Otros factores de riesgo que predisponen la aparición de complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio son: la anemia, el estado nutricional inadecuado, y las infecciones del tracto urinario; si

bien es cierto aún hay controversia con estos factores, ya que no hay estudios que logren demostrar a ciencia cierta qué tanto pueden influir estas condiciones maternas en las complicaciones obstétricas desencadenantes de muerte materna; sin embargo se conoce que están presentes en muchas de las complicaciones, pero no se les ha asociado de manera total a los desenlaces finales e inesperados en el parto y puerperio. (18, 19, 20).

Con respecto a la infección, ciertos experimentos in vitro en animales demuestran que la anemia ferropénica no predispone para dicha complicación, no obstante se ha comprobado que la génesis celular es deficiente en animales desnutridos. Por otro lado, la colonización bacteriana de la porción inferior del aparato genital se ha vinculado con mayor riesgo de infecciones puerperales, siendo mayor el riesgo de metritis puerperal en las mujeres con vaginosis bacteriana. Otros factores, analizados de manera conjunta, podrían dar luces del por qué la mortalidad se mantiene alta a pesar de las intervenciones realizadas hasta la fecha, como: la paridad, el espaciamiento óptimo, la edad; que por su estructura en relación a la fecundidad y a las mujeres en edad fértil; se introducen en los indicadores de la morbimortalidad materna. Al estudiar la mortalidad materna con relación al número de nacimientos o razón de muerte materna, el efecto de la edad sobre este indicador es característico, mostrando altos valores en los extremos de la vida fértil y un evidente aumento en la razón de mortalidad materna en las edades mayores. En cambio, al considerar la tasa de mortalidad materna, el

efecto en la edad pareciera invertirse, pues las tasas más bajas se observan en los extremos de la vida reproductiva (19, 21).

Si bien es cierto que los listados de factores de riesgo se tienen poco en cuenta, ya que en países en vías de desarrollo se considera a toda gestante de riesgo, no hay que olvidarse que hay una serie de condiciones que predisponen la aparición de determinadas patologías (causas básicas) actuando como factores de riesgo o factores asociados. Entre los principales tenemos: la atonía uterina, que es frecuente en partos prolongados, en corioamnionitis, en partos precipitados, en úteros fibromatosos, en casos de sobre distensión uterina como embarazo múltiple, hidramnios, feto grande; la pre-eclampsia – eclampsia, en edades extremas de la vida reproductiva, mujeres con antecedente personal o familiar de pre eclampsia - eclampsia, mujeres diabéticas o con enfermedad trofoblástica, enfermedad renal, hipertensión crónica; entre otras. En cuanto a la infección, es frecuente en rotura prematura de membranas ovulares, trabajo de parto o partos prolongados, en hemorragias profusas, deshidratación y en mujeres con infecciones de transmisión sexual recurrentes, entre otras (17, 19, 22).

Por lo anterior mencionado y conocedores de los factores de riesgo tanto maternos como obstétricos observados en las diferentes complicaciones encontradas en el servicio de ginecoobstetricia, durante el internado es que consideramos importante desarrollar el presente estudio de investigación, con el propósito de contribuir a la reducción de la

morbilidad y por ende a la mortalidad materna perinatal.

1.2. Antecedentes:

Serra M, Alonso R, Sáez V. (2011), en su estudio “Embarazo en adolescentes del Policlínico “Rafael Valdés en el año 2009”, Municipio Cotorro de la Habana-Cuba, estudio descriptivo y prospectivo, cuya muestra estuvo constituida por 79 adolescentes gestantes, que representó el 44.38 % de las embarazadas adolescentes del municipio y el 17.75% del total de embarazadas. Resultados: la tasa de embarazo en adolescentes en el año 2009, fue de 226 x 1000 y muestra una tendencia al aumento. La infección vaginal (98,7%), la anemia (58,2%) y la bacteriuria asintomática (38%), fueron las morbilidades más frecuentes. Conclusión: el embarazo en la adolescencia es un problema de salud que hoy está en aumento y que continúa siendo necesario investigar (23).

Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. (2011), en su estudio “Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo”, Cartagena (Colombia), estudio de corte transversal, cuya muestra fueron 100 adolescentes embarazadas. Resultados: las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pretérmino [OR 5,0 (IC 95%: 1,86 - 13,7)] y parto vía cesárea [OR 3,57 (IC 95%: 1,25 – 10,5)]. Conclusiones: se concluye que el embarazo a edad temprana conlleva a complicaciones durante la gestación en el grupo de adolescentes de 13 a 18 años (24).

Macías C, Murillo E. (2010), en su estudio “Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera, de enero a septiembre del 2010”, Portoviejo Ecuador, estudio descriptivo transversal, cuya muestra fueron 180 adolescentes embarazadas que recibieron atención. Resultados: según el grupo atareó, las adolescentes de entre 15 a 19 años, representaron el grupo de mayor frecuencia de atención con un 88% y de 10 a 14 años con un 12%. Las gestantes adolescentes procedían de zonas urbanas en un 26%, un 35% de la zona rural y en un 39% correspondieron a la zona periurbana. El nivel de instrucción de las adolescentes estuvo distribuido en un 65% a la secundaria, en un 29% a la primaria, un 5% superior, y solo el 1% no tenía estudios. La frecuencia de las atenciones prenatales fueron > de 6 (79%) y < de 6 (21%). Antes del embarazo actual en el momento de la investigación el 21% de las adolescentes ya habían tenido gestas anteriores, distribuidas en Segundigesta con en el 15% de los casos, multigesta en el 6%, y Primigesta en el 79% de los casos. De las 180 embarazadas, se observó complicaciones obstétricas en 30 (17%) de ellas, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a ITU, un 4% a pre eclampsia, un 2% a RPM y un 1% a hemorragia post parto, sin embargo el 82% no tuvieron complicaciones. Hubo 62% partos espontáneos y por cesáreas el 31% (25).

Gutiérrez S, Rodríguez J. (2014), en su estudio “Principales factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la presencia de

muerte materna en el parto y puerperio en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Distrito Huamachuco - Provincia Sánchez Carrión. Durante los años 2003 – 2013”, Trujillo Perú, estudio descriptivo correlacional; con una muestra de 10 muertes maternas de 7020 partos. Para lo cual se utilizó un instrumento estructurado para el recojo de la información de las variables en estudio. El análisis de datos se efectuó con la prueba de Chi cuadrado, concluyéndose que al evaluar los factores de riesgo biológicos y patológicos, sólo el espaciamiento óptimo tuvo relación estadísticamente altamente significativa con la muerte materna en el puerperio ($p < 0.01$) respecto a las complicaciones maternas asociadas a la muerte materna fueron: la pre eclampsia-eclampsia, con mayor frecuencia (50%), la retención de placenta (30%) y atonía uterina (20%) (26).

Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Cayra O. (2011), en su estudio “Patologías Obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las Adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2009”. Perú, Estudio descriptivo, de diseño no experimental, se revisó 363 Historias Clínicas Perinatales. Resultados: Primigestas 68.1% (247), segundigestas 26.9% (98) y multigestas 4.9% (18). El número de las atenciones prenatales identificados correspondió a adecuado en 63.1% (229), inadecuada atención prenatal 31.4% (114) y 5.5% (20) sin atención prenatal. Las complicaciones obstétricas fueron: anemia 25.3% (92), infección del tracto urinario 14% (51), abortos 9.6% (35) y pre eclampsia 21.9% (80); en el parto: cesárea 31.1% (113), parto prematuro

13.2% (48), en el puerperio: endometritis 0.8% (3) y hemorragia post parto 0.5%. Conclusiones: Patologías durante el embarazo: anemia 25,3%(92), infección del tracto urinario 14,0%(51), abortos 9,6%(35) y pre-eclampsia leve 8,2%(30); en el parto: cesárea 31,1%(113), pre-eclampsia severa 13,7%(50), parto prematuro 13,2%(48), en el puerperio: endometritis 0,8%(3) y hemorragia por atonía uterina 0,5%(2). (27).

Paliza O. (2014), en su estudio “Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba julio a diciembre 2014”, San Martín Perú, estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, cuya población y muestra fueron 145 gestantes adolescentes, recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la historia clínica Resultados: el 67.6% presentan entre 17 a 19 años, el 47.6% proceden de la zona urbana, el 59.3% con nivel de instrucción secundaria, el 75.9% son primigesta, el 9.7% con antecedente de aborto, el 18.6% con menos de 37 semanas de gestación, el 71.7% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34.5% terminan su embarazo en cesárea. El 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarro I grado (7.6%), pre-clampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%). El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal

agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y prematuridad (2.8%). El adecuado control prenatal se relacionó significativa ($p=0.000$) a la presencia de complicaciones obstétricas. La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones no se relacionan con la frecuencia de complicaciones obstétricas. La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones y control prenatal no se relacionan con las frecuencia de complicaciones perinatales. Conclusiones Las gestantes adolescentes que se atiende en el Hospital II-1 de Moyobamba presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas que perinatales (28).

1.3. Bases teóricas:

1.3.1. Adolescencia:

Hoy se considera como una etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos, conductuales y adquiere la capacidad reproductiva, lo que requieren de una cuidadosa atención por las importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales que finalmente “imprimen” en la persona el sello de la madurez, con los rasgos característicos del adulto (29, 30).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia comprende el grupo etáreo de 10 a 19 años de edad, clasificándola como: Adolescente Temprana: de 10 a 14 años y Adolescente Tardía: de 15 a >19 años (4).

1.3.2. Embarazo en adolescentes:

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo (31).

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado el embarazo adolescente como de mayor riesgo para la salud de la mujer y la de su hijo/a (con grandes probabilidades de presentar complicaciones y de morir durante el embarazo y parto) (4).

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo (32).

1.3.3. Situación del embarazo en adolescentes en Perú

Si bien la tasa de fecundidad de las adolescentes ha venido descendiendo en la gran mayoría de los países, aun así su conducta reproductiva es de gran preocupación. En comparación con los cambios observados en las tasas de fecundidad de los grupos de mujeres de mayor edad debido al uso de métodos de planificación familiar, la

reducción de la fecundidad en las adolescentes es esencialmente resultado de la postergación de la primera unión. Según la ENEI 2014 Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (22,0%) y en las residentes de la Selva (24,7%); y, los menores porcentajes en el área urbana (12,2%) y en Lima Metropolitana (11,6%). La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según departamento. Mientras que el 30,4% de las adolescentes de Loreto ya tenían una hija y/o hijo o estaban embarazadas; en Moquegua y Arequipa solo el 7,0% y 8,4%, respectivamente, estaban en la misma situación. Otros departamentos que presentan altos porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas con la primera hija/o, además de Loreto, fueron Amazonas (28,1%), Madre de Dios (24,4%), San Martín (24,1%) y Tumbes (21,4%). Por el contrario los departamentos con menor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas con la primera hija/o, además de Moquegua y Arequipa, fueron Lambayeque (9,2%), Junín (10,5%) y Apurímac (10,6%) (32).

En el Perú, el comportamiento sexual y la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes, así como la incidencia del embarazo, varían según identidad étnica, región de procedencia, nivel educativo y estrato socioeconómico al que pertenecen. En todos los casos, son las adolescentes en situación de pobreza y exclusión social las más vulnerables, tanto en las áreas periurbanas como en las áreas rurales del país (33, 34, 35).

1.3.4. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes:

El embarazo adolescente no está condicionado o determinado por un solo factor, son varios elementos que, al combinarse, incrementan el riesgo de que una adolescente quede embarazada (36).

En el análisis de los factores determinantes del problema se pueden identificar eventos tales como: La edad de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes sin información sobre su sexualidad ni acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

La edad en la que ocurre el primer embarazo. El embarazo adolescente predispone a una mayor incidencia de muertes maternas y perinatales debido a complicaciones obstétricas vinculadas con la inmadurez biológica de la adolescente (37).

Algunos autores plantean que existe un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales de los 10 años hasta los 19 años, el 25% de estas adolescentes se embaraza y el 60% de estos ocurre dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales (38).

Además, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

- 1.3.4.1. **Factores de riesgo individuales:** Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de

omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

1.3.4.2. **Factores de riesgo familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

1.3.4.3. **Factores de riesgo sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, violación, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (39, 40).

1.3.4.4. **Factores materno:**

Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno. se menciona que a más edad temprana mayor el riesgo para producir complicaciones materno perinatales.

Estado civil: en la adolescencia se desarrolla un mayor número de abandono de parejas, ya sea por temor, estudio, en otros casos abusos sexuales. Lo cual por el mismo hecho de ser menores de edad solo pueden llegar a tener un estado civil (conviviente). afectando al binomio madre-niño. Por no existir

una familia estable.

Procedencia: según estadísticas de la INEI 2014 menciona que las zonas rurales presentan un mayor porcentaje de gestantes adolescentes.

Grado de instrucción: una vez que se produce el embarazo muchas de las adolescentes abandonan los estudios.

Estado nutricional: Evaluada mediante el índice de masa corporal pre-gestacional. Encontrando un buen estado o mal estado lo cual sería una complicación que conllevaría a un RCIU, etc.

Antecedente materno: vamos a encontrar enfermedad hipertensiva, la diabetes mellitus, anemia, ITU, ITS, etc. (41)

1.3.4.5. Factores obstétricos.

Control prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer.

Paridad: Número de partos que ha tenido la gestante, antes del embarazo actual.

Edad gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del

último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud.

Periodo intergenésico: Es el tiempo que transcurre en meses entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.

Patología obstétrica: RPM, EHIE, Trabajo de parto prolongado, expulsivo prolongado, APP, prematuridad, RCIU, insuficiencia placentaria, DCP, etc. (41).

1.3.5. Complicaciones Perinatales:

Prematuridad: al nacer un niño antes de las 37 semanas de gestación presentaría complicaciones por no estar totalmente capacitado para salir al exterior del útero. Lo que conllevaría a esta complicación sería una ITU, RPM, diabetes mellitus, desnutrición materna, etc.

RCIU: esta complicación se presenta ya sea por una desnutrición, pre eclampsia, etc.

Sepsis Neonatal: infección del recién nacido causado por virus o bacteria.

Bajo Peso al Nacer: la desnutrición materna nos conllevaría a

una complicación de este aspecto.

Malformaciones Congénitas: las diferentes y múltiples deformaciones que presenta un órgano determinado del cuerpo.

Muerte Neonatal: Indicador que habitualmente se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de vida de los RN durante los primeros 28 días de vida en un determinado país, región o población.

Asfixia Neonatal: Es la complicación que afecta al feto durante el nacimiento o al recién nacido en los primeros días de vida, cuando por diversas causas no recibe una adecuada oxigenación e irrigación de sus órganos vitales, dañando no solo al cerebro, sino a todo su organismo. (42)

1.3.6. Complicaciones maternas:

Sepsis Severa: las complicaciones de infecciones ya sea por una corioamnionitis que fue producida por un RPM, restos placentarios, etc.

Pre-eclampsia: Embarazada con cifras de presión arterial iguales o superiores a 140 mmHg de sistólica y 90 mm Hg o aumento de la presión arterial sistólica en ≥ 30 mmHg y aumento de la presión arterial diastólica en ≥ 15 mm Hg, con más de 300

mg de proteínas en orina de 24 horas, acompañada o no de hiperuricemia (ácido úrico mayor o igual a 6 mg% o mayor a 350mmol/L), conllevando a producirse una eclampsia.

Síndrome de Hellp: Se trata de una complicación multi-sistémica del embarazo. Aunque probablemente representa una forma severa de pre eclampsia, la relación entre estas dos entidades es controvertida.

Hemorragia Post Parto: por presentarse las retenciones placentarias la atonía uterina y los diferentes desgarros o incluso una rotura uterina.

Atonía uterina: es una de las causas que en los lugares más alejados de nuestro país son las que producen nuestras muertes maternas.

Desgarros: desgarro perineal, desgarro cervical, desgarro del canal cervical (42).

1.4. Justificación:

El embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, que se ha expandido considerablemente en nuestro país. Según la bibliografía los partos se suceden en muchachas entre 12 y 14 años de edad, con un índice de 80%, por tanto afecta a la población más joven y vulnerable,

ya que la mujer principalmente asume el problema sin ayuda de la pareja o familiares (15).

Se sabe que el embarazo en adolescentes contribuye a la razón de muerte materna, uno de los indicadores más relevantes en el desarrollo de los pueblos, y todos los países en el mundo hacen esfuerzos denodados para disminuirla. De la misma manera el Perú ha hecho lo propio, pero a pesar de estos esfuerzos aún no es suficiente, ya que seguimos siendo uno de los países con mayor razón de mortalidad materna en Sudamérica, y la región San Martín no está aislada del problema sino muy por lo contrario contribuye al mismo (20).

Por tal motivo, la morbilidad materna y sobre todo adolescente es una de las prioridades regionales de San Martín, considerada como un aspecto importante para lograr el Desarrollo Humano Sostenible. Actualmente se conocen algunas de las principales complicaciones que desencadenan la muerte materna, así como los factores de riesgo a nivel nacional, pero aún esta identificación no es completa, mucho menos en las poblaciones de la Selva, siendo necesario abordarlas con estrategias adecuadas a la realidades de las mujeres de la región.

Por tanto es importante conocer la realidad de cada pueblo, de cada región, y ver si de esta manera se pueden establecer estrategias efectivas adecuadas a su realidad local para conseguir una reducción drástica de la morbilidad maternas, en el menor tiempo posible, lo que en la práctica le permitirá al personal de salud afrontar con mayor

preparación y resolución las complicaciones desencadenantes materna perinatal, incluso prevenirlas anteponiéndose a los hechos.

Al lograrse establecer la debida relación entre los factores de riesgo y la complicación materna perinatal, la población de San Martín tendrá más opciones para salvaguardar la salud materna durante el parto y puerperio, ya que es uno de las localidades con mayor mortalidad en la región.

Además este estudio será de mucha utilidad para mejorar la salud materna de la zona selva de nuestra región específicamente en la provincia de San Martín. Porque mejorar la calidad de vida de nuestra región significa empezar desde abajo trabajar con nuestros jóvenes adolescentes para inducir en promover una planificación de vida con un futuro beneficioso para cada miembro de la familia es así que nuestras número de gestantes adolescentes debería disminuir, ya que no han alcanzado la mayor capacidad biológica; y pueden presentar muchas complicaciones durante su embarazo, parto.

Además la investigación será, un gran aporte en cuanto a evidencias, para investigaciones futuras que se quieran desarrollar en el tema tanto para los profesionales en salud y estudiantes.

Por todo lo mencionado el estudio es relevante, ya que aborda una de las preocupaciones médicas más importantes derivada de la conducta

sexual de las adolescentes, porque ayuda a la contribución de estrategias que disminuyan el embarazo adolescente y sus complicaciones que esto puede ocasionar, se pretende evaluar los factores maternos y obstétricos en la prevención de las principales complicaciones materno-perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

1.5. Problema:

¿Cuál es la relación de los factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones materno – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto. Agosto– Diciembre 2016?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo general:

Determinar la relación de los Factores de Riesgo materno y obstétricos con las complicaciones materno – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto – diciembre 2016.

2.2. Objetivos específicos:

1. Identificar los factores de riesgo materno en las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto diciembre 2016.
2. Identificar los factores de riesgo obstétricos en las parturientas

adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, enero – diciembre 2016.

3. Identificar las complicaciones materno - perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Enero – Diciembre 2016.
4. Determinar la relación estadística entre los factores de riesgo materno y obstétrico más frecuentes con las complicaciones maternas – perinatales predominantes, en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Enero – Diciembre 2016.

2.3. Hipótesis de investigación:

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo materno y obstétrico con las complicaciones maternas-perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

2.4. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
Factores de riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición de la gestante adolescente que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o daños	Cualquier rasgo, característica o exposición de la gestante adolescente que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o daño, agrupadas en riesgos materno y obstétricos	Materno	Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad: 1. 10-14 2. 15>19	Ordinal
				Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil: 1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada	Nominal
				Procedencia	Procedencia: 1. rural 2. urbana	Nominal
				Grado de instrucción: es el grado más elevado de estudios.	Grado de instrucción: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior universitario 5. Superior no universitario	Nominal
				Estado nutricional: Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Estado Nutricional: 1. Normal 2. Bajo peso 3. Sobre peso	Nominal

				<p>Antecedente Materno: 1. Si 2. No</p> <p>Enfermedad Hipertensiva: 1. Si 2. No</p> <p>Diabetes Mellitus: 1. Si 2. No</p> <p>Anemia: 1. Si 2. No</p> <p>ITU: 1. Si 2. No</p> <p>ITS: 1. Si 2. No</p> <p>ITS 1. Si 2. No</p> <p>Otros 1. Si 2. No</p>	Nominal	
		<p>Es cualquier rasgo, característica o exposición de una mujer en edad reproductiva que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.</p>	<p>Obstétricos</p>	<p>Control Prenatal: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.</p>	<p>Control Prenatal: 1. Adecuado (≥ 6 CPN) 2. Inadecuado (≤ 5 CPN) 3. Sin APN.</p>	Nominal
				<p>Formula Obstétrica:</p>	<p>Formula obstétrica: 1. 0-1 2. 2-3</p>	No min al
				<p>Edad Gestacional Es el término común usado durante el embarazo. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.</p>	<p>Edad Gestacional: 1. <37 Semanas (Pre término) 2. >37 Semanas (A término)</p>	Nominal

				<p>Periodo intergenésico: Es el intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.</p>	<p>Periodo Intergenésico: 1. ≤ 2 años 2. > 2 años</p>	Nominal
				<p>Patología obstétrica: manifestaciones patológicas que ocurren en la mujer embarazada como consecuencia de su estado de gravidez.</p>	<p>Patología Obstétrica: 1. Si 2. No</p> <p>RPM: 1. Si 2. No</p> <p>EHIE: 1. Si 2. No</p> <p>Trabajo de parto Prolongado: 1. Si 2. No</p> <p>Expulsivo Prolongado: 1. Si 2. No</p> <p>Diabetes gestacional 1. Si 2. No</p> <p>Insuficiencia Placentaria 1. Si 2. No</p> <p>DCP: 1. Si 2. No</p> <p>OTROS: 1. Si 2. No</p>	Nominal
Complicaciones		Morbilidad del recién nacido durante los primeros siete días de vida en relación a alteraciones vasculares y metabólicas.	Perinatales	<p>Prematuridad: El niño que nace antes de las 37 semanas de gestación.</p>	<p>Prematuridad: 1. Si 2. No</p>	No min al
				<p>RCIU: Es un término que describe a un feto que no está creciendo a una velocidad normal dentro del útero.</p>	<p>RCIU: 1. Si 2. No</p>	Nominal
				<p>Sepsis Neonatal: Es una infección, por lo general bacteriana, que ocurre en un RN de menos de 28 días desde su nacimiento.</p>	<p>Sepsis Neonatal: 1. Si 2. No</p>	Nominal

				<p>Bajo Peso al Nacer: Se utiliza para describir a los RN que nacen con un peso menor a los 2.500 gramos.</p>	<p>Bajo peso al nacer: 1. Si 2. No</p>	Nominal
				<p>Malformaciones Congénitas Son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas</p>	<p>Malformaciones Congénitas: 1. Si 2. No</p>	Nominal
				<p>Muerte Neonatal</p>	<p>Muerte Neonatal: 1. Si 2. No</p>	No minimal
				<p>Asfixia Neonatal: Síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica.</p>	<p>Asfixia Neonatal: 1. Si 2. No</p>	Nominal
				<p>Oligohamnios: Poco líquido amniótico.</p>	<p>Oligohamnios 1. Si 2. No</p>	No minimal
				<p>SFA: Estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones</p>	<p>SFA 1. Si 2. No</p>	Nominal
			Maternas	<p>Sepsis Severa:</p>	<p>Sepsis severa: 1. Si 2. No</p>	No minimal
		Morbilidad materna en relación a alteraciones vasculares y metabólicas		<p>Pre-eclampsia: Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso.</p>	<p>Pre eclampsia: 1. Si 2. No Eclampsia: 1. Si 2. No</p>	No minimal
				<p>Síndrome de Hellp: Es un grupo de síntomas que se presentan en las mujeres embarazadas que padecen: hemólisis, enzimas hepáticas elevadas.</p>	<p>Sind. de Hellp: 1. Si 2. No</p>	Nominal
				<p>Hemorragia Post Parto</p>	<p>Hemorragia Post parto: 1. Si 2. No</p>	No minimal

				Atonía Uterina: Pérdida del tono de la musculatura del útero.	Atonía Uterina: 1. Si 2. No	No mi nal
				Desgarros	Desgarro Perineal: 1. Si 2. No Desgarro Cervical: 1. Si 2. No Desgarro de Canal Vaginal: 1. Si 2. No.	Nominal

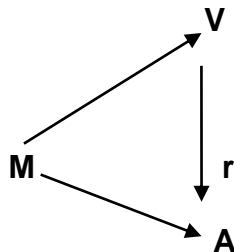
III. MATERIALES Y METODOS:

3.1. Tipo de estudio:

El presente estudio fue no experimental, de enfoque cuantitativo, de investigación descriptivo correlacional, de corte transversal.

3.2. Diseño de investigación:

El presente estudio empleo un diseño descriptivo correlacional cuyo gráfico es el siguiente:



Donde:

M: muestra, que fue constituida por las historias clínicas de las parturientas adolescentes que fueron atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto en el servicio de gineco-obstetricia Enero – Diciembre 2015.

V: Variable independiente, que fue constituida por la detección de factores materno y obstétricos de las parturientas adolescentes

A: Variable dependiente que fue constituida por las complicaciones materno-perinatales de las parturientas adolescentes

r: Relación existente entre la ambas variables.

3.3. Universo, Población y muestra:

Universo:

Todas las parturientas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero- diciembre 2015.

Población:

La población estará conformada por todas las parturientes adolescentes que culminaron su embarazo en el Hospital II-2 Tarapoto. Enero - Diciembre 2015, que asciende a 416 parturientas adolescentes durante este período según Sistema de Información Perinatal.

Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra suele utilizarse la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,05), valor que queda a criterio del encuestador.

$$n: \frac{(416) (0.5)^2 (1.96)^2}{(416-1) (0.05)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$$

$$n: \frac{(416) (0.25) (3.8416)}{(415) (0.0025) + (0.25) (3.8416)}$$

$$n: \frac{399.36}{1.0375 + 0.9604}$$

$$n: \frac{399.36}{1.9979}$$

n: 199.97

Unidad de análisis:

Una parturienta adolescentes atendida en el Hospital II-2 Tarapoto. Enero - Diciembre 2015,

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Parturienta adolescente de parto vaginal y/o cesárea atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, Enero-Diciembre 2015.
- Historia clínica completa

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Historia clínica incompleta.

3.4. Procedimiento:

- Se revisó bibliográfica y elaboró proyecto de investigación.
- Se presentó el proyecto de investigación a la facultad ciencias de la salud para su revisión y aprobación.
- Se presentó la solicitud al Director del Hospital II-2 Tarapoto para su evaluación y aceptación por el Comité de Ética e Investigación.
- Se recolectó la información a través de la verificación de las historias clínicas de parturientas adolescentes.
- Luego se realizó un análisis de los datos recolectados para determinar los factores de riesgo y las complicaciones.
- Seguidamente se procedió con el registro de las variables a estudiar extraídos y registrados en la ficha de recolección de datos y verificados por el asesor.
- Finalmente los datos se clasificaron y ordenaron según las variables a estudiadas para su almacenamiento.
- Posteriormente se elaboró el informe de tesis y se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.

- Por último se procederá a la sustentación de la investigación ante el jurado calificador.

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

La técnica que se utilizó en el presente estudio retrospectivo fue la revisión documentaria la cual permitirá tomar la información de la historia clínica materno perinatal y del sistema informático perinatal, del servicio de obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto que cumplan con los criterios de inclusión.

El instrumento a utilizar fue la ficha de recolección de datos que permitirá almacenar la información para su posterior análisis, la ficha estará compuesta por 2 ítems, en el primero se recoge información de los factores obstétricos y maternos, en el segundo ítem las complicaciones materno-perinatales.

IV. RESULTADOS:

Tabla N° 01: Factores de riesgo materno en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, enero - diciembre 2015.

FACTORES DE RIESGO MATERNO	N°	%
ESTADO CIVIL		
Soltera	50	25.0
Conviviente	150	75.0
Total	200	100.0
PROCEDENCIA		
Rural	79	39.5
Urbana	121	60.5
Total	200	100.0
ITS		
Si	07	3.5
No	193	96.5
Total	200	100.0
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA		
Si	26	13.0
No	174	87.0
Total	200	100.0
ANEMIA		
Si	87	43.5
No	113	56.5
Total	200	100.0
ITU		
Si	100	50.0
No	100	50.0
Total	200	100.0

Fuente: datos propios de la investigación

Observamos que la población de adolescentes presenta como factores de riesgo materno el ser convivientes con 75% (150), de procedencia urbana con 60.5% (121), por presentar ITS 3.5% (7), por presentar Enfermedad Hipertensiva con 13% (26), por presentar anemia con 43.5% (87) y por presentar ITU con 50% (100). Siendo la ITU el antecedente que más resalta seguido de la anemia.

Tabla N° 02: Factores de riesgo obstétricos en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, enero – diciembre 2015.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS	N°	%
Atención Prenatal		
Inadecuado	76	38.0
Adecuado	124	62.0
Total	200	100.0
Edad Gestacional		
Menor de 37 Semanas	31	15.5
Mayor o igual a 37 Semanas	169	84.5
Total	200	100.0
RPM		
Si	36	18.0
No	164	82.0
Total	200	100.0

Fuente: datos propios de la investigación

Observamos que la población de adolescentes presenta como factores de riesgo obstétrico la atención prenatal inadecuado con 38% (76), la edad gestacional menor de 37 semanas con 15.5% (31) y por no presentar RPM 18% (36).

Tabla N° 03: Complicaciones materno - perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Enero – Diciembre 2015.

COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES	N°	%
Prematuridad		
Si	29	14.5
No	171	85.5
Total	200	100.0
RCIU		
Si	03	1.5
No	197	98.5
Total	200	100.0
Bajo Peso al Nacer		
Si	36	18.0
No	164	82.0
Total	200	100.0
Sepsis Severa		
Si	01	0.5
No	199	99.5
Total	200	100.0
Pre-Eclampsia		
Si	24	12.0
No	176	88.0
Total	200	100.0
Eclampsia		
Si	01	0.5
No	199	99.5
Total	200	100.0

Fuente: datos propios de la investigación

Observamos que la población de adolescentes presenta como complicaciones maternas perinatales la prematuridad con 14.5% (29); el bajo peso al nacer con 18% (36); la sepsis severa 0.5% (01); la pre-eclampsia 12% (24) y la Eclampsia 0.5% (01). Predominando como complicaciones el bajo peso al nacer, seguido de la prematuridad y la pre-eclampsia.

Tabla N° 04: Relación entre los factores de riesgo materno y las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, enero – diciembre 2015.

FACTORES DE RIESGO MATERNO	PREMATURIDAD (n = 200)					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ESTADO CIVIL						
Soltera	13	6,5%	37	18,5%	50	25,0%
Conviviente	16	8,0%	134	67,0%	150	75,0%
$\chi^2 = 7,112$ G.L. = 1 p-valor = 0,008 significativa a p < 0,05						
PROCEDENCIA						
Rural	6	3,0%	73	36,5%	79	39,5%
Urbana	23	11,5%	98	49,0%	121	60,5%
$\chi^2 = 5,022$ G.L. = 1 p-valor = 0,025 significativa a p < 0,05						
FACTORES DE RIESGO MATERNO	RCIU (n = 200)					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ITS						
Si	1	0,5%	6	3,0%	7	3,5%
No	2	1,0%	191	95,5%	193	96,5%
$\chi^2 = 8,026$ G.L. = 1 p-valor = 0,005 significativa a p < 0,05						
FACTORES DE RIESGO MATERNO	ECLAMPSIA (n = 200)					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA						
Si	1	0,5%	25	12,5%	26	13,0%
No	0	0,0%	174	87,0%	174	87,0%
$\chi^2 = 6,726$ G.L. = 1 p-valor = 0,010 significativa a p < 0,05						
FACTORES DE RIESGO MATERNO	PRE-ECLAMPSIA (n = 200)					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ANEMIA						
Si	17	8,5%	70	35,0%	87	43,5%
No	7	3,5%	106	53,0%	113	56,5%
$\chi^2 = 8,290$ G.L. = 1 p-valor = 0,004 significativa a p < 0,05						
ITU						
Si	7	3,5%	93	46,5%	100	50,0%
No	17	8,5%	83	41,5%	100	50,0%
$\chi^2 = 4,735$ G.L. = 1 p-valor = 0,030 significativa a p < 0,05						

Fuente: datos propios de la investigación

Observamos los Factores de Riesgo Materno en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. Enero – Diciembre 2015, relacionados con la complicación perinatal Prematuridad; dentro de éstos, sólo el Estado Civil y la Procedencia reportan relación significativa ($p < 0.05$). Además la relación con la complicación perinatal RCIU; dentro de éstos, sólo el ITS reporta relación significativa ($p < 0.05$). También la relación con la complicación perinatal ECLAMPSIA; dentro de éstos, sólo la Enfermedad Hipertensiva reporta relación significativa ($p < 0.05$). A su vez la relación de la Pre-eclampsia con los Factores de Riesgo Materno se verifica la existencia de relación significativa ($p < 0.05$) entre los factores de riesgo materno Anemia e ITU, con la complicación materna Pre-eclampsia.

Tabla N° 05: Relación entre los factores de riesgo obstétrico y las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Enero – Diciembre 2015.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS	PREMATURIDAD (n = 200)					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ATENCIÓN PRENATAL						
Inadecuado	20	10,0%	56	28,0	76	38,0
Adecuado	9	4,5%	115	57,5	124	62,0
$X^2 = 13,804$ G.L. = 1 p-valor = 0,000 significativa a $p < 0,05$						
EDAD GESTACIONAL						
< de 37 sem.	29	14,5	2	1,0	31	15,5
> o = a 37 sem.	0	0,0	169	84,5	169	84,5
$X^2 = 184,909$ G.L. = 1 p-valor = 0,000 significativa a $p < 0,05$						
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS	BAJO PESO AL NACER (n = 200)					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
ATENCIÓN PRENATAL						
Inadecuado	19	9,5	57	28,5	76	38,0
Adecuado	17	8,5	107	53,5	124	62,0
$X^2 = 4,069$ G.L. = 1 p-valor = 0,044 significativa a $p < 0,05$						
EDAD GESTACIONAL						
< de 37 sem.	20	10,0	11	5,5	31	15,5
> o = a 37 sem.	16	8,0	153	76,5	169	84,5
$X^2 = 53,909$ G.L. = 1 p-valor = 0,000 significativa a $p < 0,05$						
RPM						
Si	11	5,5	25	12,5	36	18,0
No	25	12,5	139	69,5	164	82,0
$X^2 = 4,689$ G.L. = 1 p-valor = 0,030 significativa a $p < 0,05$						
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO	SEPSIS SEVERA (n = 200)					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD GESTACIONAL						
< de 37 sem.	1	0,5	30	15,0	31	15,5
> o = a 37 sem.	0	0,0	169	84,5	169	84,5
$X^2 = 5,479$ G.L. = 1 p-valor = 0,019 significativa a $p < 0,05$						
RPM						
Si	1	0,5	35	17,5	36	18,0
No	0	0,0	164	82,0	164	82,0
$X^2 = 4,578$ G.L. = 1 p-valor = 0,032 significativa a $p < 0,05$						

Fuente: datos propios de la investigación

Observamos la relación de la Prematuridad con los Factores de Riesgo Obstétricos de las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2

MINSA Tarapoto. Enero – Diciembre 2015, sólo existe relación significativa ($p < 0.05$) con los riesgos Atención Prenatal y la Edad Gestacional, implicando una posible influencia de la Atención Prenatal Inadecuada y el Estado Gestacional Menor a 37 Semanas en presencia de la complicación perinatal Prematuridad. La relación del Bajo Peso al Nacer del recién nacido con los Factores de Riesgo Obstétricos evidencia que existe relación significativa ($p < 0.05$) de los factores: Atención Prenatal, Edad Gestacional y RPM con la complicación perinatal Bajo Peso al Nacer. La relación de Sepsis Severa con los Factores de Riesgo Obstétricos evidencian que existe relación significativa ($p < 0.05$) de los factores: Edad Gestacional y RPM con la complicación perinatal Sepsis Severa.

V. DISCUSION:

El presente estudio “Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales, en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016”, tuvo como finalidad establecer los factores de la madre y del embarazo que contribuyen a las complicaciones del binomio madre niño, ya que en la actualidad se constituyen en la población más vulnerable para enfermar o morir, a pesar de los muchos esfuerzos desarrollados por el sector salud, ya que el índice de mortalidad materna perinatal aún se mantiene alto. Es importante además que esta afección está vinculada a un daño social por que la muerte de la madre afecta a la familia y en general causa su deterioro.

Así mismo esperamos que con los hallazgos, que hoy ponemos a disposición del personal de salud y la sociedad en su conjunto, lo utilicen para promover, motivar y generar el cambio en las autoridades, decisores y la ciudadanía a favor de esta población madre-niño que tanto nos necesita.

En el primer resultado encontramos que la población de adolescentes presenta como factores de riesgo materno el ser convivientes con 75% (150), de procedencia urbana con 60.5% (121), el presentar ITS 3.5% (7), el presentar Enfermedad Hipertensiva con 13% (26), el presentar anemia con 43.5% (87) e ITU con 50% (100).

Resultados que concuerdan con Serra M, Alonso R, Sáez V. (2011), quienes encontraron a la infección vaginal (98,7%) y la anemia (58,2%) como morbilidades más frecuentes. A su vez coincide con Macías C, Murillo E. (2010), quienes encontraron que las gestantes adolescentes procedían de zonas urbanas en un 26%, antes del embarazo actual en el momento de la investigación el 21% de las adolescentes ya habían tenido gestas anteriores, se observó complicaciones obstétricas en 30 (17%) de ellas, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a ITU. También concuerda con Paliza O. (2014), quien encontró que el 47.6% proceden de la zona urbana.

Por lo analizado podemos deducir que las gestantes adolescentes comúnmente presentan como factores de riesgo el hecho de ser solteras y procedentes de zona urbana, lo cual se relaciona con la mayor concentración de población adolescente y que ha esto se agrega las ITS como factor de riesgo por la falta de protección, ya que por su edad muchos adolescentes se encuentran experimentando la relaciones sexuales.

El segundo resultado nos muestra que la población de adolescentes presenta como factores de riesgo obstétrico la atención prenatal inadecuado con 38% (76), la edad gestacional menor de 37 semanas con 15.5% (31) y por no presentar RPM 18% (36).

Resultado que concuerda con lo encontrado por Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. (2011), quienes refieren que más riesgo tienen las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pretérmino. A su vez concuerda con Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Cayra O. (2011), quienes encontraron el número de las atenciones prenatales identificados correspondió a inadecuada atención prenatal 31.4% (114). También concuerda con Paliza O. (2014), quien encontró que el 18.6% con menos de 37 semanas de gestación, el 28.3% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales.

Por el análisis revisado podemos deducir que la adolescentes gestantes acuden en su mayoría a la atención prenatal sin embargo un porcentaje significativo de ellas no llega a cumplir el mínimo de atención prenatales lo cual pueden conllevarla a tener complicaciones materno perinatales, siendo una de ellas la prematuridad que se asocia con la edad gestacional menor de 37 semanas.

El tercer resultado nos muestra que la población de adolescentes presenta como complicaciones maternas perinatales la prematuridad con 14.5% (29); el bajo peso al nacer con 18% (36); la sepsis severa 0.5% (01); la pre-eclampsia 12% (24) y la Eclampsia 0.5% (01). Predominando como complicaciones el bajo peso al nacer, seguido de la prematuridad y la pre-eclampsia.

Resultados que se relacionan con lo encontrado por Serra M, Alonso R, Sáez V. (2011), quienes encontraron la infección vaginal (98,7%), la anemia (58,2%) y la bacteriuria asintomática (38%), como las morbilidades más frecuentes. También concuerda con Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. (2011) quienes encontraron que las adolescentes de 16 a 18 años presentaron parto pretérmino. A su vez concuerda con Macías C, Murillo E. (2010), quienes encontraron complicaciones obstétricas en 30 (17%) adolescentes, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a ITU, un 4% a pre eclampsia, un 2% a RPM y un 1% a hemorragia post parto, sin embargo el 82% no tuvieron complicaciones. Hubo 62% partos espontáneos y por cesáreas el 31%. Así mismo concuerda con Gutiérrez S, Rodríguez J. (2014), quienes encontraron que las complicaciones maternas asociadas a la muerte materna fueron: pre eclampsia-eclampsia, con mayor frecuencia (50%). También concuerda con Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Cayra O. (2011), quienes encontraron como complicaciones obstétricas: anemia 25.3% (92), infección del tracto urinario 14% (51), y pre eclampsia 21.9% (80), parto prematuro 13.2% (48). Así mismo concuerda con Paliza O. (2014), quien encontró que el 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), pre-clampsia leve/severa (6.9%). El 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sepsis neonatal (4.1%) y prematuridad (2.8%).

Producto del análisis podemos deducir que las complicaciones maternas perinatales como la prematuridad, el bajo peso al nacer; la sepsis severa; la pre-eclampsia y la Eclampsia, son más frecuentes en las gestantes adolescentes lo cual nos demanda una mejor atención prenatal con enfoque integral y de riesgo que nos permita identificar oportunamente los factores de riesgo.

El cuarto resultado nos muestra la relación entre los factores maternos y obstétricos en relación con las complicaciones materno perinatales donde al relacionar estadísticamente se encontró que la complicación perinatal Prematuridad guarda relación significativa ($p < 0.05$) con el Estado Civil soltera y la Procedencia urbana. También existe relación significativa ($p < 0.05$) de complicación perinatal RCIU con las ITS. También existe relación significativa ($p < 0.05$) de la complicación perinatal ECLAMPSIA; con la Enfermedad Hipertensiva. A su vez existe relación significativa ($p < 0.05$) de la Pre-eclampsia con los Factores de Riesgo Materno Anemia e ITU y con la complicación materna Pre-eclampsia.

La Prematuridad como factor de riesgo obstétrico de las parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. Enero – Diciembre 2015, sólo existe relación significativa ($p < 0.05$) con los riesgos Atención Prenatal y la Edad Gestacional, implicando influencia de la Atención Prenatal Inadecuada y el Estado Gestacional Menor a 37 Semanas en la presencia de la complicación perinatal Prematuridad. La relación del Bajo Peso al Nacer del recién nacido con los Factores de

Riesgo Obstétricos evidencia que existe relación significativa ($p < 0.05$) de los factores: Atención Prenatal, Edad Gestacional y RPM con la complicación perinatal Bajo Peso al Nacer. La relación de Sepsis Severa con los Factores de Riesgo Obstétricos evidencian que existe relación significativa ($p < 0.05$) de los factores: Edad Gestacional y RPM con la complicación perinatal Sepsis Severa.

Resultado que concuerda con Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. (2011), quienes concluyen que el embarazo a edad temprana conlleva a complicaciones durante la gestación. También concuerda con Gutiérrez S, Rodríguez J. (2014), quienes encontraron que las complicaciones maternas asociadas a la muerte materna fueron: la pre eclampsia-eclampsia, con mayor frecuencia (50%).

Producto del análisis podemos mencionar que los factores de riesgo materno y obstétrico están presente en toda gestante adolescente, por ende las complicaciones materno perinatales pueden ocurrir en cualquier momento y como obstetras y demás profesionales de la salud debemos estar atentos y brindar la atención prenatal con enfoque de riesgo para detectar dichos factores para atenuarlos y/o eliminarlos y evitar las complicaciones.

VI. CONCLUSIONES:

1. Los factores de riesgo materno que presentaron las adolescentes fueron: ser convivientes con 75%, de procedencia urbana con 60.5%, el presentar ITS 3.5%, el presentar Enfermedad Hipertensiva con 13%, el presentar anemia con 43.5% e ITU con 50%.
2. Los factores de riesgo Obstétrico que presentaron las adolescentes fueron: atención prenatal inadecuada con 38% y la edad gestacional menor de 37 semanas con 15.5%.
3. La población de adolescentes presenta como complicaciones maternas perinatales: la prematuridad con 14.5%; el bajo peso al nacer con 18%; la sepsis severa 0.5%; la pre-eclampsia 12% y la Eclampsia 0.5%.
4. Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los factores de riesgos maternos y obstétricos con las complicaciones maternas perinatales

VII. RECOMENDACIONES:

1. Al personal de salud, considerar en las gestantes adolescentes como factores de riesgo materno y obstétrico importantes para las complicaciones materno perinatales la condición de convivientes, el proceder de zona urbana, tener ITS, tener antecedente de enfermedad hipertensiva, tener atención prenatal inadecuada y la edad gestacional menor de 37 semanas.
2. A las diferentes instituciones públicas y privadas que presentan servicios de atención materna perinatal, considerar como complicaciones en el embarazo adolescente: la prematuridad, el bajo peso al nacer, la sepsis severa, la pre-eclampsia y la Eclampsia.
3. A los Obstetras, realizar una atención prenatal integral con enfoque de riesgo para que se identifique y atenué los factores de riesgo que llevarían a complicaciones maternas perinatales.
4. Al Colegio de Obstetras y MINSA, promover y fortalecer las políticas de atención pre-concepcional, para evaluar a la mujer y su pareja antes de la gestación, con el propósito de prevenir el embarazo de alto riesgo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Cabrera J. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev. Cub. Obstet y Gine, 2003; (29): 28-9
2. OPS/OMS – FNUAP – UNICEF (2001). “Manual de monitoreo y evaluación de programas de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes”.
3. Fernández L, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. “Caracterización de la gestante adolescente”. RCOG 2004 [25 de noviembre de 2005]
4. OMS OPS. El embarazo en la adolescencia y sus riesgos: lineamientos para el diseño de HARRINSON, Emily. Los factores que contribuyen a la alta incidencia del embarazo en Tena, Ecuador. Fundación CIMAS, 2007. pp. 1-16
5. Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington D.C. OPS, 2005. Disponible en: www.ops.org.bo.
6. Molina R., Sandoval J., Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

7. Sáez V. "Morbilidad de la madre adolescente". Hospital Gineco-obstétrico "Clodomira Acosta Ferrales". Rev Cubana ObstetGinecol v.31 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2005.
8. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. "Reglamento Técnico Administrativo para la promoción y desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes". Caracas: 2003. Tomo I: 3-4.
9. Suazo, M. Población, pobreza y desigualdades en América Latina. Tomado de: Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes Ecuador 2009.
10. Ministerio de Salud. "Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud 2005 – 2008. La calidad de la atención es un derecho del ciudadano". 1º Edición. Lima 2010
11. García M, Hernández M, Manjon A. Embarazo y adolescencia - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
12. Mejía E. "Características del embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente en la altura". Ginecol. Obstet Perú. 2000; 46(2):135-40.

13. INEI ENDES. Elaboración de la etapa de vida del adolescente – MINSA. Lima Perú. 2007.
14. INEI. Perú: “Situación social de las madres adolescentes 2007”. Lima Perú.
15. ENDES Continua, 2000-2011. “Embarazo Adolescente”
16. ENDES continua, 2014. “Embarazo Adolescente”
17. Duverges C, Fesina R, Schwarcz R, Modificaciones de la anatomía y fisiología maternas producida por el embarazo, Obstetricia; 6° Edic, Bs Aires, El Ateneo; 2005; Cap. 4; Pág. 51
18. Physicians For Human Rights; Demoras fatales, Mortalidad Materna en el Perú; EE.UU. 2007. Pág. 55-58/314.
19. Bloom S, Cunningham G, Leveno K, et al. Williams Obstetricia. 22° Edic. McGraw Hill Interamericana; 2006; Secc. 4 y 6; Pág. 407-619, 693- 751. México 2006.
20. Moreno F, Vela J. Anemia en el embarazo y su relación con algunas complicaciones maternas en el Hospital Regional docente de Trujillo. Enero – Diciembre 2009; tesis para optar el título de Obstetra, Universidad Privada Antenor Orrego; Trujillo-Perú, 2010

21. MINSA; Dirección General de Epidemiología, Red General de Epidemiología; La Mortalidad Materna en el Perú. Bol Epidemiol (Lima). 2012; 21 (52): 892 – 896
22. MINSA, Oficina General de Epidemiología; La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011; Lima - Perú; Año 2013.
23. Serra M, Alonso R, Sáez V. Embarazo en adolescentes del Policlínico “Rafael Valdés” en el año 2009. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2011; 9(5) Especial. Cuba. 2009. Consulta 14.10.16 5:56 am.
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1761>
24. Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2 • Abril-Junio 2011 • (141-147). ISSN: 0034-7434 Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Bogotá, Colombia. 2011. Consulta 15.10.16 4:57 am.
<file:///C:/Users/admin/Downloads/Edad%20de%20la%20gestante%20adolescente%20como%20factor%20de%20riesgo%20para%20complicaciones%20en%20el%20embarazo.%20Cartagena.pdf>

25. Macías C, Murillo E. "Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera, de enero a septiembre del 2010". En Tesis para optar grado de médico cirujano. Universidad Técnica de Manabi. Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Portoviejo-Ecuador 2011. Consulta 14.10.16 6:38 am. http://biblioteca.utm.edu.ec/opac_css/index.php?lvl=more_results&mode=keyword&user_query=EMBARAZO+EN+ADOLESCENTES%2C+EMBARAZO-ADOLESCENTES-ASPECTO+SOCIAL%2C+ENFERMERIA+OBSTETRICA%2C+EMBARAZO+EN+ADOLESCENTES%3A+INSTRUCCIONES+PARA+ENFERMERAS
26. Gutiérrez S, Rodríguez J. Principales factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la presencia de muerte materna en el parto y puerperio en pacientes atendidas en el Hospital Leoncio Prado. Distrito Huamachuco - Provincia Sánchez Carrión. Durante los años 2003 – 2013. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia. Tesis para optar el Título Profesional de Obstetrix y Obstetra. Trujillo Perú 2014. Consulta 15.10.16 5:08 am. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/321/1/GUTIERREZ_SUSAN_FACTORES_RIESGO_COMPLICACIONES_CARATULA.pdf
27. Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Cayra O. "Patologías Obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las Adolescentes atendidas

en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2009". Rev. Aporte Santiaguino 2011; 4(2): 177-184. ISSN 2070-836X. Consulta 14.10.16 5:42 am. <http://catalog.ihnsn.org/index.php/citations/22752>

28. Paliza O. Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba julio a diciembre 2014. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas". Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. San Martín Perú. 2014. Consulta 15.10.16 4:55 am. <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/550/1/Tesis%20completa.pdf>
29. Castro M, Cano A, Rebollar M. Programa Crecer en la Adolescencia. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 2005.
30. UNICEF. La adolescencia. Una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia. Págs. 4 y 7. 2011.
31. Cruz M, Romero M, Pastrana M. Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes del B° Teodoro López". (IV trimestre del 2004).
32. INEI. Embarazo y maternidad de adolescentes según ámbito geográfico adolescentes 2014. Embarazo y maternidad de adolescentes según ámbito geográfico. Perú. 2014.

33. MINSA-DGE. "Sida, distribución por edad y sexo". Perú. A diciembre 2011.
34. Hurtado R. Diagnóstico de la Situación de la Mortalidad Materna en Adolescentes". INPPARES, Proyecto Voces y Rendición de Cuentas, abril 2010.
35. Decidiendo con Libertad: "Ejercicio pleno, seguro y responsable de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes, jóvenes y mujeres en Bolivia, Perú y Ecuador -Sección Perú". INPPARES–Louvain Development 2011.
36. Gutiérrez E. Mensaje a los padres. La Habana: Editorial Científico Técnica, 2003.
37. Peláez J. Consideraciones para el desarrollo de programas sobre salud sexual, reproductiva y planificación familiar. Métodos anticonceptivos. Actualidades y perspectivas para el nuevo milenio La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2001
38. Lugones M y Quintana T. "Algunas afecciones y problemas de interés de la Ginecología Infanto-Juvenil en la atención primaria". RevCub MGI, 2003; 14 (1). Cuba 2003.

39. Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas". Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 2002; 44-62.
40. Ahued J, Lira J y Assad L. "La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública". CirCiruj 2001; 69:300-3.
41. Mirabal G, Modesta M, Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Policlínico Docente "Manuel González Díaz". Rev. Cubana Enfermer. v.18 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002.
42. Sandoval J. Morbilidad obstétrica en adolescentes. En: Sandoval J, González E, editores. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. 3a edición. Caracas: Mediterráneo; 2003.p.451. Venezuela 2003.

IX. ANEXOS:

Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos

Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia

Estudio: “Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas – perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016

Ficha de recolección de datos

Instrucciones:

Por favor antes de recolectar la información confirmar que la historia clínica corresponda al caso seleccionado y asegúrese de tomar toda información necesaria y completa según indica el instrumento.

1. FACTORES DE RIESGO MATERNO:

- 1.1.1. **Edad:** a).10-14 b). 15- <19
- 1.1.2. **Estado civil:** a). Soltera b). Conviviente c). Casada
- 1.1.3. **Procedencia:** a). Rural b). Urbana
- 1.1.4. **Grado de instrucción:** a). Analfabeta b). Primaria () c) Secundaria () d). superior no universitario () d). superior universitario ()
- 1.1.5. **Estado Nutricional:** a). Normal b). Bajo peso c). Sobre peso d). Obesidad
- 1.1.6. **Antecedente Materno:**
- | | | |
|-----------------------------|-------|-------|
| a) Enfermedad Hipertensiva: | 1. Si | 2. No |
| b) Diabetes Mellitus: | 1. Si | 2. No |
| c) Anemia: | 1. Si | 2. No |
| d) ITU: | 1. Si | 2. No |
| e) ITS: | 1. Si | 2. No |
| e) otros: | 1. Si | 2. No |

2. FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS:

2.1.1. **Atención Prenatal:** 1. Adecuado (≥ 6 CPN) 2. Inadecuado (≤ 5 CPN) 3. Sin CPN.

2.1.2. **Formula obstétrica:**

a) 0-1 b) 2-3

2.1.3. **Edad gestacional:** a) <37 semanas b) ≥ 37 semanas.

2.1.4. **Periodo intergenesico:** a) ≤ 2 años b) > 2 años

2.1.5. **Patología obstétrica:** a) si b) no

✓ RPM: a) si b) no

✓ EHIE: a) si b) no

✓ Trabajo de parto Prolongado: a) si b) no

✓ Expulsivo Prolongado: a) si b) no

✓ Diabetes gestacional: a) si b) no

✓ Insuficiencia placentaria: a) si b) no

✓ DCP: a) si b) no

✓ Otros: a) si b) no

3. COMPLICACIONES PERINATALES:

3.1.1. **Prematuridad:**

a) Si b) no

3.1.2. **RCIU:**

a) Si b) no

3.1.3. **Sepsis Neonatal:**

a) Si b) no

3.1.4. **Bajo peso al nacer:**

a) Si b) no

3.1.5. **Malformaciones congénitas:**

a) Si b) no

3.1.6. **Muerte Neonatal:**

a) Si b) no

3.1.7. **Asfixia Neonatal**

a) Si b) no

3.1.8. **Oligohamnios:**

a) Si b) no

3.1.9. SFA:

- a) Si b) no

4. COMPLICACIONES MATERNAS:

4.1.1. Sepsis Severa:

- a) Si b) no

4.1.2. Pre-eclampsia:

- a) Si b) no

Eclampsia: a) Si b) no

4.1.3. Síndrome de Hellp:

- a) Si b) no

4.1.4. Hemorragia Post Parto:

- a) Si b) no

4.1.5. Atonía uterina:

- a) Si b) no

4.1.6. Desgarros:

- a) Si b) no

Desgarro perineal: a) si b) no

Desgarro cervical: b) si b) no

Desgarro de canal vaginal: b) si b) no

Anexo N° 2: Otros datos relevantes del estudio

FACTORES DE RIESGO MATERNO	ODDS RATIO		
	Valor	Intervalo 95%	
		Inferior	Superior
Estado Civil	2,942	1,249	6,663
Procedencia	0,350	0,136	0,904

Interpretación OR:

1.- "La razón entre presencia de Prematuridad versus ausencia de Prematuridad es 2,9 veces mayor en las parturientas adolescentes solteras en comparación a las casadas. Esta asociación es estadísticamente significativa".

2.- "La razón entre presencia de Prematuridad versus ausencia de Prematuridad es 0,35 veces en las parturientas adolescentes de procedencia rural en comparación a las procedencia urbana Esta asociación es estadísticamente significativa, constituyéndose en un factor de protección".

FACTORES DE RIESGO MATERNO	ODDS RATIO		
	Valor	Intervalo 95%	
		Inferior	Superior
ITS	15,917	1,262	200,666

Interpretación OR:

1.- "La razón entre presencia de RCIU versus ausencia de RCIU es 15,9 veces mayor en las parturientas adolescentes que registraron ITS en comparación a las que no registraron. Esta asociación es estadísticamente significativa".

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO	ODDS RATIO		
	Valor	Intervalo 95%	
		Inferior	Superior
Enfermedad Hipertensiva *	0,962	0,890	1,038

Interpretación OR:

1.- "La razón entre presencia de Eclampsia versus ausencia de Eclampsia es 0,96 veces igual en las parturientas adolescentes que registraron Enfermedad Hipertensiva en comparación a las que no registraron. Esta asociación no es estadísticamente significativa".

FACTORES DE RIESGO MATERNO	ODDS RATIO		
	Valor	Intervalo 95%	
		Inferior	Superior
Anemia	3,678	1,450	9,326
ITU	0,365	0,145	0,930

Interpretación OR:

1.- "La razón entre presencia de Pre-Eclampsia versus ausencia de Pre-Eclampsia es 3,7 veces mayor en las parturientas adolescentes con Anemia en comparación a las que no están expuestas a este factor. Esta asociación es estadísticamente significativa".

2.- "La razón entre presencia de Pre-Eclampsia versus ausencia de Pre-Eclampsia es 0,35 veces en las parturientas adolescentes con ITU en comparación a las que no tienen Esta asociación es estadísticamente significativa, constituyéndose en un posible factor de protección".

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO	ODDS RATIO		
	Valor	Intervalo 95%	
		Inferior	Superior
Atención Prenatal	4,563	1,952	10,667
Edad Gestacional	0,065	0,017	0,247

Interpretación OR:

1.- "La razón entre presencia de Prematuridad versus ausencia de Prematuridad es 4,6 veces mayor en las parturientas adolescentes con Control Prenatal Inadecuado en comparación a las que no están expuestas a este factor. Esta asociación es estadísticamente significativa".

2.- "La razón entre presencia de Prematuridad versus ausencia de Prematuridad es 0,065 veces en las parturientas adolescentes con Edad Gestacional menor a 37 semanas en comparación a las que no tienen esta categoría. Esta asociación no es estadísticamente significativa".

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO	ODDS RATIO		
	Valor	Intervalo 95%	
		Inferior	Superior
Atención Prenatal	2,098	1,012	4,349
Edad Gestacional	17,386	7,083	42,680
RPM	2,446	1,070	4,349

Interpretación OR:

1.- "La razón entre presencia de Bajo Peso al Nacer en los recién nacidos versus ausencia de Bajo Peso al Nacer es 2,1 veces mayor en las parturientas adolescentes con Atención Prenatal inadecuada en comparación a las que no tiene esta categoría. Esta asociación es estadísticamente significativa".

2.- "La razón entre presencia de Bajo Peso al Nacer en los recién nacidos versus ausencia de Bajo Peso al Nacer es 17,4 veces mayor en las parturientas adolescentes con Edad Gestacional menor a 37 semanas en comparación a las que no tiene esta categoría. Esta asociación es estadísticamente significativa".

3.- "La razón entre presencia de Bajo Peso al Nacer en los recién nacidos versus ausencia de Bajo Peso al Nacer es 2,5 veces mayor en las parturientas adolescentes con presencia de RPM en comparación a las que no tienen. Esta asociación es estadísticamente significativa".

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO	ODDS RATIO		
	Valor	Intervalo 95%	
		Inferior	Superior
Edad Gestacional *	0,968	0,908	1,032
RPM *	0,972	0,420	1,027

1.- "La razón entre presencia de Sepsis Severa versus ausencia de Sepsis Severa es 0,968 veces en las parturientas adolescentes con Edad Gestacional menor a 37 semanas en comparación a las que no tienen esta categoría. Esta asociación no es estadísticamente significativa".

2.- "La razón entre presencia de Sepsis Severa versus ausencia de Sepsis Severa es 0,972 veces en las parturientas adolescentes con RPM en comparación a las que no tienen este factor. Esta asociación no es estadísticamente significativa".

