



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



**Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"DR. DANIEL ALCIDES CARRIÓN"



**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA  
DEL SOCORRO DE ICA, PERÚ, 2019**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO- CIRUJANO

**AUTOR:**

KAREN KRISTHEL ORMEÑO SOTO

**ASESOR:**

MG. FELIMON MAURO SAAVEDRA PARRA

ICA-PERÚ

2021

**DEDICATORIA:**

A Dios, por guiar mis pasos y acompañarme en todo momento.

A ROSA SOTO VARGAS, por haberme dado la vida y apoyarme a lo largo de mi vida, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante.

**Karen Ormeño Soto**

**AGRADECIMIENTO:**

A Mi asesor y revisores de investigación por su valiosa ayuda profesional y oportuno asesoramiento para la culminación del presente trabajo de investigación.

**Karen Ormeño Soto**

## INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	6
ABSTRAC	7
CONTRACARATULA	8
INTRODUCCION	9
<b>CAPITULO I MARO TEORICO</b>	
1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	11
1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	11
1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	14
1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES	16
1.2 BASES TEORICAS	17
1.3 MARCO CONCEPTUAL	29
1.4 MARCO FILOSOFICO	30
<b>CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
2.1 SITUACION PROBLEMÁTICA	31
2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	32
2.2.1 PROBLEMA GENERAL	32
2.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS	32
2.2.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA	32
2.3 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	33
2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	34
2.4.1 OBJETIVO GENERAL	34
2.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO	34
2.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACION	35
2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE ESTUDIO	36
<b>CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	
3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACION	37
3.2 POBLACION	37
3.3 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION	38

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS**

4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 39

4.2 TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 40

## **CAPITULO V**

5.1 PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 41

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS 49

CONCLUSIONES 54

RECOMENDACIONES 55

FUENTES BIBLIOGRAFICAS 56

ANEXOS 62

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2019.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. De una población constituida por 145 adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto que fueron atendidas en un Hospital General de Ica en el año 2019. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas, ingresaron al estudio las que cumplieron los criterios de inclusión.

**Resultados:** El (93.10%) pertenecían a la adolescencia tardía, CPN inadecuado (51%), primigestas (84.82%), nacimientos a término (79%), tuvieron parto distócico (38%). Las complicaciones que se presentaron son: trastornos hipertensivos (20.63%), fase latente prolongada (8.73%), fase activa prolongada (10,32%), hiperdinamia uterina (4,76%), Desgarro vulvoperineal (16,67%), Desgarro de vagina (4,76%), Desgarro Cérvix (3,17%), expulsivo prolongado (7,14%), hemorragia uterina (11.11%) y atonía uterina (7.14%).

### **Conclusiones:**

El parto en la adolescencia es factor de riesgo para presentar una complicación obstétrica durante el parto.

**Palabras clave:** Parto; Adolescencia; complicaciones; Hemorragias



## **ABSTRAC**

**Objective:** To identify the obstetric complications during childbirth in adolescents treated at the Santa María del Socorro Hospital in Ica in 2019.

**Methodology:** A descriptive, cross-sectional and retrospective study was carried out. From a population made up of 145 adolescents who had complications during childbirth who were treated at a General Hospital in Ica in 2019. Data were collected from medical records, those who met the inclusion criteria entered the study.

**Results:** The (93.10%) belonged to late adolescence, inadequate CPN (51%), primigravida (84.82%), term births (79%), had dystocic delivery (38%). The complications that occurred are: hypertensive disorders (20.63%), prolonged latent phase (8.73%), prolonged active phase (10.32%), uterine hyperdynamia (4.76%), vulvoperineal tear (16.67%), Vaginal tear (4.76%), Cervical tear (3.17%), prolonged expulsive (7.14%), uterine bleeding (11.11%) and uterine atony (7.14%).

**Conclusions:** Childbirth in adolescence is a risk factor for presenting an obstetric complication during childbirth.

**Keywords:** Birth; Adolescence; complications; Bleeding

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“DR. DANIEL ALCIDES CARRIÓN”**

**TESIS:**

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA  
DEL SOCORRO DE ICA, PERÚ, 2019**

**AUTOR:**

**KAREN KRISTHEL ORMEÑO SOTO**

**ASESOR:**

**Mg. FELIMON MAURO SAAVEDRA PARRA**

## **INTRODUCCION**

Actualmente existe un aumento en la incidencia del embarazo adolescente, siendo un gran problema de salud pública tanto nacional y mundial. Generando factores condicionantes a problemas familiares, socioculturales y problemas gineco-obstétricos.<sup>1</sup>

“Además, las adolescentes pueden presentar una complicación durante su embarazo poniendo en riesgo su vida y el futuro de su hijo, debido a que no tienen una estabilidad emocional, social y económica.”<sup>1</sup>

A nivel mundial, a fines del siglo XX, se estimó que en un 25% aproximadamente de nacimientos fueron de mujeres adolescentes en países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que: “16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años tiene su parto cada año”.<sup>1,2</sup>

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] estima que durante el año 2019: “11,272 (12.6%) adolescentes, menores de 15 años fueron madres, asimismo de todos los nacimientos que ocurren al día, 3 a 4 nacimientos son de adolescentes menores de 15 años. Además, 13 de cada 100 adolescentes entre los 15 y 19 años han sido madres o están embarazadas”.<sup>3</sup>

El embarazo y maternidad en adolescentes es un hecho que ha ido en aumento con el transcurrir de los últimos años, y con ello la asociación de un elevado riesgo de desarrollar distintas complicaciones obstétricas y perinatales.<sup>4</sup>

Entre los factores de riesgo que inciden en la evolución del embarazo y de su producto se pueden identificar asociado a la etapa preconcepcional, así como también se encuentran las diversas patologías propias del embarazo.

Por lo tanto, este estudio tiene por finalidad determinar las complicaciones durante el parto en adolescentes atendidas en el “hospital Santa María Del Socorro de Ica”, Perú en el año 2019.

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

#### 1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

##### 1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Romero Lama, S. y Ramos Rendon, Y.** “El objetivo del estudio fue identificar las complicaciones obstétricas más frecuentes que se presentaron en la labor de parto en pacientes atendidas en el Hospital obstétrico Ángela Loayza de Ollague, durante 1 de enero al 30 junio 2019, se utilizó una muestra de 100 embarazadas siendo un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y no experimental”<sup>5</sup>.

Resultados: DCP ocupa primer lugar (30%), seguido de los trastornos hipertensivos (26%), mientras que placenta previa y sepsis no se reportaron, se encontró como principal factor de riesgo los controles prenatales deficientes.

Conclusión: el embarazo en la etapa adolescente conlleva a complicaciones maternas y neonatales por lo que se propone un plan de charlas educativas sobre controles prenatales e identificación de factores de riesgo que conlleven a disminuirlas.<sup>5</sup>

**Nahathai Watcharaseranee** “La incidencia y las complicaciones del embarazo adolescente en el hospital Chonburi– Tailandia.” Estudio retrospectivo donde el objetivo fue determinar la incidencia del embarazo adolescente y comparar la obstetricia y complicaciones neonatales de madres adolescentes con madres adultas. El grupo de estudio consistió en primigestas de 13 a 20 años y el grupo de control consistió en primigestas de 20-25 años que dieron nacimiento en el Hospital Chonburi del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. El grupo de estudio consistió en 2,490 mujeres y el grupo de control consistió en 3,909 mujeres. El estudio encontró que la incidencia de embarazos en adolescentes en el Hospital Chonburi fue de 90 casos por cada 1,000 madres. El grupo de estudio tuvo una edad gestacional más baja al momento del parto que el grupo control y una tasa

de parto prematuro más alta (20.1% vs 13.9%,  $p < 0.001$ ). El grupo de estudio tuvo una atención prenatal más inadecuada que el grupo control (25.9% vs 13.4%,  $p < 0.001$ ). El parto vaginal fue la ruta principal de parto en el grupo de estudio. La anemia fue una diferencia significativa entre los grupos de estudio y control (17.1% vs 11.1%,  $p < 0.001$ ). Se encontró que la incidencia del embarazo adolescente era del 9%. Las madres adolescentes tenían niveles más bajos de educación y niveles más altos de atención prenatal inadecuada. El parto prematuro y la anemia fueron las complicaciones obstétricas más frecuentes en el embarazo adolescente.<sup>6</sup>

**Villafuerte W.** “Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el hospital provincial general de Latacunga” Argentina.” El objetivo es el análisis, identificación de las complicaciones obstétricas que presentan las adolescentes embarazadas durante el trabajo de parto, cuenta con una muestra de 160 adolescentes embarazadas donde la mayor parte perteneció la etapa tardía con un 78%, una media de 17.5 años de edad y una desviación estándar de 1.45. Dentro de las complicaciones durante el trabajo del parto la mayor parte de la población se presentó en las gestaciones a término, de todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía parto eutócico y 30% por distócico.<sup>7</sup>

Conclusión: “el 42,5% presentaron algún tipo de complicación, 30% desgarros perineales, 10% hemorragias y 25% otras complicaciones. Al analizar la paridad, el 90% presentó una, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad.”<sup>7</sup>

**Aquino C.** “Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para desarrollar complicaciones en el embarazo. Cartagena - Colombia.” El estudio es de tipo corte, transversal, que tiene por objetivo investigar las complicaciones que se presentan durante el embarazo en adolescentes realizados en la ciudad de Cartagena (Colombia). Compara el resultado de 268 embarazos adolescentes (mujeres con edad  $< 20$  en la primera visita de atención prenatal) con 689 embarazos no adolescentes (mujer de 20 a 34

años). La incidencia de embarazo adolescente fue del 15,24%. A diferencia de las madres no adolescentes, la visita completa de atención prenatal fue menos probable entre las madres adolescentes, 66.5% frente a 90.5% respectivamente ( $p < 0.001$ ). Se encontró una mayor proporción de parto vaginal normal en madres adolescentes (59.7% vs. 36.4%). La aparición de desproporción cefalopélvica (DPC) pareció ser menor en el grupo de adolescentes en comparación con el grupo de no adolescentes, 14.5% frente a 26.4% ( $p < 0.001$ ). Además, la hemorragia posparto era poco probable que ocurriera en el grupo de adolescentes, 3.8% vs. 8.4% ( $p = 0.016$ ).<sup>8</sup>

**Ordoñez O.** Planteo en su investigación como objetivo determinar las características obstétricas y las complicaciones del embarazo adolescente. Este estudio comparativo transversal se realizó en el Hospital Peshawar de enero a diciembre de 2015. El análisis incluyó 61 adolescentes solteras, mujeres con  $\geq 24$  semanas completas de gestación y se compararon con 367 mujeres de veinte años.

En los resultados se observó que los embarazos adolescentes tenían un mayor riesgo de parto vaginal quirúrgico (14.7% vs 20% [ $p < 0.05$ ]) y mortalidad perinatal de 18%; particularmente enfermedades hipertensivas del embarazo (31.2 vs 8.1% [ $p < 0.05$ ]), anomalías placentarias (13.1 vs 6.8 [ $p < 0.05$ ]) y anemia (41 vs 15 [ $p < 0.05$ ]). Por otro lado, se asoció con menores riesgos de parto por cesárea, macrosomía y parto prematuro ( $[p > 0.05]$ ). El ajuste adicional para el aumento de peso durante el embarazo y la puntuación de Apgar a los 5 min no cambiaron.

Conclusión: se sugiere que los embarazos adolescentes tuvieron un mayor riesgo de embarazo adverso resultados particularmente enfermedades hipertensivas del embarazo, anomalías placentarias y anemia en comparación al embarazo adulto.<sup>9</sup>

### 1.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES

**Ruiz Ruiz, J.** “Planteo en su estudio como objetivo Determinar la relación entre las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre 2015 y febrero 2016”<sup>10</sup>  
Método Estudio fue no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo y correlacional, tamaño de la muestra fue 238 adolescentes.

“Siendo los resultados: edad gestacional > o igual a 29 ss. (98.74%), primíparas (71.01%), atención prenatal adecuada (67.7%) y tipo de parto eutócico (66.81%). Las características sociodemográficas predominantes fueron: adolescencia tardía (91.6%), procedencia urbana (68.49%) y nivel de instrucción secundaria (66.39%), el (54.2%) de adolescentes presentaron alguna complicación obstétrica siendo las adolescentes tempranas las que tienen mayor probabilidad de presentarlas (85%) alguna complicación. determinando las más frecuentes: parto pre termino (7.56%), seguido por trabajo de parto prolongado (7.56%), expulsivo prolongado (7.14%), desproporción céfalo pélvica (6.72%), preeclampsia (5.88%), desgarros perineales y desgarro cervical con (5.88%).”<sup>10</sup>

Conclusión: El embarazo en la adolescencia es un problema de salud que hoy está en aumento y que continúa siendo necesario investigar.<sup>10</sup>

**Wilcamango Salas, J.** Planteo en su estudio como objetivo Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes puérperas multíparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016. Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo; con un tamaño muestral 567 adolescentes. Resultados: El 96.3% de las pacientes pertenecían a la adolescencia tardía. La mayoría (70.7%) fueron gestantes no controladas, con inicio tardío de controles prenatales (75.5%), predominancia de partos a término (86.2%) y, eligieron a los inyectables (45.9%) como anticoncepción al egreso. La mayoría tuvo dos embarazos



(85.7%), dos partos (95.9%), ningún aborto (89.2%) y hubo predominio de partos eutócicos (67.5%).

Conclusiones: Hubo predominio de partos a término, diferente a algunos trabajos que lo asocian a partos pretérmino. El control prenatal fue inadecuado, considerándose como gestantes no controladas.<sup>11</sup>

**Flores H.** “Estudio sobre complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes del hospital maría auxiliadora, Lima, Perú, durante el año 2016.” El estudio transversal con seguimiento prospectivo con un tamaño de muestra de 210 adolescentes primigrávida. Resultados: De 1921, 210 (10.9%) eran adolescentes primigrávidas. 137 (65,2%) entregados por parto vaginal espontáneo. Las complicaciones maternas observadas incluyen desgarro perineal (32.4%), HPP (4.8%) y desgarro cervical (3.3%). No hubo muerte materna entre adolescentes durante el período de estudio.

Conclusion: la alta prevalencia y los resultados adversos observados en primigestas adolescentes pueden deberse al bajo nivel educativo y al estado de soltera.<sup>12</sup>

**Arévalo G, Torres M.** “Condicionantes De Las Complicaciones Maternas – Perinatales En Adolescentes Atendidas En El Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto - Diciembre 2016.”

El objetivo fue comparar las complicaciones obstétricas y perinatales entre el embarazo adolescente y no adolescente. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo para investigar a 957 mujeres embarazadas solteras comparando los resultados del embarazo de 268 embarazos adolescentes con 689 no adolescentes embarazadas (mujer de 20 a 34 años). A diferencia de las gestantes no adolescentes, era menos probable que se encontrara una visita completa de atención prenatal entre gestantes adolescentes, 66.5% vs. 90.5% respectivamente ( $p < 0,001$ ). Se encontró una mayor proporción de parto vaginal normal en madres adolescentes (59.7% vs.

36.4%). La ocurrencia de desproporción cefalopélvica (DPC) parecía ser menor en el grupo de adolescentes en comparación con el grupo de no adolescentes, 14.5% vs. 26,4% ( $p < 0,001$ ). Además, la hemorragia posparto era poco probable que ocurriera en el grupo de adolescentes, 3.8% vs. 8.4% ( $p = 0.016$ ). Se encontró que la proporción de partos prematuros es mayor en el embarazo adolescente en comparación con el embarazo no adolescente (16.2% vs. 5,5%,  $p < 0,001$ ).

Conclusión: las complicaciones obstétricas fueron menos probables entre los embarazos adolescentes, la mayoría de los neonatos con consecuencias adversas se observaron en madres con edades más jóvenes.<sup>13</sup>

### **1.1.2. ANTECEDENTES LOCALES**

**Bendezú et al.** “Características y riesgos de gestantes adolescentes.” En un estudio realizado en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” Ica durante el año 2016, investigación descriptiva retrospectiva con el objetivo determinar la incidencia, los factores de riesgos y complicaciones más frecuentes que se presentan durante las fases del embarazo y el parto en mujeres en la etapa de adolescencia. La población total del estudio fue de 177 adolescentes cuyo parto fue atendido en el mencionado hospital y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes correspondiente al grupo etario de 20 a 34 años. Se encontró que el embarazo en mujeres de 11 a 19 años fue de 6,6% de toda la población atendida, siendo las complicaciones 18,2, infecciones urinarias 14% e hipertensión gestacional 17%. El autor llega a la conclusión de que embarazo en la adolescencia tiene riesgo elevado de complicaciones.<sup>14</sup>

## **1.2 BASES TEÓRICAS**

### **1.2.1 ADOLESCENCIA.**

Según la OMS lo define como “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”<sup>1</sup> y establece sus límites entre los 10 y 19 años y se puede clasificar en 2 etapas.

<sup>15,16</sup>

1. Adolescencia Temprana: comprende de 10 a 14 años: <sup>15</sup>

2. Adolescencia tardía: comprende de 15 a 19 años: <sup>15,16</sup>

### **1.2.2 “EMBARAZO EN ADOLESCENCIA”**

Se define como la gestación en mujeres, que pertenecen a la etapa de adolescencia comprendidos entre las edades de 10 a 19 años.<sup>15</sup>

### **1.2.3 “LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO”**

#### **1.2.3.1 “PLACENTA PREVIA”**

##### **a. Definición**

Es la inserción total o parcial de la placenta en relación con el orificio cervical interno del segmento uterino, que persiste después de la semana 24 de gestación. <sup>17</sup>

##### **b. Clasificación**

- “Placenta previa total”: El orificio interno cervical está totalmente cubierto por la placenta.
- Placenta previa parcial: El orificio interno cervical se encuentra parcialmente cubierto por la placenta.
- Placenta previa marginal: se presenta cuando el borde de la placenta está ubicado en el margen del orificio cervical interno.
- Placenta previa lateral o baja: inserción de la placenta en el segmento uterino inferior (a menos de 10cm del OCI del cuello uterino) <sup>17,18</sup>

### **c. Diagnóstico**

- Anamnesis
- Hemorragia vaginal: caracterizado por su aparición súbita, no doloroso, color rojo rutilante, sin dolor abdominal ni contracción uterina. <sup>19</sup>
- Exploración física

Es característico encontrar a la palpación un útero relajado e indoloro, puede coexistir variaciones en la estática fetal

- Examen vaginal cuidadoso con espéculo, permite comprobar el origen del sangrado uterino, confirmar o descartar otras causas.
- No se realizará tacto vaginal, en caso de ser imprescindible y necesario.

### **d. Exámenes auxiliares:**

- Hemograma y clasificación sanguínea.
- Ultrasonografía: la ecografía transvaginal no incrementa un mayor riesgo de hemorragia, tiene mayor sensibilidad que la ecografía transabdominal <sup>20</sup>

### **e. Tratamiento**

- Tratamiento conservador:

Madre hemodinámicamente estable, hemorragia no grave, gravidez menor de 36 semanas con evidencia de inmadurez pulmonar fetal, no signos de pérdida de compromiso de sufrimiento fetal, si no hubiera otras complicaciones que contraindiquen la prolongación del embarazo. <sup>20</sup>

- Control intrahospitalario
- Estabilización hemodinámica, monitoreo fetal, maduración de vía aérea inferior con corticoides en fetos con edad gestacional entre 24 – 34 semanas, se utilizará cualquiera de los siguientes esquemas: Dexametasona o betametasona
- Reposo absoluto en cama y evitar tacto vaginal

- Mantenimiento de hematocrito materno mayor de 30 % y hemoglobina mayor 10 mg/dl

Si el sangrado compromete el estado basal materno y/o fetal la vida, independiente de la semana gestacional y del tipo de inserción de la placenta, se procederá a realizar a la culminación de la gestación. <sup>21</sup>

- Manejo del parto

En embarazadas con placenta previa asintomática será indicado cesárea electiva durante las semanas 37 – 38 semanas si es de tipo oclusiva. <sup>20,21</sup>

### **1.2.3.2 “DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMO INSERTA”**

#### **a. Definición**

Se define como el desprendimiento parcial o total, de la placenta que se encuentra normalmente insertada, posterior a las 22 semanas de gravidez y previo del alumbramiento <sup>22</sup>.

#### **b. Clasificación**

##### Grado I (leve)

Desprendimiento menor del 30 % sangrado vaginal leve, irritabilidad uterina, estado de la madre y el feto conservado, monitoreo fetal con patrón normal, nivel de fibrinógeno normal <sup>22</sup>

##### Grado II (moderado)

Desprendimiento de 30 – 50% con sangrado vaginal leve a moderado, hipertonía uterina. El estado materno puede estar comprometido, el monitoreo muestra signos de compromiso de bienestar fetal, el nivel de fibrinógeno puede estar normal o algo disminuido. <sup>22</sup>

##### Grado III (severo)

Sangrado vaginal moderado o severo, el útero esta hipertónico o leñoso y marcadamente doloroso, hay compromiso hemodinámico materno con signos de shock hipovolémico, anemia severa con o sin signos de coagulopatía de consumo, el feto suele estar muerto en la mayoría de los casos <sup>22</sup>

### **c. Diagnóstico**

Los signos clínicos incluyen hemorragia uterina externa u oculto de inicio súbito de color rojo oscuro, hipertoniá uterina constante y signos de pérdida de bienestar fetal y/o muerte fetal. <sup>20,22</sup>

### **d. Exámenes auxiliares:**

Laboratorio: Biometría hemática completa, Perfil completo de coagulación, perfil hepático, grupo y factor Rh, pruebas cruzadas

Imágenes: ecografía obstétrica, no confirma y no descarta el diagnóstico de DPP.

### **e. Tratamiento:**

- DPP grado I (leve):

Medidas generales

DPP con feto pretérmino: identificar los factores de riesgo y valorar persistencia de cuadro clínico inicial, repetir exámenes auxiliares: hematológicos, evaluación ecográfica y monitoreo fetal. Valorar maduración pulmonar fetal.

DPP con feto a término: medidas generales, identificar factores de riesgo y valorar persistencia de cuadro clínico inicial, culminar gestación de preferencia por vía vaginal de no existir condiciones cervicales favorable, iniciar maduración y posterior inducción de trabajo de parto por vía vaginal, se procederá a cesárea de no existir condiciones para parto vaginal.

- DPP grado II - III (moderado-severo)

Medidas generales, si el feto está vivo, proceder a cesárea de emergencia. Si hay óbito y hay estabilidad hemodinámica de la madre, con un trabajo de parto con dilatación  $\geq 8$  cm se continuara con el trabajo de parto vaginal, si no se produce el curso del trabajo de parto, hay signos de descompensación se procederá a cesárea el óbito y la madre se encuentra hemodinamicamente inestable se procederá a cesárea. <sup>23</sup>

### 1.2.3.3 “LABOR DE PARTO PRETERMINO”

#### a. Definición

- Parto pretérmino: se define aquel que se produce <37 semanas de gestación
- Amenaza de parto pretérmino: evidencia de contracciones uterinas a la palpación que pueden asociarse con borramiento del segmento uterino menor del 50% y/o dilatación menor de 3 cm
- Trabajo de parto pretérmino: modificaciones cervicales por presencia de dinámica uterina con cambios como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 3 cm o más. <sup>20,23</sup>

#### b. Factores de riesgo:

- antecedente de amenaza de parto pretérmino.
- Infección intraamniótica
- Isquemia útero-placentaria.
- Malformaciones fetales.
- Factores inmunológicos.
- Consumo de drogas sociales o ilegales. <sup>23</sup>

#### c. Diagnóstico

Historia clínica: mediante la anamnesis identificando los factores relacionados al desencadenamiento del parto pretérmino. Edad gestacional entre las 22 y 37 semanas de amenorrea confiable, a partir de la fecha de última menstruación. Evaluación de la dinámica uterina, tacto vaginal para evaluar las modificaciones cervicales.

La presencia de las contracciones uterinas persistentes de 1 en 10 minutos y de duración de 30 segundos o más que producen modificaciones en el segmento cervical (borramiento de 50% o más y dilatación de 3 cm o más) hacen el diagnóstico. <sup>23</sup>

Para la valoración del trabajo de parto prematuro una forma es mediante el

cálculo del índice de Bishop. Este debe ser de 6 o más para confirmar el diagnóstico.

#### **d. Exámenes auxiliares:**

- Hemograma
- Ecografía obstétrica: determinar edad gestacional cuando no es confiable FUR, descartar malformaciones fetales, identificar anomalías de la placenta, evaluación de perfil biofísico, medición por ecografía transvaginal el tamaño del segmento cervical (menor de 3 cm en la nulípara), dilatación en el orificio cervical interno. <sup>23</sup>
- Test de fibronectina en secreción cérvico vaginal. <sup>20,23</sup>

#### **e. Manejo y Tratamiento**

Medidas generales

- Identificación y corrección del factor desencadenante
- Reposo absoluto

Tratamiento farmacológico: comprende los úteros inhibidores y los inductores de la madurez pulmonar fetal. <sup>23</sup>

### **1.2.3.4. “RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES”**

#### **a. Definición**

Es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio de labor de parto, o posterior de la semana 22. <sup>17,20,23</sup>

#### **b. Factores de riesgo**

- Antecedente de RPM y parto pretérmino.
- Antecedente de cirugía cervical o cerclaje.
- Anomalía congénita fetal.
- Control prenatal deficiente, estado socioeconómico bajo.
- Infección del tracto urinario.
- Traumatismo.



- Tabaquismo.
- Sobre distensión uterina: polihidramnios, embarazo múltiple.

### **c. Cuadro clínico:**

#### **RPM sin infección intraamniótica:**

Pérdida de líquido amniótico, antes de iniciarse trabajo de parto, con funciones vitales estables tanto materno y fetal.

#### **RPM con infección intraamniótica:**

Pérdida de líquido amniótico de características turbio, purulento, fétido, temperatura mayor de 38°C, compromiso hemodinámico materno y fetal, abdomen doloroso (útero doloroso, irritabilidad uterina), signos de sepsis o shock séptico.

### **d. Diagnóstico**

- Historia clínica completa.
- Examen físico completo: evaluación del estado general, funciones vitales, examen de abdomen, especuloscopia para evidenciar la salida espontánea de líquido amniótico por el orificio cervical y aumento del mismo con maniobras de Valsalva. <sup>24</sup>
- Exámenes auxiliares para determinar RPM
  - Test de nitrazina.
  - Test de Ferm o del hehecho.
  - Colpocitograma.
  - Ecografía.
  - Amniocentesis.
  - Determinación de fibronectina. <sup>24</sup>
  - Para identificar corioamnionitis.
  - Hemograma.
  - Proteína C reactiva.

- Gram de líquido amniótico.
- Glucosa en líquido amniótico.

#### **e. Manejo:**

- Inicio de antibioticoterapia profiláctico, en caso de corioamnionitis cefalosporina de primera generación con aminoglucósido
- Culminación de la gestación dentro de las 24 horas siguientes
- Si la valoración del test de Bishop es mayor igual a 7: inducción del trabajo de parto.

#### **RPM en gestación de pretérmino:**

##### Medidas generales

- Hospitalización.
- Restringir tactos.
- Hidratación.
- Antibioticoterapia profiláctica, si se demuestra madurez pulmonar fetal terminar gestación. Y si no hay madurez pulmonar el manejo es expectante mediante el control estricto de funciones vitales, hemograma, proteína C reactiva seriada, proceder a maduración pulmonar, terminar gestación cuando se demuestre maduración pulmonar.

#### **RPM en gestación menor de 24 semanas sin corioamnionitis:**

- Hospitalización
- Interrumpir gestación versus conducta expectante

#### **RPM en gestación menor de 24 semanas con corioamnionitis:**

Extracción del producto sin importar edad gestacional, por causa materna (infección) y fetal (distrés, infección).

### **1.2.3.5 “TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO”**

#### **a. Definición**

Gestante hipertensa: cuando la PA sistólica (PAS) mayor igual a 140mmHg o PA diastólica (PAD) mayor igual a 90mmHg, su medición debe ser en 2 oportunidades como mínimo con un intervalo de 4 horas, con la paciente en

reposo, en caso de que la PA diastólica sea mayor o igual a 110 mmHg no sería necesario repetir la toma para confirmar el diagnóstico

### **Hipertensión inducida por el embarazo:**

Actualmente se considera cuando la presión arterial media es mayor de 160mmHg.

Proteinuria: Es definida como dosaje de proteínas mayor a 300mg en orina de 24 horas.

Sospecha de proteinuria: presencia de proteínas de 1+ al usar tira reactiva (ácido sulfosalicilico) en orina tomada al azar. <sup>11,17,24</sup>

### **b. Clasificación**

- Hipertensión gestacional: nivel de presión arterial elevado, en ausencia de proteinuria, durante la gestación después de las 22 semanas de gravidez o identificado por primera vez en la etapa de puerperio
- Preeclampsia: complicación de la gestación presente después de la semana 22, caracterizado por la elevación de PA asociada a proteinuria, se puede subclasificar en:
  - Preeclampsia leve: presión arterial sistólica menor de 160mmHg y diastólica menor de 110 mmHg, con ausencia de daño de órgano blanco
  - Preeclampsia severa: es aquella preeclampsia asociada a presión arterial sistólica mayor igual 160 mmHg o diastólica 110 mmHg o a la evidencia de falla de órgano blanco.
- Hipertensión crónica más preeclampsia <sup>25,26</sup>

Complicaciones de la preeclampsia:

- Eclampsia. presentan convulsiones tónico-clónicas generalizadas <sup>18,26</sup>
- Síndrome de HELLP: complicación aguda de la preeclampsia severa caracterizada por anemia hemolítica angiopática, elevación de enzimas hepáticas, plaquetopenia. <sup>26</sup>

### **c. Etiología**

La preeclampsia es una complicación seria del embarazo cuya causa es desconocida, sin embargo, se han planteado teorías que buscan explicar este fenómeno tales como:

- Insuficiencia placentaria, la cual estaría mediada por un trastorno inmunológico
- Alteración del sistema de coagulación, con elevación de niveles de trombocitopenia, y disminución de los niveles de prostaciclina

### **d. Diagnóstico**

#### **Criterios de severidad**

Ante la presencia de cualquiera de los siguientes hallazgos en una paciente con preeclampsia debemos catalogarla de preeclampsia severa:

- Proteinuria mayor igual a 2 gr en orina de 24 horas y/o mayor igual a 2 + al usar tira reactiva.
- Compromiso neurológico definido por manifestaciones de cefalea persistente y alteraciones visuales.
- Recuento de plaquetas menor igual de 100 000 cel/mm<sup>3</sup> y/o anemia hemolítica microangiopática.
- Elevación de enzimas hepáticas.
- Alteración de la función renal, definida por el dosaje de creatinina sérica mayor igual 1.2 mg/dl.

### **e. Exámenes auxiliares**

Exámenes de laboratorio: hemograma completo, perfil de coagulación, examen de orina con tira reactiva, proteinuria en orina de 24 horas, pruebas de función hepática, pruebas de función renal.

Monitoreo clínico, electrónico y ecográfico.

### **f. Manejo**

## **1.- Manejo de hipertensión gestacional**

- Solicitar exámenes de laboratorio para descartar daño de órgano blanco y evaluación de bienestar fetal.
- Considerar hospitalización cuando: gestación es mayor iguala 37 semanas, PA sistólica es mayor o igual 160 mmHg o si la PA diastólica es mayor igual 110 mmHg, si hay sintomatología de cefalea, escotomas, tinnitus, náuseas, vómitos, epigastralgia, y percepción de disminución de movimientos fetales.

## **2.-Manejo de preeclampsia**

- Hidratación.
- Anticonvulsivante: se recomienda el uso de sulfato de magnesio en todas las pacientes con preeclampsia severa o eclampsia con la finalidad de prevenir convulsiones.
- Anti-hipertensivo: deben ser utilizados si la PAS es mayor igual a 160 mmHg o si la PAD es mayor igual a 110 mmHg
- Metildopa cada 12horas, para mantener una arterial sistólica entre 120-150 mmHg.
- Nifedipino a dosis de 10mg VO si la PA es mayor igual 160/110mmHg, si con estas medidas no se mantiene la PA sistólica entre 120 y 150 mmHg se puede administrarnifedipino10 mg VO y repetir cada 30 min hasta lograr el control de PA requerido.
- En gestación de mayor igual de 34 semanas con buen peso se puede terminar la gestación cuando existe insuficiencia placentaria.

### **1.2.3.6.- HEMORRAGIA POST PARTO**

#### **a. Definición**

Pérdida sanguínea superior de 500 ml después de un parto por vía vaginal o mayor de 1000 ml posterior a una cesárea.

#### **b. Etiología**

La causa más frecuente de hemorragia postparto primaria incluye la falta de contracción adecuada del útero después del parto, trauma en el tracto genital y el sangrado debido a la retención de tejido placentario.

Primaria.

- Atonía uterina.
- Placenta retenida.
- Rotura uterina.
- Inversión uterina.
- Lesión del canal de parto. <sup>18,27</sup>

Secundarias

- Retención fragmentos placentarios.
- Sub involución lecho placentario.
- Endometritis.
- Trastornos de coagulación. <sup>18,27</sup>

### **c. Cuadro clínico:**

Las manifestaciones clínicas varían según el grado de sangrado, sin embargo, las manifestaciones más frecuentes son: palpitations, palidez, vértigo, sudoración, disnea, síncope.

### **d. Diagnóstico**

Criterios diagnósticos:

- Atonía uterina: útero aumentado de tamaño sin contracción con sangrado uterino abundante
- Retención de placenta: placenta que no se expulsa por más de 30 minutos.
- Lesión de canal de parto: sangrado continuo con evidencia de contracción uterina y ausencia de restos placentarios
- Inversión uterina: fondo uterino no palpable a nivel del abdomen, que se palpa a nivel del canal vaginal, y se asocia con dolor a nivel de hipogastrio. <sup>28, 29</sup>

## **e. Manejo y Tratamiento**

Atonía uterina: Uso de hidratación y oxitocina, misoprostol.

Revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y resto, masaje uterino bimanual y proceder a legrado uterino.

Inversión uterina: pasar a SOP.<sup>27,30</sup>

### **1.2.3.7.- DESGARRO PERINEAL**

#### **a. Definición:**

Se define como la solución de continuidad en el canal de parto (vagina y periné) posterior a un trabajo de parto por vía vaginal.

#### **b. Clasificación:**

- Primer Grado: lesión de piel perineal.
- Segundo Grado: lesión de músculos del periné.
- Tercer Grado: compromete las siguientes estructuras: piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.
- Cuarto Grado: Su extensión compromete la mucosa rectal y exponen la luz del recto.

#### **c. Cuadro clínico:**

Solución de continuidad en región de la vagina y periné, sangrado continuo con útero contraído y placenta completa.<sup>30</sup>

## **1.3 MARCO CONCEPTUAL:**

**Edad materna:** edad en años cumplidos al momento de la atención del parto.

**Gestaciones previas:** categorizada como primigesta a aquella sin gestaciones previas, segundigesta a aquella con una gestación previa y

multigesta con dos o más gestaciones previas

**Paridad:** antecedente del número de partos previos en una mujer.

**Control prenatal:** número de registro de controles en carnet prenatal.

**Adolescencia:** etapa de desarrollo físico, psicológico y social que Comprende de 10 a 19 años

**Embarazo adolescente:** mujer con una edad comprendida entre 10 a 19 años en alguna fase del embarazo.

**Rotura prematura de membranas:** solución de continuidad espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto.

**Embarazo:** proceso de desarrollo del huevo fecundado hasta el nacimiento del nuevo ser vivo.

**Placenta Previa:** implantación anormal de la placenta en relación con orificio cervical interno.

**Hemorragia postparto inmediato:** pérdida sanguínea mayor de 500ml después de un parto por vía vaginal o pérdida mayor de 1000ml o más después de un parto por cesárea en 24 horas.

**Complicaciones obstétricas:** Patologías que ocurren durante el embarazo y parto.

**Parto en adolescentes:** Parto de una mujer en la edad correspondiente entre 10 y 19 años de edad.

**Hospital Socorro:** Hospital nivel II.1 que pertenece al Ministerio de Salud que está situada en la provincia de Ica.

#### **1.4 MARCO FILOSÓFICO**

En la actualidad las gestaciones en adolescentes están en aumento y diversos estudios muestran la gran cantidad de complicaciones que conllevan. Es por ello que se busca proponer medidas que disminuyan o eviten estas complicaciones a través de intervenciones adecuadas y oportunas.



## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la última década ha ocurrido un incremento de la población adolescente y con ello una mayor precocidad de inicio de la actividad sexual en los jóvenes, provocando un aumento en la incidencia del embarazo adolescente, como lo establece la Encuesta Nacional Materno Infantil realizada en los años 2016 al 2017 “la existencia en el país de 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes”.<sup>31</sup>

Las adolescentes tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones obstétricas durante la gestación, parto y el puerperio, esto a consecuencia de la falta de desarrollo fisiológico, físico, sexual para tal periodo.<sup>32,33</sup>

El embarazo constituye múltiples cambios y adaptaciones fisiológicas en la mujer para el desarrollo y crecimiento de un nuevo ser. Se identifican diversos factores que ponen en riesgo un embarazo entre ellos: biológico, físico, psicológico, social y económico. Lo anterior conduce a que una adolescente no esté completamente preparada biológica ni socialmente para el desarrollo y culminación de un embarazo<sup>8</sup>. Además, se ha registrado que el riesgo a desarrollar complicaciones tanto durante la gestación, parto y puerperio en madres adolescentes es mayor en comparación con una mujer adulta, entre las que se mencionan: infección del tracto urinario, preeclampsia, eclampsia, enfermedades hipertensivas del embarazo, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, desproporción céfalo pélvica, que generan un aumento en la incidencia de morbilidad y mortalidad en dicha población.<sup>34</sup>

Por tales razones se considera que la gestación en la adolescencia conlleva un mayor riesgo para la salud tanto materna y perinatal por ello las complicaciones deben ser de conocimiento por los profesionales afines a la salud, con el objetivo de poder detectarlos tempranamente y poder intervenir

mediante, promoción y prevención para reducir el impacto e incidencia del embarazo adolescente y sus complicaciones.<sup>35</sup>

## **2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.2.1. Problema General**

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes adolescentes atendidas en el HSMSI en el año 2019?

### **2.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Qué características obstétricas presentan las gestantes adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI en el año 2019?
- ¿Cuáles son las complicaciones durante el periodo de dilatación en las gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI en el año 2019??
- ¿Cuáles son las complicaciones durante el periodo expulsivo en las gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI en el año 2019??
- ¿Cuáles son las complicaciones durante el periodo de alumbramiento en las gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI en el año 2019??
- ¿Cuáles son las principales complicaciones del parto por cesárea en gestantes adolescentes en el HSMSI en el año 2019?

### **2.2.3. Delimitación del Problema**

- **Delimitación Espacial:** el estudio se realizó en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.
- **Delimitación Temporal:** el estudio abarca a las pacientes mujeres adolescentes que tuvieron su parto en el año 2019.
- **Delimitación del Universo:** Complicaciones durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

## **2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.3.1. JUSTIFICACIÓN**

A pesar de estar en el siglo XXI, la tasa de embarazos en adolescentes y sus complicaciones obstétricas en nuestro país son altas alrededor del 25%," por ende, es necesario proceder a desarrollar una investigación sobre la casuística de las mismas, de esta forma encontrar métodos eficaces y eficientes que vayan en pro de evitar embarazos en adolescentes y las complicaciones que se pueden presentar."<sup>36</sup>

"La gestación en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, dado que son las condiciones socioculturales las que han generado un incremento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos bajos<sup>36</sup>, aunque está presente en todos los estratos económicos."<sup>37</sup>

El tema es de actualidad y su importancia radica en contribuir descriptivamente con información en nuestra región que pueda ser útil para colaborar con el objetivo de desarrollo del milenio de trabajar para que la maternidad del adolescente sea saludable.

### **2.3.2 IMPORTANCIA**

En vista de la alta prevalencia de complicaciones obstétricas en mujeres adolescentes, este estudio nos permitirá obtener información estadística, valida, de nuestro medio local, para realizar un análisis de los factores que condicionan un mayor riesgo a desarrollar complicaciones obstétricas durante la gestación, trabajo de parto y puerperio en adolescentes. <sup>37</sup>

Que será en beneficio directo a este grupo poblacional. Por otra parte, si consideramos el embarazo en adolescentes como un factor de riesgo con repercusión en el ámbito de la salud, este estudio ayudaría en la toma de decisiones medicas con la finalidad de reducir estos factores de riesgo. <sup>37</sup>

El embarazo constituye un acontecimiento bio-psicosocial importante; en una adolescente implica diversas situaciones adversas en diferentes ámbitos que pueden ser perjudicial para la salud tanto de la madre y el hijo siendo un problema tanto del sector salud como social. <sup>38</sup>

Por ello, se considera importante determinar a nivel institucional las complicaciones del parto en adolescentes, que constituye una importante población que acude al “Hospital Santa María Del Socorro De Ica”. De los resultados se podrán mejorar normas en la institución y otros relacionados a la parte asistencial que ayuden a disminuir la morbi-mortalidad, incluyendo estrategias con el objetivo de reducir el número de embarazos en adolescentes. <sup>38</sup>

Es necesario este estudio, por la gran importancia de caracterizar el comportamiento de algunos factores que están influyendo en las adolescentes y así poder plantear alternativas, con el fin de reducir el embarazo en este grupo de edad y las complicaciones que conlleva un embarazo.

## **2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1 Objetivo General**

Identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2019.

### **2.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar las características obstétricas de las gestantes adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI en el año 2019.
- Identificar las complicaciones durante el periodo de dilatación en las gestantes adolescentes en el HSMSI en el año 2019.

- Identificar las complicaciones durante el periodo expulsivo en las gestantes adolescentes en el HSMSI en el año 2019.
- Identificar las complicaciones durante el periodo del alumbramiento en las gestantes adolescentes en el HSMSI en el año 2019.
- Identificar las principales complicaciones del parto por cesárea en adolescentes en el HSMSI en el año 2019.

## **2.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

**a) Variable Dependiente:** Parto en adolescentes

**b) Variable Independiente:** Complicaciones Obstétricas

**c) Variable intervinientes:**

- . Edad materna
- . Control prenatal
- . Número de abortos
- . Numero de gestaciones
- . Culminación de la gestación
- . Edad gestacional

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	TIPO	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<b>DEPENDIENTE: Parto en adolescentes</b>						
Parto en adolescentes	Parto de una mujer en la edad correspondiente entre 10 a 19 años	Periodo de Dilatación Periodo Expulsivo Periodo del Alumbramiento	Ordinal	Cualitativa	Edad Periodo de la adolescencia	Ficha de la Historia Clínica
<b>INDEPENDIENTE: Complicaciones obstétricas</b>						
Hiperdinamia Uterina	Útero con tono mayo a 12 mmHg	Tono uterino > 12 mmhg, útero duro.	Nominal	Cualitativa	Presencia Ausencia	Ficha Historia clínica
Desgarro vulvoperineal	Disociación del tejido vulvoperineal	Disociación del tejido vulvoperineal debido a la fuerza del parto	Nominal	Cualitativa	Presencia Ausencia	
Desgarro de vagina	Disociación de la mucosa vaginal	Disociación debido a la fuerza del parto	Nominal	Cualitativa	Presencia Ausencia	
Desgarro de Cervix	Disociación del tejido del cuello uterino	Disociación del tejido del cérvix debido a la fuerza del parto	Nominal	Cualitativa	Presencia Ausencia	
Expulsivo Prolongado	fase de desaceleración es > 3 horas en nulíparas y más de 1 hora en multíparas.	fase de desaceleración prolongada	nominal	cualitativa	Presencia Ausencia	
Atonía /hipotonía	Útero con tono menor a 8 mmHg	Tono uterino < a 8 mmhg, útero flácido provoca hemorragia	Nominal	Cualitativa	Presencia Ausencia	
Hemorragia post parto	Pérdida de sangre en el parto en forma excesiva	Sangrado debido al parto >500 cc parto vaginal,>1000cc CST	Nominal	cuantitativo	Presencia Ausencia	
Retención de placenta y/o tejidos	La placenta no se expulsa en el alumbramiento o quedan sus tejidos	Retención de placenta o sus tejidos	Nominal	Cualitativa	Presencia Ausencia	
Ruptura uterina	Disociación del tejido uterino	disociación del tejido uterino debido a hiperdinamia uterina	Nominal	Cualitativa	Presencia Ausencia	
Histerectomía	Extracción uterina	Extracción uterina debido a atonía uterina o hemorragia sin control	Nominal	Cualitativa	Presencia Ausencia	
<b>INTERVINIENTE</b>						
Edad materna	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Años cumplidos al momento del parto.	Razón	Cuantitativa	(10 a 14 años) (15 a 19 años)	Ficha de la Historia Clínica
Control prenatal	Evaluaciones de la gestación de forma periódica destinadas a la identificación de los factores de riesgo pueden condicionar a la morbilidad materno perinatal.	Datos se obtendrán de la H.C.	Nominal	Cualitativa	Sin CPN CPN de 1 a 5 CPN ≥ 6	
Numero abortos	Antecedente del número de abortos previos en una mujer	Datos se obtendrán de la H.C.	Nominal	Cualitativa	Ninguno 1 2	
Numero Gestaciones	Numero de gestaciones previas que ha tenido la paciente, si incluye abortos	Datos se obtendrán de la H.C.	Ordinal	Cualitativa	Primigesta Segundigesta Multigesta	
Tipo de parto	Culminación de la gestación	Según nacimientos vaginal o abdominal	Nominal	Cualitativa	Eutócico Distócico	
Edad gestacional	Edad en semanas en la que culmina la gestación.	Menor de 37 sem. Entre 37 a 41 sem Mayor igual a 42 sem	Nominal	cualitativa	Pretérmino A Terminio Post terminio	

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1 Tipo, Nivel y Diseño De Investigación**

##### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo: apoyados en el análisis estadístico con el propósito de determinar complicaciones obstétricas durante el parto.

Transversal. - Se tomó los datos en una sola ocasión y no fue necesario el control.

Retrospectivo. - Se tomaron los datos de las pacientes atendidas en el periodo descrito.

##### **NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Es de nivel descriptivo, observacional.

##### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño descriptivo

#### **3.2 Población y Muestra**

##### **POBLACIÓN:**

La población objeto de investigación abarcó a 145 adolescentes embarazadas que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI en el año 2019.

##### **Criterios de Inclusión:**

- Se incluyeron en el presente estudio, pacientes adolescentes embarazadas, con complicaciones durante el parto.

##### **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes que no tengan los datos completos en la historia clínica o no cumplan con los criterios de inclusión.

### **3.3 Aspectos Éticos de la Investigación**

Los datos que se han recolectado de las historias clínicas es de uso confidencial y solo para la investigación. La información recabada y los resultados serán publicados de manera exacta, sin realizar modificaciones a fin de favorecer al investigador. De esta manera el presente estudio reúne principios éticos de la Declaración de Helsinki, adoptada en la Asamblea Medica Mundial en el año 1964.

Así mismo el presente trabajo de investigación pasó revisión por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

El presente trabajo será publicado en la Revista Médica Panacea de la Facultad de Medicina Humana de la UNSLG.



## CAPITULO IV

### TECNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACION

#### 4.1 Técnicas de Recolección de Datos

La recolección de datos estuvo a cargo del investigador. Para la recolección de datos se tuvo una ficha de recolección. La ficha de recolección de datos fue tomada de la Tesis titulada: "Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el hospital provincial general de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013, siendo los autores: Robayo Villafuerte y Washington Marcelo<sup>7</sup>. que fue validada y utilizada, incluyendo como variables: edad materna, edad gestacional, control prenatal, paridad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, desgarros vulvoperineal, desgarro de vagina, desgarro de cuello uterino, hemorragia, atonía uterina, histerectomía.

Los pacientes que ingresaron al estudio están registrados en el libro de hospitalización del Departamento de Gineco-Obstetricia del HSMSI, se obtuvo el número de las historias clínicas para luego solicitarlas previa autorización de la administración en el Departamento de estadística.

Las pacientes con historias clínicas completas ingresaron al estudio y se procedió a recoger la información necesaria para la elaboración del presente trabajo el mismo que guarda concordancia con las variables aplicados en la ficha, confeccionada especialmente para el estudio. Seguidamente los datos se llenaron a un Excel para luego ser trasladada al programa SPSS.

Se realizó las gestiones tanto en la administración del nosocomio donde se realizó el estudio y en la Dirección de investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, donde autorizaron la ejecución de la investigación.

Para recolectar los datos se realizó la siguiente secuencia:

1. Se obtuvo autorización de la dirección del Hospital Santa María del Socorro para extraer datos de las Historias clínicas de los adolescentes que tuvieron su parto en la institución mencionada.
2. A su vez se presentó el Proyecto de tesis al comité de Investigación y Ética del HSMSI.
3. El presente trabajo fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación, quien emitió un dictamen de autorización.
4. Una vez obtenido este documento se presentó una solicitud al servicio Gineco Obstetricia para tener acceso al libro de partos y obtener el número de Historia Clínica.
5. Luego en estadística se solicitaron esas Historias Clínicas y aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión entraron al estudio. Se procedió a recolectar los datos en una hoja de Excel para poder codificarlos.

#### **4.2 Técnicas de Análisis e Interpretación de Resultados**

Mediante el programa SPSS 24, se realizó el cálculo la frecuencia de las variables estudiadas para cada grupo de gestantes, la media y desviación estándar para las variables numéricas. Se utilizó la prueba de  $\chi^2$ .

Para saber si hay diferencias entre los porcentajes en el programa SPSS 24 se tecléo analizar, luego se fue a estadísticas descriptivas siguiendo con la tabla de contingencia que nos permitió contestar con una probabilidad de error. se usó el botón estadístico marcando chi cuadrado y aceptando, mostrándose el número de casos, porcentaje y el chi cuadrado de Pearson y si la significación asintónica bilateral con un valor menor a 0,05, con una probabilidad de error al 5% podremos afirmar que existe diferencias estadísticas entre los grupos comparables.

## CAPITULO V

### PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

#### 5.1 Presentación e Interpretación de resultados

En el año 2019 hubo 2221 nacimientos en el HSMSI de ellos 231(10.4%) fueron partos en adolescentes y de los cuales 145 adolescentes presentaron complicaciones durante el parto en el HSMSI, cumpliendo con los criterios de inclusión para el estudio.

**Tabla 1**

*Edad materna de las adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI, 2019.*

Edad Materna	Frecuencia	%
10-14 años	10	6.90
15-19 años	135	93.10
Total	145	100

**Interpretación.** - En la Tabla N°1 en los resultados hallados, se puede observar que la mayoría de la población estudiada se encuentra en el grupo de edad de 15 a 19 años 135 (93.10%), mientras que 10 (6.90%) se hallaban entre las edades 10 a 14 años.

**Tabla 2**

*Numero de CPN de las gestantes adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI, 2019.*

Controles Prenatales	Frecuencia	%
Ninguno	30	20.68
1 a 5	77	53.1
≥ 6	38	26.2
Total	145	100

**Interpretación.** - En la Tabla N°2, Con respecto al número de CPN se puede observar que 77 (53.1%) tuvieron de 1 a 5 controles siendo inadecuados, seguido 38 (26.2%) que tuvieron más de 6 CPN considerándose adecuados y solo 30 (20.68%) no tuvo ningún control.

**Tabla 3**

*Antecedente de Aborto de las gestantes adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI, 2019.*

Número de Abortos	Frecuencia	%
0	130	89.66
1	10	6.89
2	5	3.44
Total	145	100

**Interpretación.** - En la Tabla N°3, Con respecto a los antecedentes de abortos observamos que 130 (89.66%) no tuvieron ningún aborto, seguido de 10 (6.89%) que presentaron un aborto previo y solo 5 (3.44%) han tenido 2 abortos previos.

**Tabla 4**

*Numero de Gestación de las adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI, 2019.*

Numero de Gestación	Frecuencia	%
Primigestas	124	84.82
Segundigesta	20	13.79
Multigestas	2	1.3
Total	145	100

**Interpretación.** - En la Tabla N°4 se observa que 124 (84.82%) de las gestantes adolescentes son primigestas, seguido de 20 (13.79%) son segundigestas y 2 (1.3%) son multigestas.

**Tabla 5**

*Edad Gestacional durante el parto de las adolescentes que tuvieron complicaciones en el HSMSI, 2019.*

Edad gestacional	Frecuencia	%
A termino	115	79.31
Pretérmino	23	15.86
Post termino	7	4.82
Total	145	100

**Interpretación.** - En la Tabla N°5 con respecto a la Edad Gestacional se observa que la mayor parte de adolescentes 115 (79.31%) tuvieron una gestación a término, seguido de 23 (15.86%) que fueron pretérmino y 7 (4.82%) nacieron post termino.

**Tabla 6**

*Culminación de la gestación de las adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI, 2019.*

Tipo de Parto	Frecuencia	%
Eutócico	90	62.06
Distócico	55	37.93
Total	145	100

**Interpretación.** - En la Tabla N°6 en los resultados hallados, se observa que 90 (62.06%) gestantes adolescentes tuvieron un parto eutócico, mientras 55 (37.93%) tuvo un parto distócico.

**Tabla 7**

*Complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto en las gestantes adolescentes atendidas en el HSMSI, 2019*

Complicaciones obstétricas	Frecuencia	%
Periodo de Dilatación	58	46.03
Periodo Expulsivo	40	31.74
Periodo de Alumbramiento	28	22.22
Total	126	100

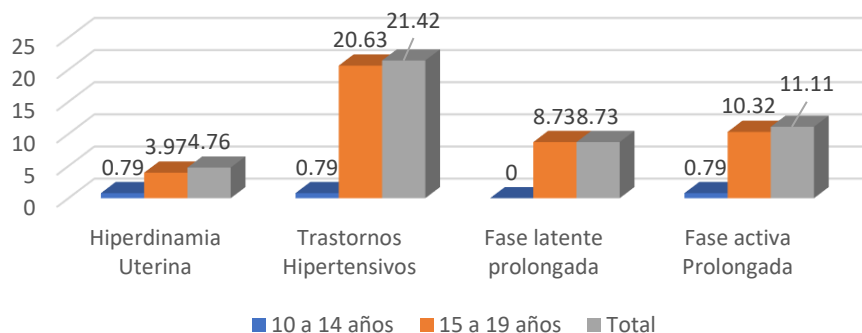
**Interpretación.** - En la Tabla N°7 Se puede observar que las gestantes adolescentes presentaron las siguientes complicaciones maternas: durante la dilatación 46,03% (58), expulsivo 31,74% (40) y alumbramiento 22,22% (28).

**Tabla 8**

*Complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto en las gestantes adolescentes atendidas en el HSMSI, 2019*

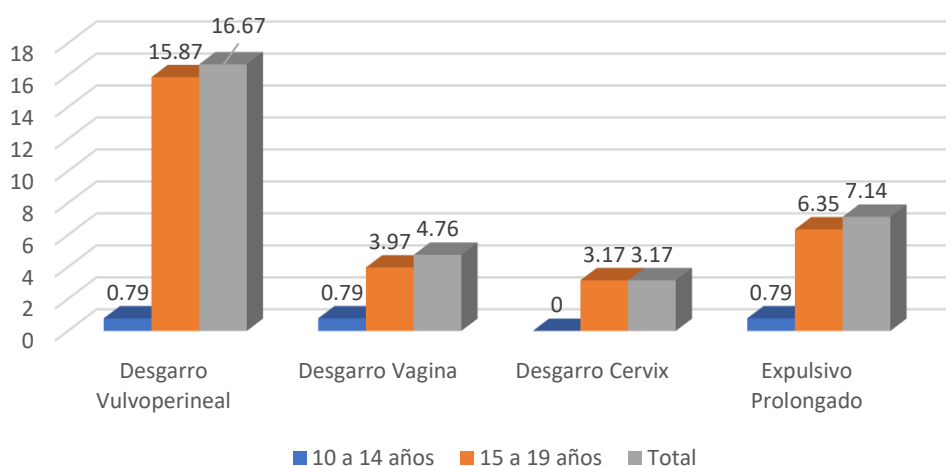
COMPLICACIONES OBSTETRICAS	Edad Materna					
	10 a 14 años		10 a 19 años		Total	
	F	%	F	%	F	%
<b>PERIODO DILATACION</b>						
Hiperdinamia Uterina	1	0.79	5	3.97	6	4.76
Trastornos						
Hipertensivos	1	0.79	25	19.84	26	20.63
Fase latente						
prolongada	0	0.00	12	9.52	12	9.52
Fase activa						
prolongada	1	0.79	13	10.32	14	11.11
<b>PERIODO EXPULSIVO</b>						
Desgarro						
Vulvoperineal	1	0.79	20	15.87	21	16.67
Desgarro vagina	1	0.79	5	3.97	6	4.76
Desgarro Cérvix	0	0.00	4	3.17	4	3.17
Expulsivo Prolongado	1	0.79	8	6.35	9	7.14
<b>PERIODO ALUMBRAMIENTO</b>						
Hemorragia	1	0.79	13	10.31	14	11.11
Atonía Uterina	1	0.79	8	6.34	9	7.14
Retención restos						
placentarios	0	0.00	5	3.97	5	3.97
Total	8.00	6.35	118	93.65	126	100.00

**Grafico N°1 Complicaciones Obstetricas en el periodo de dilatacion en las gestantes adolescentes**



**Interpretación.** - En el grafico N°1 las gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI presentaron durante la dilatación: hiperdinamia uterina 4,76% (6), trastornos hipertensivos 21,42% (26) fase latente prolongada 8,73% (12) y fase activa prolongada 10,32% (14).

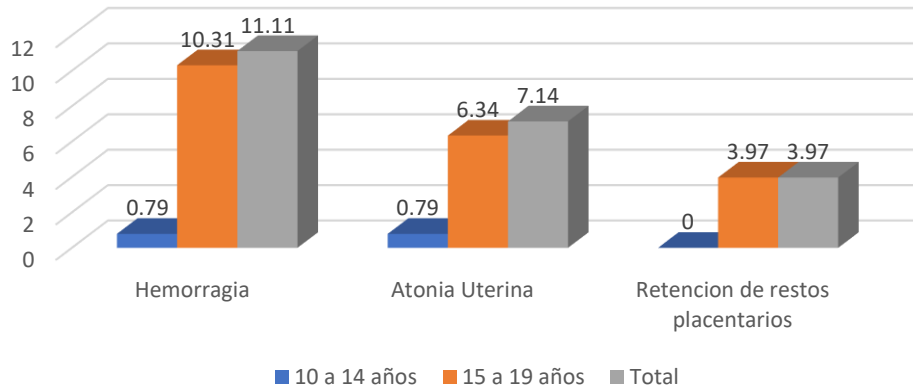
**Grafico N°2 Complicaciones Obstetricas en el periodo expulsivo en las adolescentes gestantes**



**Interpretación.** - En el grafico N°2 las gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI presentaron durante el periodo expulsivo: Desgarro vulvoperineal 16,67% (21), Desgarro de vagina 4,76% (6), Desgarro Cérvix 3,17% (4) y expulsivo prolongado 7,14% (9).



**Grafico N°3 Complicaciones Obstetricas en el periodo del alumbramiento en las gestantes adolescentes.**



**Interpretación.** - En el grafico N°3 las gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI presentaron durante el periodo alumbramiento: Hemorragia 11.11% (14), seguido atonía uterina 7.14% (9) y retención de restos placentarios 3.97% (5).

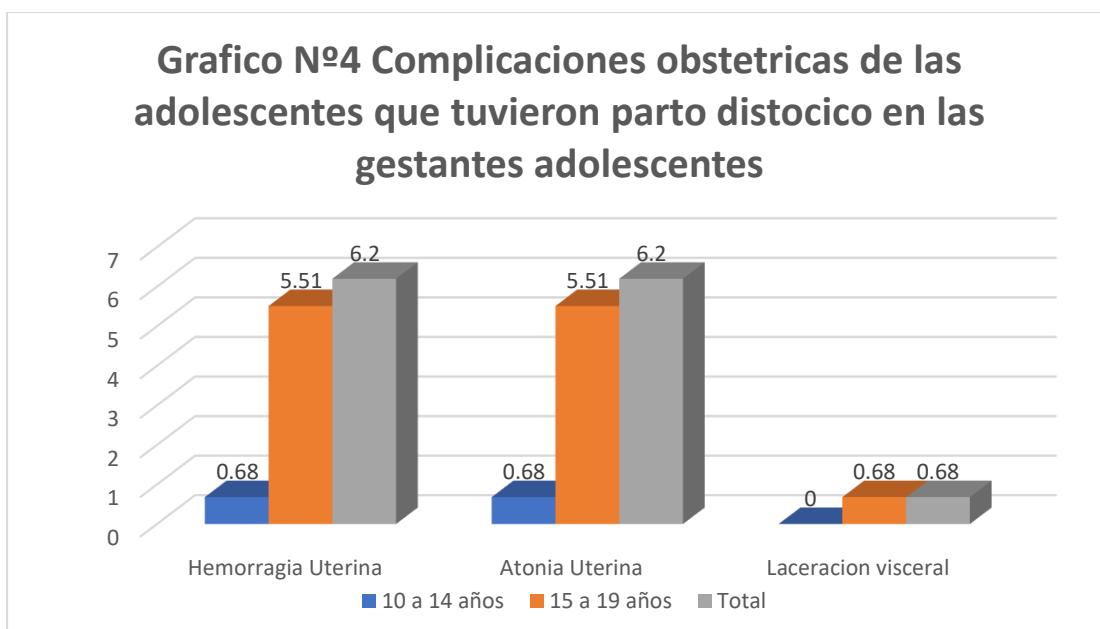
**Tabla 9**

*Complicaciones obstétricas de las adolescentes que tuvieron parto distócico en el HSMSI, 2019.*

Complicaciones	Edad Materna					
	10 a 14		15 a 19		Total	
	f	%	f	%	f	%
Hemorragia Uterina	1	0.68	8	5.51	9	6.20
Antonia Uterina	1	0.68	8	5.51	9	6.20
Laceración visceral	0	0	1	0.68	1	0.68
Otras complicaciones	8	5.51	118	81.37	126	86.89
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>6.87</b>	<b>135</b>	<b>93.05</b>	<b>145</b>	<b>100</b>

**Interpretación.** - En la Tabla N°9 en relación al parto distócico en relación al grupo de adolescentes tardías (15 a 19 años) la mayoría de las complicaciones fueron atonía uterina y hemorragias con 8 (5.51%)

respectivamente; y solo se presentó un caso de laceración de vejiga (0,68%); mientras el grupo de adolescentes tempranas (10 a 14 años) presento un caso de hemorragia (0,68%) y uno de atonía uterina (0.68%).



**Interpretación.** - En el grafico N°4 las gestantes adolescentes que tuvieron su parto distócico en el HSMSI presentaron hemorragia uterina (6,2%), atonía uterina (6.2%) y laceración visceral (0.68%).

## 5.2 Discusión de resultados

La presentación de nuestros resultados en sus diferentes aspectos nos permite realizar la comparación con los diferentes estudios los cuales nos van a permitir establecer una serie de parámetros de fiabilidad de cada uno de ellos en relación a los diferentes objetivos que hemos planteado durante todo el proceso del estudio.

En cuanto a la valoración de la edad materna que se presenta en las gestantes adolescentes tenemos que como se muestra en la tabla 01 la población estudiada se encuentra en el grupo de edad de 15 a 19 años es 135 (93.10%), mientras que 10 (6.90%) se hallaban entre las edades 10 a 14 años.

Al realizar la comparación de estos resultados con los de Villafuerte W<sup>7</sup>, se presentó que el rango de edad de las gestantes se encuentra entre los 17 y 19 años con un 78%, seguido de 14 a 16 años con 21%, mientras que la menor cantidad de ellas se encuentra en el rango menor de 15 años con 1%. Así como Ordoñez O<sup>9</sup>, en la que sus resultados plantean que las edades de los embarazos adolescentes están en el rango de los 17 a los 19 años es del 78.57%, seguido de los 14 a 16 años con 21.43% de la población. Otra investigación es la de Wilcamango S<sup>11</sup>, en donde sus resultados establecen que el rango de edad de las gestantes adolescentes se encuentra de los 17 a 19 años con 96.3%, seguido de los 14 a 16 años con 3.7%.

Todos estos resultados presentados contrastan con los obtenidos con nuestro estudio con lo que se establece la viabilidad del mismo y su replicada en las diferentes poblaciones de estudio.

En relación a la cantidad de controles pre natales que llevan las gestantes adolescentes en nuestros resultados presentados en la tabla 2 vemos que el 77 (53.1%) tuvieron de 1 a 5 controles siendo inadecuados, seguido 38 (26.2%) que tuvieron más de 6 CPN considerándose adecuados y solo 30 (20.68%) no tuvo ningún control.

La investigación de Wilcamango S<sup>11</sup>, en sus resultados planteados se presenta que el número de controles pre natales que se presentan mayor de 6 CPN con un 28%, mientras las gestantes que presentan menos de 6 CPN tenemos el 70.7% de los casos.

Los resultados que se han presentado contrastan con los presentados en nuestro estudio donde la mayoría de las gestantes adolescentes cuentan con menos de 6 CPN durante todo el proceso de gestación.

Así mismo la presentación de los abortos previos en las gestantes adolescentes nuestros resultados que se presentan en la tabla 03 nos demostraron que 130 (89.66%) no tuvieron ningún aborto, seguido de 10 (6.89%) que presentaron un aborto previo y solo 5 (3.44%) han tenido 2 abortos previos.

Estos datos al ser contrastados con los de Ordoñez O<sup>9</sup>, se presentan presentaron que el aborto único es del 7.14%, dos abortos 2.38%, mientras que no presentaron ningún aborto previo 92.86%. con lo que al ser contrastados estos resultados con nuestro estudio se establece la semejanza de los parámetros establecidos en donde la mayoría de las gestantes adolescentes no presentan ningún aborto previo a la gestación.

El número de gravidez que se presentan en las gestantes adolescentes que tuvieron complicaciones en el estudio se ven caracterizadas de la manera que en nuestros resultados presentados en la tabla 04, 124 (84.82%) de las gestantes adolescentes son primigestas, seguido de 20 (13.79%) son segundigestas y 2 (1.3%) son multigestas.

Estos datos presentados por Villafuerte W<sup>7</sup>, establece que las adolescentes con una paridad previa se encuentran en el 90%, dos paridades 8.8%, mientras que más de dos paridades 1.3%, así mismo tenemos los resultados presentados por Ruiz R<sup>10</sup>, en donde demuestran que con una paridad se presentan 71.01%, con dos paridades 23.53%, con la presencia de más de dos paridades 5.46%, otro de los estudios que se presenta es el de Flores

H<sup>12</sup>, en donde en sus resultados sobre la cantidad de gestas previas de las adolescentes manifiesta que con ninguna previa 80.9%, con una paridad 14.9%, con la presentación de dos paridades 4.2%, del total de su población.

Todos estos hallazgos contrastan con los presentados en nuestro estudio que establecen en todos los resultados comparados que la mayoría de la población adolescentes con complicaciones no presentan embarazos previos o presentan de manera relativa una gesta en la mayoría de los casos. El establecimiento de la edad gestacional de las gestantes que se presentaron en nuestro estudio, nuestros resultados que fueron presentados en la tabla 05 establecieron que la mayoría 115 (79.31%) nacieron a término, seguido de 23 (15.86%) que nació pretérmino y 7 (4.82%) nacieron post termino.

En el estudio presentado por Ruiz R<sup>10</sup>, en sus resultados relacionados con la edad gestacional menor a las 28 semanas se presentó 1.26%, mientras que las gestantes con edad superior a las 28 semanas fueron 98.74% de los casos, Wilcamango S<sup>11</sup>, en su estudio la mayoría de los partos que se presentaron en su población fueron pre termino 13.1%, a término 86.2%, partos prolongados 0.5% de los casos que se presentaron, Arévalo G, Torres M<sup>13</sup>, en sus resultados establecidos en cuanto al tiempo del parto se presentó de pretérmino 15.5, mientras que los partos a término que se presentaron fueron 84.5%, de la población.

Todos estos resultados al ser contrastados con los nuestros establecen que la mayoría de los partos adolescentes que se presentan son a término como se replica en las demás investigaciones contrastadas con el estudio que se presenta.

El establecimiento de la culminación de la gestación que se presenta en la mayoría de los casos de nuestro estudio se presenta en la tabla 06 en donde se observa que 90 (62.06%) gestantes adolescentes tuvieron un parto eutócico, mientras 55 (37.93%) tuvo un parto distócico.

En el estudio de Wilcamango S<sup>13</sup>, en sus datos establece que la presentación del tipo de parto de su población fue eutócico 67.5%, mientras que los partos distócicos fueron 32.5% del total de la población, así como en el estudio Flores H<sup>14</sup>, en donde la presentación del tipo de parto de su población que se presentó fue eutócico 70.2% mientras que los partos distócicos fueron 29.8% de todos los casos.

Todos estos hallazgos que se presentan contrastan en la orientación de nuestros datos de la manera en cómo se van presentando en el proceso de análisis y dan la validez y replicidad de los mismos.

En cuanto a la presentación de las complicaciones de las gestantes adolescentes que se presentan durante el trabajo de parto nuestros resultados presentaron en la tabla 08 que los trastornos hipertensivos se presentan en el 20.63%, desgarro vulvo perineal 16.67%, hemorragia 11.11%, fase activa prolongada 11.11%, atonía uterina 7.14% de los casos considerados en nuestra población.

En el estudio de Romero L, Ramos R<sup>5</sup>, en sus hallazgos de las complicaciones que se presentan en las gestantes presenta trastornos hipertensivos 27%, desgarros 9%, atonía uterina 3%, otro de los estudios es el de Ruiz R<sup>10</sup>, en sus datos dentro de las complicaciones que se presentaron trastornos hipertensivos 10.8%, hemorragias 5.4%, desgarros 10.8% de los casos estudiados.

Todos estos resultados que se presentan en las diferentes investigaciones se contrastan con los presentados en nuestro estudio de tal manera que se ve las similitudes en el orden de presentación de las complicaciones que pueden sufrir de manera frecuente las gestantes adolescentes, teniendo en consideración los dos tipos de parto tanto distócico como eutócico, al mismo tiempo dentro de los parámetros que se consideran se ven pequeñas diferencias que se presentan en cuanto a las poblaciones nacionales en relación a las poblaciones que se estudian a nivel nacional, por lo que se ve

las consideraciones de los sistemas de salud que se encargan de brindar las atenciones de manera clínica en el proceso pre hospitalario y el hospitalario, por lo que es fundamental un buen análisis de las diferentes condiciones sociodemográficas de las gestantes para complementar el estudio clínico.

## CONCLUSIONES

- Las características obstétricas de las gestantes adolescentes con complicaciones durante el parto fueron: primigestas 84.82%, a término 79 %; con menos de 6 controles prenatales 53,1 %, con parto eutócico 62 % y no tuvieron antecedente de aborto 89,66 %.
- Las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes durante la dilatación fueron; trastornos hipertensivos 21.42%, fase latente prolongada 8.73%, fase activa prolongada 10,32% e hiperdinamia uterina 4,76%,
- Las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes durante el periodo expulsivo: Desgarro vulvoperineal 16,67% , Desgarro de vagina 4,76%, Desgarro Cervix 3,17% y expulsivo prolongado 7,14% .
- Las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes presentaron durante el periodo alumbramiento: Hemorragia 11.11%, seguido atonía uterina 7.14% y retención de restos placentarios 3.97%.
- Las complicaciones en las gestantes adolescentes que tuvieron su parto distócico fueron hemorragia uterina 6,2%, atonía uterina 6.2% y laceración visceral 0.68%.



## RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio de mayor validez científica que abarque mayores periodos de tiempo y una mayor población, permitirá obtener una mejor evidencia bibliográfica acerca de esta problemática con la finalidad de identificar oportunamente las características maternas que influyen en el desarrollo de complicaciones obstétricas.
- Se sugiere alianzas estratégicas del Ministerio de Educación y Ministerio de Salud para la educación mediante charlas o talleres educativos sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos, con el propósito de crear conciencia en los adolescentes y prevenir un embarazo no deseado que pueda desencadenar alguna complicación.
- Concientizar a las gestantes adolescentes para que acudan a todos sus controles prenatales de esta forma podremos identificar los factores de riesgo y trabajar en ellos de manera oportuna.
- Al Médico que monitorea la evolución del trabajo de parto se recomienda tomar decisiones precisas ante un trabajo de parto que se desvía del tiempo normal y no prolongar más su evolución para evitar complicaciones materno-fetales que afecten posteriormente el bienestar de ambos.
- Es necesario que el personal que atiende el parto debe realizar maniobras adecuadas como detención controlada de la cabeza fetal como una alternativa en el periodo expulsivo y protección del periné para evitar desgarros.
- El parto en adolescentes debe ser institucional.

## FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. Flores M, Nava G, Arenas L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Revista de Salud Pública. 2017;19(3):374-8.
2. Organización Mundial de la Salud. Adolescent pregnancy [Internet]. [citado 19 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. INEI [Internet]. 2019 [20 de abril 2019]; 1(1): 28. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html)
4. UNICEF.org [Internet]. Perú: El fondo de las Naciones unidas para la infancia; 2018 [2018; 12 de Diciembre del 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/ninez-y-adolescencia-en-peru>
5. Romero Lama SA, Ramos Rendón AK. Tesis [Internet]. 2019 [citado el 21 de Junio de 2021]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uq.edu.ec/bitstream/redug/45923/1/CD%20660-%20ROMERO%20LAMA%20SANTIAGO%20ANDRES%2c%20RAMOS%20RENDON%20ANA%20KATHERYN.pdf>
6. Nahathai Watcharaseranee. The Incidence and Complications of Teenage Pregnancy at Chonburi Hospital [2017; 12 de Diciembre del 2018]. Disponible en: <http://www.medassocthai.org/journal>
7. Robayo Villafuerte, Washington Marcelo “complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el hospital

8. provincial general de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013". [En línea]. 2014. [Fecha de acceso 21 de abril del 2018]; 56(219-226) URL disponible en:  
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8381/1/Robayo%20Villafuerte%2c%20Washington%20Marcelo.pdf>
9. Aquino, C. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente [En línea]. 2017. [Fecha de acceso 5 de mayo del 2018], 16(1) URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a04.pdf>
10. Ordoñez Ochoa MJ. Complicaciones Maternas en el Embarazo de Adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl de Pasaje. [Tesis Doctoral]. Loja: Universidad Nacional de Loja, Loja - Ecuador; 2017 65 Agosto.  
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19627/1/Complicaciones%20maternas%20en%20el%20embarazo%20de%20adolescentes%20atendidas%20en%20el%20Hospital%20B%C3%A1sico%20San%20Vicente%20de%20P.pdf>
11. Ruíz Ruíz, J. C. (2018). Relación de las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto setiembre 2015-febrero 2016.: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/505>
12. Wilcamango Salas, S. (2019). Características clínicas y epidemiológicas de las púerperas multíparas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2014-2016.  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5551/wilcamango\\_ss.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5551/wilcamango_ss.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Flores Humareda, R. S. (2017). Complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes y adultas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, en el año 2016.

[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3044/flores\\_hr.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3044/flores_hr.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

14. Arévalo Gómez, F. J., & Torres Medina, Y. N. (2017). 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.

<http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2324>

15. Guido Bendezú, Daisy Espinoza, Junior Smith Torres-Román, Roberto M. Huamán-Gutiérrez. características y riesgos de gestantes adolescentes. [En línea]. 2016. [Fecha de acceso 20 de abril del 2018]; 25(1) URL disponible en:

<http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1180/1021>

16. OMS: Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. Ginebra; 2020 [Actualizado el 2020; citado el 22 de setiembre del 2020]. OMS [Aprox.1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescentpregnanc>

17. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó “Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País” [Internet]. Lima: Comité Ejecutivo Nacional de la MCLCP; 2018 [citado 29 septiembre 2020] pp. 1–15. Disponible en:

[https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/09/alerta\\_embarazo\\_en\\_adolescentes\\_y\\_ninas\\_en\\_el\\_peru\\_0.pdf](https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/09/alerta_embarazo_en_adolescentes_y_ninas_en_el_peru_0.pdf)

18. López Bayona, N. N., & Quintanilla Martínez, A. S. (2020). Guía de atención de trastornos hipertensivos del embarazo.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1128344>

19. Lynn Herman M. Urgencias obstétricas y ginecológicas. Sheehy Manual de Urgencias de Enfermería. (6a edn.), Elsevier España [En línea]. 2016. [Fecha de acceso 08 de abril del 2018], 61(74- 81). URL disponible en : <https://scielo.conicyt.cl/pdf/parasitol/v61n1-2/art11.pdf>
20. López Martínez, C. (2017). La Hemorragia Postparto: descripción, manejo y tratamiento. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/11759>
21. Torre L AA. Incidencia de complicaciones obstétricas en adolescentes... [En línea]. 2017. [Fecha de acceso 08 de abril del 2018], 11(8). URL disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5557602/>
22. Medrano V SJ, Lopez M DJ, Rosales D GC, Rodenas G EA. Complicaciones obstétricas y perinatales en el embarazo de adolescentes.. [En línea]. 2016. [Fecha de acceso 08 de abril del 2018], 33(4). URL disponible en : <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n4/art08.pdf>
23. Gómez PI, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años período 2014 a 2016. [Tesis]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes, 2017.
24. Cunningham FG, Reveno KJ, Bloom SL, Haute JC, Rose DJ, Son CY. Williams Obstetricia. Vigésima quinta ed. De León F J, editor.: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2019.
25. Vallejo B J. Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. [En línea]. 2017. [Fecha de acceso 08 de abril del 2018], 6(2). URL disponible en : [HTTP://doaj.org/articule/5e427bd8d98541099e4e1f168078bdb8](http://doaj.org/articule/5e427bd8d98541099e4e1f168078bdb8)
26. Cabero L. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina de la reproducción humana. 2da ed. Madrid. Médica Panamericana; 2017. p 590-591

27. Ayala Villlela LE. Hemorragia postparto. Rev. Cun. [Internet]. 30 de agosto de 2019 [citado 21 de junio de 2021];3(1):157-8. Disponible en: <https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/94>
28. Squizzato C, Relación de la pre eclampsia en adolescentes embarazadas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño, Lima Perú, [En línea]. 2017. [Fecha de acceso 08 de abril del 2018], 29(418-428). URL disponible en: <http://ojs.udo.edu.ve/index.php/saber/article/view/2686>
29. Rivera Fumero S, Chacón González C, González Chavarría A. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 21 de junio de 2021];5(6):e512. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/512>
30. Schwartz, R, Fascia, R. Obstetricia. 7ma. ed. Buenos Aires. El ateneo. 2014. pag184-187
31. Mirama Calderon, L. V., Calle Rueda, D. G., Villafuerte Arias, P. F., & Ganchozo Peralta, D. F. (2020). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. RECIMUNDO, 4(3), 174-183. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.174-183](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.174-183)
32. Flor T, Lucio P, Luis N, Alain S. embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas, 2017. Acta Med Perú. [En línea]. 2017. [Fecha de acceso 20 de abril del 2018]; 34(4). URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a14v34n4.pdf>
33. Martínez, E. Delgado, M. & Lie, M. riesgos en el embarazo adolescente. BV revistas [En línea]. [Fecha de acceso 20 de abril del 2018]. URL disponible en: <https://cursos.aiu.edu/Desarrollo%20Humano%20II%20Adolescencia/PDF/Tema%204.pdf>

34. Molina, Z. & Galaviz, L. El embarazo adolescente en el Perú. [En línea]. 2017. [Fecha de acceso 20 de abril del 2018]; 47 (333- 340). URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v37n3/0120-4157-bio-37-03-00333.pdf>
35. Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G., & Arenas-Monreal, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19, 374- 378.
36. Jiménez Cabañas, M., Romero Gismera, E., García Anaya, M., & Bravo Arribas, C. (2017). Resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. *Sanidad Militar*, 73(3), 158-161.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1887-85712017000300158](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712017000300158)
37. Velasteguí Egúez, J. E., Hernández Navarro, M. I., Real Cotto, J. J., Roby Arias, A. J., Alvarado Franco, H. J., & Haro Velastegui, A.J. (2018). Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 37-44.  
disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252018000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100005)
38. Hevia Bernal, D., & Perea Hevia, L. (2020). Embarazo y adolescencia. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(4).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400002)
39. Sandoval flores, b. E. (2021). Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital regional de loreto octubre-diciembre 2019. <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/312/TESIS%20PET%203%20%20AYAY%20Y%20BECERRA%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## ANEXOS

Anexo 1: DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, PERÚ,  
2019

Fecha:..... H.C.....

Características sociales Nombre.....

Edad.....

Características Gineco-obstétricas

PARIDAD.....G P .....

FUM.....

EDAD GESTACIONAL.....SEM.....

Vía de terminación del embarazo.....Vaginal ( ) Cesárea ( ).

Sangrado en ml.....

Complicaciones Obstétricas

- |                                           |        |        |
|-------------------------------------------|--------|--------|
| . Hiperdinamia Uterina                    | Si ( ) | No ( ) |
| . Fase Latente Prolongada                 | Si ( ) | No ( ) |
| . Fase Activa Prolongada                  | Si ( ) | No ( ) |
| . Trastornos Hipertensivos                | Si ( ) | No ( ) |
| . Desgarro vulvo perineal                 | Si ( ) | No ( ) |
| . Desgarro de vagina                      | Si ( ) | No ( ) |
| . Desgarro de cuello uterino              | Si ( ) | No ( ) |
| . Ruptura uterina                         | Si ( ) | No ( ) |
| . Retención de Membranas y/o placenta     | Si ( ) | No ( ) |
| . Hemorragia post parto                   | Si ( ) | No ( ) |
| . Expulsivo prolongado                    | Si ( ) | No ( ) |
| . Hematomas y dehiscencia de episiorrafia | Si ( ) | No ( ) |
| . Histerectomía                           | Si ( ) | No ( ) |

Otras complicaciones.....



Anexo 2:

Aprobación para recolección de datos de historias clínicas



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA  
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”



**DICTAMEN DE AUTORIZADO**

ORMEÑO SOTO KAREN KRISTHEL

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Tesis titulada:

“COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA. PERU 2019”

Que usted sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de acuerdo a las recomendaciones de sus integrantes cumple con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es AUTORIZADO para su desarrollo y publicación.

Número de Registro

R-2021-100-05

Ica, 19 Mayo 2021

GOBIERNO REGIONAL ICA  
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA  
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

MAG. CD. RICARDO D. MARTINEZ MUÑANTE  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA  
E INVESTIGACION

Anexo 3:

Permiso del Departamento de Gineco-Obstetricia para acceder al libro de partos y obtener el número de Historias clínicas.



Ica, 18 de Diciembre del 2020

**PROVEIDO N°- 024 - 2018-HSMSI-DPTO-G.O**

Vista la solicitud presentada por la Tesista Srta. KAREN KRISTHEL ORMEÑO SOTO, donde solicita recopilar datos para su Proyecto de Investigación en Obstetricia HSMSI

Esta Jefatura no tienen ningún inconveniente en aceptar lo solicitado pase a la Jefatura de Obstetricia para su conocimiento.

Atentamente,



Carlos H. Guerrero Chacaltana  
GINECO/ OBSTETRA  
C.M.P. N° 14598 R.N.E. N° 21468  
JEFE DPTO G.O

JF/ OBSTETRICIA