UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"ANEMIA Y COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN MADRES PRIMIGESTAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DE LA REGIÓN UCAYALI EN EL PERIODO 2017 – 2018"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

JAMES ALESSANDRO PAREDES RIOS

PUCALLPA - PERÚ

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los 26 días del mes de FEBRERO del dos mil veintiuno, siendo las 13:30. horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"ANEMIA Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN MADRES PRIMIGESTAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DE LA REGIÓN UCAYALI EN EL PERIODO 2017-2018"**, elaborado por el Bachiller **JAMES ALESSANDRO PAREDES RIOS.**

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. HUGO PERCY NORIEGA TUESTA	(Presidente)
M.C. RAUL CARRION VILLAZANA	(Miembro)
M.C. REINALDO GENARO MITMA VÁSQUEZ	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo de ..... Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 26 de FEBRERO del 2021.

M.C. HUGO PERCY NORIEGA TUESTA
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. RAÚL CARRIÓN VILLAZANA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. REINALDO G. MITMA VASQUEZ
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. HUGO PERCY NORIEGA TUESTA
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. RAÚL CARRIÓN VILLAZANA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. REINALDO G. MITMA VASQUEZ
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. MIGUEL ANGEL VALVERDE OCHOA
ASESOR DE TESIS

BACH. JAMES ALESSANDRO PAREDES RIOS
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/0022-2021

La **Dirección General de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el **Informe Final (Tesis) Titulado:**

"ANEMIA Y COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN MADRES PRIMIGESTAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DE LA REGIÓN UCAYALI EN EL PERIODO 2017 – 2018"

Cuyo autor (es)	:	**PAREDES RIOS, JAMES ALESSANDRO**
Facultad	:	MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional	:	MEDICINA HUMANA
Asesor(a)	:	Dr. VALVERDE OCHOA, MIGUEL ANGEL

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 07%.**
En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.
En señal de conformidad y verificación se entrega la presente constancia.

Fecha: 25/01/2021

Dra. DINA PARI QUISPE
Dirección de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, James Alessandro Paredes Rios
Autor de la TESIS titulada:
"Anemia y complicaciones Materno - perinatales en Madres primigestas adolescentes en el Hospital Amazónico de Pucallpa de la Región de Ucayali en el periodo 2017 - 2018."

Sustentada el año: 2021
Con la asesoría de: M.C. Miguel Angel Valverde Ochoa
En la Facultad de: Medicina Humana
Carrera Profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL [x] Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 26 / 02 / 2021

Email: jayr0796@hotmail.com Firma:

Teléfono: 960196332 DNI: 72741145

DEDICATORIA

A Dios quien me dio la sabiduría para poder culminar mis estudios, a mis padres, James y Lirsa, quienes con su ejemplo, amor y dedicación para con sus hijos me permitieron salir a adelante y vencer todo tipo de dificultad que se presentó en mi camino; a mis hermanos, Olenka y Anibal, quienes a su manera contribuyeron en mi formación médica y me ayudaron a realizar mis sueños y anhelos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecirme y darme las fuerzas necesarias para poder estudiar esta noble carrera, guiándome a lo largo de estos 7 años de esfuerzo y sacrificio, dándome la fortaleza en momentos de desaliento.

A mis padres, quienes fueron mis principales motores y propulsores para poder llevar a cabo este sueño, por confiar en mí y creer en mis ideales, por sus sabios consejos y palabras de aliento que me daban la fuerza para salir adelante siempre.

A mis queridos docentes de la Facultad de Medicina Humana, quienes a lo largo de estos años supieron inculcar en mi los conocimientos suficientes para poder desenvolverme día a día en mi ámbito médico y quienes con su paciencia y sabiduría supieron formar en mi un profesional con espíritu de amor y dedicación para mi profesión.

PORTADA

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"ANEMIA Y COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN MADRES PRIMIGESTAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DE LA REGIÓN UCAYALI EN EL PERIODO 2017 – 2018"

2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

Ginecología – Pediatría.

3. AUTOR:

JAMES ALESSANDRO PAREDES RIOS
Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana – UNU

4. ASESOR:

M.C. MIGUEL ÁNGEL VALVERDE OCHOA
Docente de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

5. INSTITUCIONES QUE FINANCIAN:

Ninguno.

ÍNDICE

DEDICATORIA……vi
AGRADECIMIENTO……vii
PORTADA……viii
ÍNDICE DE TABLAS……xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS……xv
RESUMEN……xviii
ABSTRACT……xix
INTRODUCCIÓN……xx
CAPÍTULO I: PROBLEMA……1
1.1. Planteamiento del problema……1
1.2. Formulación del problema……3
1.3. Objetivo general y específicos……3
1.4. Justificación……4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO……6
2.1. Antecedentes……6
2.2. Bases teóricas……12
2.3. Definición de términos básicos……19
2.4. Hipótesis…… 23
2.5. Variables de estudio……24
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN……25
3.1. Ámbito de estudio……25
3.2. Tipo de investigación……25
3.3. Nivel de Investigación. ……25
3.4. Método de investigación……25
3.5. Diseño de investigación……25
3.6. Población, Muestra, Muestreo……25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos……26
3.8. Procedimiento de recolección de datos……26
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos……27

CAPÍTULO IV: RESULTADOS……..28
4.1. Presentación de Resultados……..…….....28
4.2. Discusión……..……..87
CONCLUSIONES……..……..89
RECOMENDACIONES……..……90
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA……..…….....91
ANEXOS……...……...95

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Complicaciones maternas en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…….. 28

Tabla 2. Complicaciones fetales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……... 30

Tabla 3. Complicaciones neonatales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 32

Tabla 4. Complicaciones del parto en gestantes adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 34

Tabla 5. Complicaciones del post parto en gestantes adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 36

Tabla 6. El porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 38

Tabla 7. Relación entre anemia y aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 40

Tabla 8. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 42

Tabla 9. Relación entre anemia y amenaza de aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 43

Tabla 10. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y amenaza de aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……. 45

Tabla 11. Relación entre anemia y amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 46

Tabla 12. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……. 48

Tabla 13. Relación entre anemia y parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 49

Tabla 14. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……. 51

Tabla 15. Relación entre anemia e Infección del tracto urinario (ITU) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…… 52

Tabla 16. Prueba ji cuadrado relación entre anemia e Infección del tracto urinario (ITU) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018……. 54

Tabla 17. Relación entre anemia y Oligoamnios en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 55

Tabla 18. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y Oligoamnios en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……. 57

Tabla 19. Relación entre anemia y Rotura prematura de membranas (RPM) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……. 58

Tabla 20. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y Rotura prematura de membranas (RPM) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…….. 60

Tabla 21. Relación entre anemia y desproporción cefalopélvica en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 61

Tabla 22. Relación entre anemia y desproporción cefalopélvica en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 63

Tabla 23. Relación entre anemia y distocias en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…… 64

Tabla 24. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y distocias en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 66

Tabla 25. Relación entre anemia y corioamnionitis en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018……..…… 67

Tabla 26. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y corioamnionitis en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…….. 69

Tabla 27. Relación entre anemia y hemorragias post parto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 70

Tabla 28. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y hemorragias post parto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……. 72

Tabla 29. Relación entre anemia y sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 73

Tabla 30. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……. 75

Tabla 31. Relación entre anemia y sepsis neonatal en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 76

Tabla 32. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y sepsis neonatal en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018……. 78

Tabla 33. Relación entre anemia y asfixia al nacer en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…….. 79

Tabla 34. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y asfixia al nacer en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…… 81

Tabla 35. Relación entre anemia y peso del recién nacido en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…… 82

Tabla 36. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y peso del recién nacido en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 84

Tabla 37. Factores sociodemográficos de gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 85

INDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Complicaciones maternas en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 29

Gráfico 2. Complicaciones fetales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 31

Gráfico 3. Complicaciones neonatales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 33

Gráfico 4. Complicaciones del parto en gestantes adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 35

Gráfico 5. Complicaciones del post parto en gestantes adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……... 37

Gráfico 6. El porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 39

Gráfico 7. Relación entre anemia y aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 41

Gráfico 8. Relación entre anemia y amenaza de aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 44

Gráfico 9. Relación entre anemia y amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…… 47

Gráfico 10. Relación entre anemia y parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…… 50

Gráfico 11. Relación entre anemia e Infección del tracto urinario (ITU) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…….. 53

Gráfico 12. Relación entre anemia y Oligoamnios en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 56

Gráfico 13. Relación entre anemia y Rotura prematura de membranas (RPM) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018……. 59

Gráfico 14. Relación entre anemia y desproporción cefalopélvica en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018……. 62

Gráfico 15. Relación entre anemia y distocias en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 65

Gráfico 16. Relación entre anemia y corioamnionitis en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 68

Gráfico 17. Relación entre anemia y hemorragias post parto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 71

Gráfico 18. Relación entre anemia y sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 74

Gráfico 19. Relación entre anemia y sepsis neonatal en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 77

Gráfico 20. Relación entre anemia y asfixia al nacer en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018…….. 80

Gráfico 21. Relación entre anemia y peso del recién nacido en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 83

Gráfico 22. Factores sociodemográficos de gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018…….. 86

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivos: Determinar las complicaciones maternas en el embarazo adolescente. Establecer las complicaciones fetales en el embarazo adolescente. Identificar las complicaciones neonatales presentadas en el embarazo adolescente. Determinar las morbilidades en el parto y posparto en adolescentes embarazadas. Determinar el porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio. Determinar la relación entre la anemia y las complicaciones maternas perinatales de gestantes adolescentes motivo del presente de estudio. En relación a las complicaciones maternas del embarazo en adolescentes, el aborto se presentó en el 15,8%, amenaza de aborto en el 31,7%, amenaza de parto prematuro 32,7%, parto prematuro 45,5%, infección del tracto urinario 19,8%, Oligoamnios 15,8% y rotura prematura de membranas 13,9% en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.En relación a las complicaciones fetales se observó que el sufrimiento fetal agudo se observó en el 28.7%. En relación a las complicaciones neonatales se observó sepsis en el 9.9%, y asfixia en el 25.1%. Con respecto a la morbilidad en el parto y en el post parto se encontró distocia en el 28.7%, corioamnionitis en el 6.9%, y hemorragia post parto en el 29.7%. La anemia se presentó en el 19.8% de gestantes adolescentes. Se encontró relación con: la amenaza de aborto p= 0.0001, amenaza de parto prematuro p= 0.0001, parto prematuro p= 0.0001, rotura prematura de membranas p= 0.010, corioamnionitis p=0.010, hemorragia post parto p= 0.0001, con el sufrimiento fetal agudo p= 0.0001, sepsis neonatal p=0.012, asfixia al nacer 0.006 y con el peso del recién nacido p= 0.0001. No se encontró relación de la anemia con el aborto p valor de 0.138, con el Oligoamnios p= 0.424, desproporción cefalopélvica p=0.245, distocias p=0.245, ITU p= 0.980. Con relación a los factores sociodemográficos: las adolescentes gestantes entre 10 a 14 años alcanzó el 36.6%, entre 15 a 19 años 63.4%, solteras 58.4%, secundaria incompleta 33.7%, estudiantes 27.7%, no estudian 72.3% y sin control prenatal 24.8%.

Palabras clave: Embarazo en adolescente, complicaciones materno – perinatales, anemia.

ABSTRACT

The present study aimed to 1. Determine maternal complications in teenage pregnancy. Establish fetal complications in adolescent pregnancy. 3.-Identify neonatal complications presented in adolescent pregnancy. Determine birth and postpartum morbidities in pregnant adolescents. Determine the percentage of anemia in pregnant women. Adolescents reason for the study. Determine the relationship between anemia and maternal perinatal complications of pregnant adolescents reason for the present study. In relation to the maternal complications of pregnancy in adolescents, abortion occurred in 15.8%, threat of abortion in 31.7%, threat of premature delivery 32.7%, premature delivery 45.5%, and infection of the urinary tract 19.8%, Oligoamnios 15.8% and premature rupture of membranes 13.9% in the Amazon Hospital of Yarinacocha of the Ucayali region in the period 2017 - 2018. In relation to fetal complications it was observed that fetal suffering Acute was observed in 28.7%. In relation to neonatal complications, sepsis was observed in 9.9%, and asphyxiation in 25.1%. Regarding morbidity in childbirth and postpartum, dystocia was found in 28.7%, chorioamnionitis in 6.9%, and hemorrhage. Postpartum in 29.7%. Anemia occurred in 19.8% of adolescent pregnant women. It was found related to: the threat of abortion p = 0.0001, threat of premature delivery p = 0.0001, premature delivery p = 0.0001, premature rupture of membranes p = 0.010, chorioamnionitis p = 0.010, postpartum hemorrhage p = 0.0001, with acute fetal suffering p = 0.0001, neonatal sepsis p = 0.012, asphyxiation at birth 0.006 and with the weight of the newborn p = 0.0001. There was no relationship between anemia and abortion p value of 0.138, with Oligoamnios p = 0.424, cephalopelvic disproportion p = 0.245, dystocia p = 0.245, ITU p = 0.980. Regarding sociodemographic factors: pregnant adolescents between 10 and 14 years old reached 36.6%, between 15 and 19 years old 63.4%, single 58.4%, incomplete secondary school 33.7%, students 27.7%, did not study 72.3% and without prenatal control 24.8%.

Keywords: Teenage pregnancy, maternal – perinatal complications, anemia.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema frecuente en nuestro país. La OMS dispone como la edad más segura para el embarazo el periodo entre los 20 y 24 años de edad. Por lo que algunas de las justificaciones médicas para descartar el embarazo en adolescentes (10-19 años) son que "aún no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal de parto". (3)

Al ser la adolescencia una edad precoz para concebir tendrá repercusiones no solo para la gestante y el feto sino también para su entorno familiar. Al destacar los aspectos de orden social, la pobreza se ha vinculado con la presencia de gestación en adolescentes, pues de 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años que dan a luz cada año en el mundo, la mayoría ocurre en países con ingresos bajos y medianos, siendo las condiciones socioculturales y económicas determinantes del contexto de marginación social en que las adolescentes desarrollan sus vidas. (4)

Tuvo como objetivos: Determinar las complicaciones maternas en el embarazo adolescente. Establecer las complicaciones fetales en el embarazo adolescente. Identificar las complicaciones neonatales presentadas en el embarazo adolescente. Determinar las morbilidades en el parto y posparto en adolescentes embarazadas. Determinar el porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio. Determinar la relación entre la anemia y las complicaciones maternas perinatales de gestantes adolescentes motivo del presente de estudio.

La presente investigación consta de cinco capítulos: En el capítulo I, se aborda el problema de investigación: El Hospital Amazónico de Yarinacocha brinda atención a población materno infantil muchas de ellas de escasos recursos que por lo general son gestantes adolescentes. En el capítulo II, se aborda el marco teórico, aquí podemos mencionar que se revisó la bibliografía relacionada a marcadores biológicos de la función renal. En el capítulo III, el marco metodológico, se trata de un estudio retrospectivo, correlacional y transversal en una muestra de 126 pacientes que tenían información completa.

En el capítulo IV, se aborda los resultados y su discusión. Además se presenta las conclusiones y recomendaciones. La investigación concluye: En relación a las complicaciones maternas del embarazo en adolescentes, el aborto se presentó en el 15,8%, amenaza de aborto en el 31,7%, amenaza de parto prematuro 32,7%, parto prematuro 45,5%, infección del tracto urinario 19,8%, Oligoamnios 15,8% y rotura prematura de membranas 13,9% en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018. En relación a las complicaciones fetales se observó que el sufrimiento fetal agudo se observó en el 28.7%. En relación a las complicaciones neonatales se observó sepsis en el 9.9%, y asfixia en el 25.1%. Con respecto a la morbilidad en el parto y en el post parto se encontró distocia en el 28.7%, corioamnionitis en el 6.9%, y hemorragia post parto en el 29.7%. La anemia se presentó en el 19.8% de gestantes adolescentes. Se encontró relación con: la amenaza de aborto p= 0.0001, amenaza de parto prematuro p= 0.0001, parto prematuro p= 0.0001, rotura prematura de membranas p= 0.010, corioamnionitis p=0.010, hemorragia post parto p= 0.0001, con el sufrimiento fetal agudo p= 0.0001, sepsis neonatal p=0.012, asfixia al nacer 0.006 y con el peso del recién nacido p= 0.0001. No se encontró relación de la anemia con el aborto p valor de 0.138, con el Oligoamnios p= 0.424, desproporción cefalopélvica p=0.245, distocias p=0.245, ITU p= 0.980. En relación a los factores sociodemográficos: las adolescentes gestantes entre 10 a 14 años alcanzó el 36.6%, entre 15 a 19 años 63.4%, solteras 58.4%, secundaria incompleta 33.7%, estudiantes 27.7%, no estudian 72.3% y sin control prenatal 24.8%.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los embarazos adolescentes vienen siendo un grave problema social. El concepto moderno de adolescencia se edificó y perfiló socialmente entre los siglos XV y XIX, siendo reconocido que existe un intervalo de transición entre las etapas de vida caracterizado por los cambios biológicos, sexuales y psicológicos; la presencia de la menarquia culturalmente indicaba que las mujeres estaban preparadas para casarse. Entre los años 50 y 70 del siglo XX, se presentó un periodo de explosión demográfica denominado “baby boom”, trayendo como consecuencia el aumento de la tasa de natalidad. En esa época se identificó a las mujeres adolescentes como el grupo de mayor riesgo obstétrico; cambiando el valor moral y social del embarazo durante la adolescencia e iniciando estrategias para su prevención. (1)

En la actualidad la OMS denomina al periodo de la adolescencia como la etapa de la vida del individuo en la que es capaz de reproducirse y llegar a una independencia socioeconómica. Considerando su inicio a los 10 años y su término a los 19 aproximadamente. Se suele considerar a la pubertad como su puerta de inicio la cual conlleva importantes cambios corporales, teniendo entre ellos la menarquía que se da generalmente entre los 9 y 13 años. Como riesgo potencial en esta etapa es el inicio de la vida sexual sin el uso adecuado de anticonceptivos, uso de drogas, alcohol, conllevando a dejar los estudios y alejarse de la familia y amigos, percibiendo pocas o ninguna oportunidad para el éxito; así mismo, vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés, crecer en condiciones empobrecidas, haber sido víctima de abuso sexual. (2)

La OMS dispone como la edad más segura para el embarazo el periodo entre los 20 y 24 años. Por lo que algunas de las justificaciones médicas para descartar el

embarazo en adolescentes (10-19 años) son que “aún no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal de parto”. (3)

Al ser la adolescencia una edad precoz para concebir tendrá repercusiones no solo para la gestante y el feto sino también para su entorno familiar. Al destacar los aspectos de orden social, la pobreza se ha vinculado con la presencia de gestación en adolescentes, pues de 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años que dan a luz cada año en el mundo, la mayoría ocurre en países con ingresos bajos y medianos, siendo las condiciones socioculturales y económicas determinantes del contexto de marginación social en que las adolescentes desarrollan sus vidas. (4)

Desde décadas pasadas se sabe que muchos de los problemas relacionados al embarazo adolescente se pueden vigilar con una atención prenatal adecuada, que permita identificar desde el primer trimestre del embarazo ciertas carencias y condiciones de riesgo. La atención prenatal, cuando se proporciona con calidad, disminuye riesgos importantes para el binomio madre- hijo. No obstante, se ha documentado que las adolescentes acuden en menor proporción al control prenatal (CPN) en comparación con adultas y, cuando acuden, lo hacen de forma tardía o de forma no recurrente. (3)

Teniendo en cuenta el cumplimiento de un mínimo de cuatro consultas recomendado por la OMS, la cobertura del control prenatal en las mujeres en general de Perú es de 93% en zonas urbanas (2005- 2011) y 79% en el ámbito rural. Sin embargo, la evidencia del Perú sugiere que las madres adolescentes, particularmente de 10-14 años, tienen menores posibilidades de asistir al CPN en comparación con las adultas. (5)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

- ¿Cuáles fueron las complicaciones materno-perinatales más frecuentes en madres primigestas adolescentes con anemia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General

- Identificar las complicaciones materno-perinatales más frecuentes en madres primigestas adolescentes con anemia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar las complicaciones maternas en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.
- Establecer las complicaciones fetales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.
- Identificar las complicaciones neonatales presentadas en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

- Determinar las morbilidades en el parto y posparto en adolescentes embarazadas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.
- Determinar el porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.
- Determinar la relación entre la anemia y las complicaciones maternas perinatales de gestantes adolescentes motivo del presente de estudio, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.
- Identificar los factores sociodemográficos en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente se considera como un problema de salud pública en todos los países del mundo y especialmente en países como el Perú, por las altas tasas que aún se encuentra (3). Se sabe que en lo que concierne a la mortalidad materna, si bien es cierto, ha ido disminuyendo progresivamente a lo largo de los años, gracias a campañas de concientización del problema, sobre todo después de los 90s, la disminución fue muy significativa, pero aún sigue siendo alta en países en vías de desarrollo como el nuestro, en los que se encuentra alrededor del 95% de los casos y dentro de este grupo de riesgo de complicaciones asociados de la mujer en edad reproductiva, lo constituyen los extremos de la vida, es decir, mujeres muy jóvenes (adolescentes con altas tasas de natalidad) y las mujeres mayores o añosas (mayores de 35 años, cuyas tasas de gestación al igual que el grupo de mujeres entre los 20 y 35 años ha disminuido), y las complicaciones están relacionadas al embarazo, parto o puerperio. (7)

Por ello se considera como parte de las políticas sanitarias y metas a nivel mundial, realizar investigaciones que tengan que ver con un grupo de alto riesgo de complicaciones y que, al conocer las características de estas, se puedan tomar medidas para que de una u otra manera se pueda contribuir con las políticas de salud, destinadas a la reducción de mortalidad materna trazadas para los próximos 15 años (2016- 2030), según acuerdos planteados por la OMS en el 2015. (12)

En el caso del Perú, como en todos los países, la mortalidad materna también disminuyo de manera significativa, pero el embarazo en adolescentes (grupo de riesgo de complicaciones asociadas al embarazo) se incrementa en forma progresiva en los últimos años, que condiciona un factor de riesgo muy importante de complicaciones clínicas en el embarazo, parto y puerperio, además de otros problemas sociales que acarrea para la familia y la sociedad, como abandono escolar, violencia de género, la pobreza y otros problemas sociales, por lo que se considera, muy importante, investigar el problema del embarazo en adolescentes. (3)

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones extranjeras

Lina María Congote-Arango, M.D.1, María Adelaida Vélez-García, M.D.2, Lisandro Restrepo-Orrego, M.D.3, Ángela Cubides-Munévar, M.D.4, Rodrigo Cifuentes-Borrero, M.D., Ph.D.5. (Colombia – 2012). En su investigación titulada: "Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007. Estudio de Corte transversal". Resultados: la adolescencia es un factor de riesgo para desarrollar eclampsia (OR = 2,09; IC 95%: 1,48-2,94) con respecto a madres mayores de 20 años y es factor de riesgo para restricción del crecimiento intrauterino (OR = 1,23; IC 95%: 1,08-1,41) En contraste, ser adolescente es un factor protector para el desarrollo de preeclampsia (OR = 0,88; IC 95%: 0,08-0,95) y para muerte intrauterina (OR = 0,84; IC 95%: 0,72-0,99). Conclusiones: el embarazo en la adolescencia incrementa el riesgo para eclampsia y restricción de crecimiento intrauterino, no así para otras morbilidades maternas o perinatales. (6)

Fainete A P. (Venezuela – 2010). En su trabajo titulado, Mortalidad materna: evento trágico refiere que, En el mundo cada día, cada minuto, y en la mayoría de los casos en los países en desarrollo, una madre muere por una complicación relacionada al embarazo, parto o puerperio. Esta muerte es más que una tragedia personal o familiar, ella nos motiva a tomar participación activa. Es conocido que este triste evento implica una elevada carga socioeconómica para el estado, comunidad y familia, con consecuencias invaluables. La magnitud de esta catástrofe anual se eleva a la pérdida de casi 600 mil madres, además se derivan cerca de 50 millones de casos con lesiones, ambas son considerablemente prevenibles. Tres décadas de investigación han probado que implementando pequeñas y factibles medidas pueden

significativamente reducirse los riesgos de salud que la mujer afronta con un embarazo. La calidad de vida y los servicios de salud pueden ser evaluados por dos indicadores fundamentales: mortalidad materna y perinatal. Mundialmente agentes e instituciones multilaterales se han organizado para enfrentar esta realidad sanitaria inaceptable, en particular en los países en desarrollo; se han hecho profundos análisis y sugeridos planes específicos. Los resultados hasta el presente revelan mejorías relativas, son más notorios en países desarrollados. En nuestro país la razón de mortalidad materna en los últimos quince años ha estado estable cercana a 60 por cien mil nacidos vivos, considerada alta.Los factores relacionados son múltiples, incluyendo los de salud y otras áreas como socioeconómicos, culturales y ambientales. Se presentan lineamientos para la atención materna: promoción en salud, actividades asistenciales, docentes, de investigación y administrativas, orientadas a disminuir estas terribles tragedias. (12)

Cortez D. (Colombia – 2010). Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. Refiere que, Hoy en día el tema de la morbimortalidad materna es una cuestión de gran importancia, no sólo para los médicos y personal de salud e instituciones, sino que también refleja gran preocupación de economistas, políticos, académicos y en general de toda la sociedad y el Estado; debido a su impacto en los índices de desarrollo de cada uno de los países y en indicadores fácilmente medibles, como el índice de desarrollo humano y los índices de desigualdad que reflejan la importancia de estos temas dentro de las prioridades de una nación desarrollada o en vías de desarrollo. Desde hace un tiempo la preocupación se centra en la cuantificación de algunos eventos centinela, como son la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna, y en la búsqueda de soluciones integrales en todo el sistema de salud. (14)

Urdaneta Machado José Ramón, Lozada Reyes Marielis, Cepeda de Villalobos Maritza, García I José, Villalobos I Noren, Contreras Benítez Alfi et al. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. (Chile – 2015). Refiere que, su objetivo fue: Relacionar la anemia materna con el peso al nacer (PAN)

en mujeres con embarazos a término. *Métodos*: Investigación correlacional con diseño no experimental y transeccional, donde se evaluaron 200 embarazadas en fase activa del trabajo de parto, a quienes se les determinaron los valores de hemoglobina (Hb), hematocrito (Hcto) e índices hematimétricos, para luego correlacionarlas con el PAN. *Resultados*: Los valores de Hb oscilaban entre 8,4 ± 1,0 g/dl y 11,6 ± 0,64 g/dl, mientras que los de Hcto fueron de 28,8 ± 3,3% y 38,9 ± 2,2%, anémicas y no anémicas, respectivamente. Los índices hematimétricos mostraron valores referenciales normales en ambos grupos. El PAN de los recién nacidos de madres anémicas estaba disminuido en 12,39% (-420 g) al compararse con los pesos de los neonatos de madre sin anemia (2.970 ± 0,43 g vs. 3.390 ± 0,32 g; p<0,0001). El BPN fue más frecuente en el grupo de madres anémicas, las cuales mostraron un mayor riesgo, aunque no significativo (15% vs. 10%; OR IC95% 1,558 [0,676-3,728]; p>0,05). Se demostró una relación directamente proporcional y significativa entre los valores de Hb - PAN (r=0,439; p<0,0001). *Conclusión*: Existe una relación directa, proporcional y significativa entre el PAN y los valores de Hb; sin embargo, aunque las gestantes anémicas presentaron con mayor frecuencia BPN, esta diferencia no fue significativa. (15)

2.1.2. Investigaciones Nacionales

Noemí Gómez Palomino, (Perú – 2016) en su investigación titulada: "Características clínicas y complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el HNERM julio del 2013-junio del 2014, Lima Perú". Resultado: De 306 gestantes adolescentes el 97% correspondieron a adolescentes intermedias, el 87% pertenecen al área urbana, 89% tienen un Grado de Instrucción Secundaria, el 85% fueron Solteras el 42% no planificó su embarazo, el 98% fueron primigesta el 59% tuvo parto vaginal, las Complicaciones Maternas fueron ITU 38%, RPM 13.9%, preclampsia 12.1%, y las Complicaciones Perinatales fueron Ictericia 20%, prematuridad16%, bajo peso 13.5%. Conclusiones: Del total de gestantes adolescentes el 54% presentaron complicaciones maternas, y el 51% complicaciones perinatales, dentro de la maternas destacan ITU, RPM, Preclampsia,

Oligohidramnios, desproporción cefalopélvica, y en las perinatales ictericia, prematuridad, bajo peso depresión neonatal. (7)

Chacón Olivas, Aquiles Gerardo; Pizarro Mendoza, Cristian Williams Leo. (Perú – 2013). En su investigación titulada: "Complicaciones materno-perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el hospital maría auxiliadora 2011". Resultados: Los casos representaban el 24.3% (n=1884) y los controles el 61.7% (n=4779). La adolescencia representa un factor de riesgo para episiotomías, infecciones puerperales, neonatos con bajo peso al nacer, y pequeños para edad gestacional. Los casos mostraron aumentos no significativos de infección urinaria, eclampsia, recién nacidos pretérmino, y neonatos con Apgar bajo en el 1° y 5° minuto.Conclusión: El embarazo adolescente constituye un factor de riesgo para algunos resultados adversos del embarazo. (8)

Avila Jaquez, Carmen. (Perú - 2019). Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque La mortalidad materna no solo es un problema médico, sino también social, económico, político, cultural, etc. El objetivo general del artículo es, primero: replantear que el aumento o disminución de la salud y el nivel socioeconómico de las personas es una relación que puede ir en ambos sentidos; pero cuando existen niveles socioeconómicos medios o bajos, la política pública puede intervenir a través del otorgamiento de capacidades para mejorar la salud. Segundo: identificar las capacidades que deben ser tomadas en cuenta por la política pública con el fin de disminuir la mortalidad materna. Tercero, analizar el caso de Perú por su destacado avance en el quinto objetivo de Desarrollo del Milenio. El artículo está estructurado de la siguiente manera: primero se analizan algunas teorías sobre capacidades, las cuales pueden influir para que disminuya la mortalidad materna; posteriormente, se propone un marco metodológico a partir de la identificación y listado de variables e indicadores, con el propósito de facilitar el análisis y la identificación de las capacidades que se otorgaron (a las mujeres, sus hogares o entornos) en los distintos programas implementados en Perú de 1990 a 2015, destacando las políticas más emblemáticas: Proyecto 2000 y ParSalud. Debido a la falta de estadísticas a nivel

desagregado, se recurre al uso de 13 entrevistas a profundidad a: funcionarios encargados del diseño e implementación de las políticas públicas (a nivel directivo), activistas o expertos en la materia, entre otros, haciendo un total de 7 mujeres y 6 hombres. Para citarlos, se menciona por primera vez su cargo para contextualizar, además de su nombre y apellido, la siguiente ocasión sólo se cita por el apellido. Asimismo, en el párrafo donde se abordan las "adecuaciones culturales" en la política de salud y se cita a varios entrevistados, las fuentes aparecen como nota al pie de página para facilitar la lectura. El otorgamiento de capacidades para disminuir la mortalidad materna. El estudio de la salud materna y el fracaso de esta, vista como la mortalidad, es un problema con muchas aristas y también altamente evitable. Además de las cifras, su gravedad estriba en las repercusiones sociales que conlleva y en ser un indicador de la calidad de los servicios de salud en un país. La mortalidad materna sucede durante un periodo de la vida de las mujeres en el que son jóvenes, fértiles y productivas (aproximadamente entre los 10 y los 50 años), convirtiendo esto en una muerte prematura, donde se pierden activos humanos, los cuales dejan de contribuir durante su mayor potencial. Por este motivo, "mejorar la salud materna" se subió a la agenda internacional como meta por alcanzar en 25 años, de 1990 a 2015 dentro de los ODM. Los países miembros de la ONU se comprometieron, como parte de sus políticas públicas nacionales, a reducir 75% de la mortalidad materna y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015. (13)

2.1.3. Investigaciones Locales

Lapiz Chasquibol, Miguelina Margarita. (Pucallpa – 2018) en su tesis: Relación entre la anemia materna con las complicaciones perinatales de los recién nacidos en el Hospital III – EsSalud En El 2017, refiere que: Se encontró que el 55.2% (148) de las madres presentan anemia leve; el 6.7% con anemia moderada, y el 38.1% no tuvieron anemia. El 72.9% presentan entre los 20 a 34 años, el 62.7% proceden de la zona urbana. El 56.6% de las madres con anemia presentaron complicaciones perinatales, la más frecuente fue recién nacido de bajo peso, seguido de prematuridad (13.3%), sufrimiento fetal agudo (11.4%), y retardo de crecimiento

intrauterino (9.0%). Las madres con anemia tienen un mayor riesgo significativo (OR=1.72, p=0.032) de presentar complicación perinatal que las madres sin anemia; las madres con anemia leve (OR=1.73, p=0.014) y las madres con anemia moderada tienen un mayor riesgo significativo (OR=1.72, p=0.000) de presentar complicación perinatal que las madres sin anemia. Solo se asoció significativamente la presencia de recién nacido de bajo peso con la presencia de anemia materna (OR=2.19, p=0.048). Conclusión: Las madres con anemia presentan con mayor riesgo significativo complicaciones perinatales, asociándose con mayor frecuencia a recién nacido de bajo peso. (16)

Rabanal Sajami Ángel Manuel. (Ucayali – 2016). En su tesis titulada: Preeclampsia y muerte materna en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, decenio 2005-2014 refiere que: La preeclampsia es un problema médico de gran importancia debido a la morbilidad materna y perinatal que genera a nivel mundial. Al momento actual, no se dispone de una prueba de detección o una intervención preventiva que sea universal, reproducible y costo-efectiva. El manejo se fundamenta en el diagnóstico y tratamiento oportuno, la prevención de las convulsiones y la interrupción del embarazo. Su incidencia varía entre 2% y 15% en diferentes partes del mundo, siendo contribuyente para la aparición de complicaciones durante el embarazo. (17)

Leveau Bartra Cayo E. (Pucallpa – 2013). En su tesis titulada: Factores asociados a la mortalidad materna en la región Ucayali del año 2006 al 2010. Refiere que: El presente estudiante tuvo como finalidad determinar los factores asociados a la muerte materna en la Región Ucayali entre los años 2006 al 2010, que es un daño importante que afecta la salud pública y que en los últimos años las estrategias de reducción estuvieron dirigidas a intervenir las causas biomédicas, pero que no dieron los resultados esperados. Se diseñó un estudio no experimental de tipo casos y controles de nivel analítico. Se estudió 68 muertes maternas ocurridas en el periodo de los años 2006 al 2010, las mismas que se compararon con sus controles en una tabla de dos por dos simple. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: La gestación a una

edad mayor de 38 años es un riesgo en la mortalidad materna con una fuerza de asociación de 3.67 con diferencia significativas al 95% p=0.0012. El periodo intergenésico corto menos de 2 años, la paridad más de 4 hijos, la condición materna de desnutrida, la talla baja menos de 1.5 metros, la condición materna de indigente, analfabeta y no planificada, no son factores de riesgo en la mortalidad materna pues sus diferencias no fueron significativas p> 0.05. La inaccesibilidad es un factor de riego para la muerte materna con una fuerza de asociación OR de 3.44 con diferencias significativas p= 0.0329 al 95%. Las creencias negativas para la gestación son un factor de riego para la muerte materna con OR de 3.62 con diferencias significativas p=0.0036 al 95%. Los controles prenatales en menos de 6 veces se considera factor de riego para la muerte materna pues las diferencias son significativas p=0.01 con una fuerza de asociación OR= 3. La demora en la atención en sus diferentes periodos es un factor de riesgo importante con OR= 4.5 con diferencias altamente significativas p=0.0000. La mortalidad materna ocurre en 61% durante el post-parto, 13.2% en el intraparto, 14.7% en el post-aborto y 10.3% en el embarazo. (18)

2.2. BASES TEÓRICAS

La definición de adolescencia es muy compleja y hasta el momento no existe un consenso que nos aproxime a tal definición se reconoce la definición que hace la OMS, considerándole que es la etapa o periodo etario que va desde los 10 a 19 años, una etapa de cambios fisiológicos, psicológicos que va de la etapa de la niñez a la adultez, proceso de independización económica gradual y que es influida grandemente por patrones culturales, sociales y de índole familiar. (1)

Este proceso de cambio biopsicosocial, base para el desarrollo de su personalidad, es dividido en tres estadios: adolescencia temprana que va desde los 10 a 14 años, intermedia, que abarca de 15 a 17 años y la tardía de 17 a 19 años. En la etapa intermedia se dan casos de embarazo temprano, deserción escolar y adquieren independencia económica de los padres, en la adolescencia tardía se da el proceso de reafirmación de la pareja. Es una etapa, que como ya se dijo, un proceso de

transición de la niñez a la adultez, proceso de cambios especialmente en el aspecto psicológico, buscándose, asimismo, el desarrollo del pensamiento abstracto, conducta conflictiva y contradictoria, búsqueda de respuestas a su existencia; hay un proceso de desarrollo pleno de los caracteres sexuales secundarios. (2)

En el aspecto biológico, durante la adolescencia se produce el desarrollo del lóbulo frontal, hecho que tiene y guarda relación con aspectos conductuales, como el control de los impulsos, los juicios, los comportamientos sexuales, la búsqueda de los pares, por ello es muy delicada esta etapa para el buen desarrollo de la personalidad del futuro adulto. Dentro de los problemas más importantes que se dan en este periodo y que motiva el presente estudio referente al embarazo considerado como un problema de salud pública a nivel mundial y de gran impacto en la salud materna; que está muy ligada o influido por razones de índole cultural, sociodemográfico, religioso e incluso etnia, siendo un factor determinante de este problema, el inicio de la relaciones sexuales tempranas, considerándose que en américa latina el 22% de las niñas inician relaciones sexuales a los 15 años. (3)

Se estima que a nivel mundial hay 15 millones de adolescentes que paren cada año, lo que equivale al 10% de los partos a nivel mundial, pero este porcentaje se incrementa en los países en vías de desarrollo, en los que está alrededor de 17%. Este hecho traerá consigo múltiples impactos en la vida de la adolescente que tienen que ver con derechos y oportunidades que alteran los planes de vida y la migración a la vida adulta, en muchas ocasiones dan lugar a la perpetuación de la pobreza y en ocasiones esto se da generación en generación. Esta situación trae consigo un impacto económico y social para el país, creando un potencial negativo de capitalización del recurso humano, es así que se ha considerado por estudios del Banco Mundial que el costo de oportunidades de vida en la adolescente va de 1% en países desarrollados hasta 30% en países pobres, en el Perú este valor se estima alrededor del 17,1%. 20 El impacto sanitario de evitar un embarazo no deseado también es alto en países como el nuestro, en el Perú se estima entre $43 a $63 dólares. (3)

COMPLICACIONES CLÍNICAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

En la patogenia de la preeclampsia se dice que estaría relacionado con la tolerancia inmunológica alterada o deficiente de los mecanismos de defensa inmunológica de la madre y del nuevo huésped, producto de la fecundación, el embrión o feto. El feto, por tener la mitad de su estructura antigénica diferente a la madre, se comporta como un injerto ajeno a la estructura inmunológica. La pérdida de la adaptación inmunológica adaptativa tendría una explicación en la falta de maduración del sistema inmune de ella y el que se plantea habría una relación con un deficiente estado nutricional que es un patrón muy común en las adolescentes, influido por los nuevos patrones socioculturales de estética, que crea y condiciona una nutrición deficiente calórico-proteica. (4)

En lo que se conoce a situaciones o condiciones que incrementan el riesgo de preeclampsia en adolescentes, se habla de la primigestación, los extremos de la vida reproductiva y la poca exposición a la muestra antigénica masculina, el esperma. Cuando hablamos de preeclampsia, no solo nos referimos a un incremento de la presión arterial, sino que esto es consecuencia de una alteración endotelial muy estudiada que determina una alteración de la perfusión placentaria y todo el proceso subsecuente que ya conocemos. Una respuesta a la disminución del flujo placentario estaría mediada por adaptación fetal al poco aporte nutricional recibido. Wallemburg describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” que se interpreta como un deficiente funcionamiento de los mecanismos de adecuación circulatoria de la gestante, que determinará u ocasionará: (3)

- Hipertensión arterial materna
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de la placenta

En el síndrome de mala adaptación circulatoria que es una falla adaptativa a los cambios fisiológicos que se produce en el embarazo, va a ocasionar presencia de signos y síntomas asociados o únicos, tanto en la madre como en el feto. La presentación de este síndrome tiene dos modalidades o tipos: de inicio precoz en el que hay una inadecuada preparación anatómica del flujo uterino y la de inicio tardío en el que hay una deficiente respuesta materna o falla a la anidación. Referente a los recién nacidos de bajo peso al nacer, ya sea por prematuridad o con bajo peso al nacer para la edad gestacional, son productos con un alto riesgo de sepsis y otras enfermedades que determinan un gran problema biológico y social, y se sabe que la mortalidad infantil en este grupo se duplica o triplica en relación a las gestantes mayores de 19 años. En lo que se refiere a la morbilidad materno fetal, se considera que la desnutrición materna no es un factor determinante, pero que si influye en la presentación de recién nacidos de bajo peso en asociación con una deficiente ganancia de peso de la madre durante la gestación. Molina, considera que la anatomía de la pelvis ósea de las adolescentes no tiene el desarrollo adecuado que garantice un buen recorrido fetal por el canal de parto y un parto feliz. (5)

COMPLICACIONES DEL PARTO Y PUERPERIO EN ADOLESCENTES

En la fase del parto, el desarrollo deficiente o inmaduro de la pelvis y su componente anexo que lo constituye las estructuras blandas, van determinar desproporciones cefalopélvicas que harán propensas al uso de fórceps y ejecución de cesáreas que incrementan el riesgo de infecciones y otras complicaciones en el parto, como los desgarros del canal de parto, hemorragias postparto inmediato así como infecciones secundarias como resultado de la exagerada manipulación, dentro de un terreno muy predispuesto, como es en una paciente desnutrida y en su gran mayoría anémicas. (6)

La presentación de hemorragias obstétricas masivas en relación a la edad se ven influidas cuando se requiere de intervenciones quirúrgicas a los que se deben de agregar otros factores de riesgo, como la instrumentación del parto, las tallas cortas

e inferiores a 150 cm, la distocia de presentación como la pelviana, las occipito posteriores o transversas, van determinar las altas tasas de morbilidad intraparto, sin embargo se considera a la obesidad como directamente relacionada con malas posiciones y no la adolescencia en sí, ni el deficiente desarrollo de la pelvis. La presentación de la anemia como complicación muy frecuente en las adolescentes están determinadas por una deficiente alimentación calórico-proteica con deficiencia de hierro, muy característico de este grupo etario, además es muy común encontrar un bajo peso materno como consecuencia de lo anterior, los que aunados incrementan los riesgos para el embarazo como del feto determinando un deficiente crecimiento y desarrollo. Al evaluar la presentación de la asfixia perinatal en los productos de las adolescentes, no se encuentra diferencias estadísticas con los del grupo de mayores, pero si en el grupo de menores de 17 años y están estarían relacionadas por complicaciones que se dan en la conducción del parto e intraparto, los que determinan la presentación de asfixia perinatal que pueden ser moderadas a severas. En lo referente al hallazgo de fetos con malformaciones en los productos de las adolescentes, se ha encontrado que, en las mayores de 15 años, no hay diferencia estadísticamente significativa, pero si en las menores de 15 años, siendo las malformaciones del tubo neural como las más prevalentes que determinan retrasos mentales de por vida. En lo concerniente a las infecciones vaginales en las adolescentes, se describe a la leucorrea y las vulvovaginitis, como patologías más frecuentes en la consulta ginecológica a nivel mundial y estos cuadros van influir en la presentación de cuadros de endometritis puerperal que serán mucho más frecuentes cuando hay cuadros de desgarros en el parto, si hay anemia y desnutrición, lo que determina un terreno muy propicio para la presentación de infecciones puerperales en el grupo de adolescentes, pero hay algunos estudios en los que no encuentran diferencias estadísticas de presentación de endometritis puerperal o son contradictorios o no se encuentran diferencias al compararlas con puérperas adultas. (7)

En cuanto a las variables sociales que aumentan de por si el riesgo gestacional de las adolescentes son los pocos controles prenatales, inicio tardío de los controles

prenatales, dependencia económica entre otros; si la gestante no tiene controles prenatales, se va encontrar muchas complicaciones clínicas en el embarazo, parto y puerperio, siendo estas complicaciones como la ruptura prematura de membranas, hemorragias postpartos, infecciones vaginales, endometritis, prematuridad, síndrome hipóxico-isquémico neonatal, síndrome de membrana hialina, sepsis neonatal y mortalidad perinatal. Referente a la prematuridad, se dice que esta es más frecuente cuando menor es la edad de la madre y por ende menor la edad gestacional al momento del parto y en muchos casos estas se encuentran precedidas en la mayoría de los casos por rotura prematura de membranas y cuyos valores porcentuales van desde 7% al 17%. En lo que se refiere a complicaciones metabólicas en el embarazo, como la diabetes, se encuentra que esta complicación es menor en las adolescentes en comparación con las mujeres mayores de 19 años. Referente a las infecciones urinarias se encuentran estudios en los cuales solo se han encontrado un breve incremento en la presentación de las mismas, sobre todo en adolescentes de 14 años con un hallazgo que van hasta un 23,1%. En la última data de la distribución de la población en el Perú, se ha encontrado que en grupo de mujeres de 15 a 29 años representan el 27% del total, que, traducido en números absolutos, es del orden de los 8 millones 377 mil, según reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática al 30 de junio de 2015. De la población joven, 4 millones 136 mil son mujeres y 4 millones 241 mil son hombres. La concentración del grupo etario de 15 a 29 años es mayor en la capital con un valor que asciende a los 2 millones 646 mil, siendo además el departamento con mayor población joven. El embarazo adolescente en Perú subió al 14,6% en 2014, que viene a ser un aumento del 1,6% referente al dato poblacional del 2000, mientras que la población total aumentó a unas 31 151 643 habitantes, según reporte del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). El incremento de adolescentes varia porcentualmente según la edad estipulada en el lapso de 14 años (2000 y 2014), es así que las de 15 años aumentó de 1% a 1,9%, las de 16 años aumentó de 4,7% a 5,4% y las de mayor edad de 17 a 19 años paso de un 22,3% hasta un 26,7%. (4)

Por todo lo expresado, es importante tomar las medidas del caso y así evitar el impacto que trae consigo el embarazo en adolescentes, tanto para la vida de la

madre, para la familia y para el país. Repercusiones del embarazo en adolescentes Es sabido que el embarazo de por si tiene riesgos de complicaciones médicas en determinado momento de la evolución del mismo, siendo esto más prevalente en los extremos de la vida es así que se considera que en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones tanto para su salud como también para el producto de la concepción y el que deben de ser detectadas tempranamente y así evitar las complicaciones mayores; se determina que las adolescentes tienen mayor predisposición a complicaciones como son la preeclampsia- eclampsia, desnutrición materna y fetal, anemia, parto pre termino, parto prolongado, hemorragias, lesiones de piso pélvico, incompatibilidad cefalopélvica, sin olvidar las implicancias sociales como el abuso sexual y la violencia que pueden sufrir las madres jóvenes, adicionalmente las consecuencias derivadas de las maniobras abortivas y otras como la multiparidad al final de la vida reproductiva.

En diferentes estudios se encuentra que la anemia y los cuadros hipertensivos son complicaciones muy comunes en las adolescentes, los que tienden a disminuir conforme la edad de madre es mayor, convirtiendo la edad extrema como factor de riesgo de desarrollar estas complicaciones; en cuanto a la anemia, esto se da en razón de las peculiaridades de las dietas de las adolescentes y los malos hábitos de las mismas que determinan una deficiencia de hierro. En lo referente al parto, se sabe que las lesiones durante el trabajo de parto, el parto prolongado, los partos instrumentados, hemorragias en el postparto inmediato y cesárea, están relacionado con un deficiente desarrollo de la pelvis en la etapa de la adolescencia, estos factores tienen implicancia directa en la salud y condición inmediata del recién nacido. (6)

El embarazo en la adolescente no solo trae consigo complicaciones en la salud y vida de la madre sino también en la salud de sus hijos desde el nacimiento, el que se relaciona con el bajo peso al nacer o prematuridad, que son complicaciones frecuentes de este grupo etario de madres muy jóvenes, lo que ocasiona un incremento de la morbimortalidad perinatal, deficiente cuidado de los primeros años de vida, lactancia deficiente y deterioro crónico de salud del niño. (5)

Adicionalmente se determinó, que los hijos de madres adolescentes tienden a tener mayor grado de deserción escolar, capacidad mental disminuida, descuido en su salud, retardo del desarrollo físico y emocional y condicionantes para un desarrollo biopsicosocial con problemas de adaptación a la sociedad que le llevan a condiciones desfavorables en su vida, con niveles socioeconómicos bajos y perpetuando así un ciclo de pobreza. En cuanto a la edad, la literatura médica también reporta una mayor incidencia de malformaciones del tubo neural en los hijos de madres adolescentes, esto estaría o guardaría relación con la cercanía entre la menarquia y el primer parto, siendo mayor riesgo cuando este intervalo es menor de cinco años. (7)

Conocedores de este problema que enfrenta la adolescente y su descendencia, las múltiples complicaciones al que está expuesta es bueno recalcar de la importancia del conocimiento de estas implicancias por parte del profesional médico, con la finalidad de brindar los cuidados del caso en situaciones como estos, así como también ver las medidas que se deberían de adoptar para prevenir las complicaciones como consecuencia de un embarazo en una mujer no preparada ni biológicamente ni psicológicamente.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Adolescencia:** Es un periodo del desarrollo que se produce inmediatamente después de la niñez, es decir después de los 10 años y que implica un proceso de desarrollo bio-psico-social y sexual, hasta los 19 años, es considerada como una etapa de adaptación a la vida adulta, produciéndose muchos cambios, específicamente en la esfera psicológica, etapa de inicio de autonomía, etapa de crítica y busca de la independización. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad. (1)

- **Embarazo:** Es el periodo que transcurre después de la implantación del producto de la concepción, hasta los 280 días, que equivale a 9 meses lunares o 40 semanas. (3)

- **Parto:** Es llamado también nacimiento y que es la culminación del embarazo, es la salida del bebe del útero, el que puede ser vía vaginal o por medio de una cesárea. (4)

- **Puerperio:** Es el periodo que sigue al parto, se inicia con el alumbramiento o expulsión de la placenta y termina a los 42 días. (2)

- **Complicación clínica del embarazo:** Se denomina a la complicación que se produce durante el periodo del embarazo y que puede estar relacionado al producto de la concepción o a la madre. (7)

- **Anemia:** Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina. (19)

- **Complicaciones Maternas – perinatales en gestantes adolescentes:** Alteraciones que ponen en riesgo la vida de la madre y el niño en gestantes menores de 19 años. (19)

- **Aborto:** Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno. (19)

- **Amenaza de aborto:** Presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. (19)

- **Parto prematuro:** Es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas. (19)

- **Amenaza de parto prematuro:** Consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial. (19)

- **Infección del tracto urinario (ITU):** se define como la presencia y multiplicación de microorganismos en la vía urinaria con invasión de los tejidos. Ocurre con una alta prevalencia en mujeres y engloba diferentes entidades. (19)

- **Oligohidramnios:** Es un volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales. El diagnóstico es mediante la medición ecográfica del volumen de líquido amniótico. (19)

- **Rotura prematura de membranas**: Esta afección implica que la bolsa (membrana amniótica) que rodea al bebé se rompe (ruptura) antes de las 37 semanas de embarazo. Una vez que se rompe la bolsa, aumenta su riesgo de tener infecciones. (19)

- **Desproporción céfalo – pélvica (CPD):** Se produce cuando la cabeza o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre. Se cree que la verdadera CPD es raro, pero muchos casos de “falta de progreso” durante el parto se les da un diagnóstico de la CPD.

- **Distocias:** Parto lento, laborioso y difícil. (19)

- **Hemorragia post parto:** Es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. (19)

- **Corioamnionitis:** Es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo. (19)

- **Sufrimiento fetal agudo o distrés fetal:** Es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve. (19)

- **Sepsis:** La sepsis es una complicación grave. Ocurre cuando el cuerpo tiene una fuerte respuesta inmunitaria a una infección bacteriana. (19)

- **Asfixia al nacer:** Asfixia significa etimológicamente falta de respiración o falta de aire. Hablamos de asfixia perinatal porque ésta puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, como también después del nacimiento. (19)

- **Parto eutócico**: El parto eutócico es un parto normal, en el que no se identifican alteraciones, y que se inicia y concluye de forma espontánea, sin necesidad de intervención médica. En este tipo de parto, el feto se encuentra en posición fetal cefálica y flexionada, y su salida es vaginal. (19)

- **Parto distócico:** Es aquel en el que se da alguna situación patológica que obliga al uso de instrumentos o una intervención quirúrgica, por parte del personal médico para poder llevarlo a cabo.

- **Bajo peso al nacer:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer. Por lo general, los niños prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay niños que nacen a término, pero con bajo peso por problemas con su crecimiento intrauterino. (19)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- **H1.** Existe complicaciones materno-perinatales en madres primigestas adolescentes con anemia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.
- **H0.** No existe complicaciones materno-perinatales en madres primigestas adolescentes con anemia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali e n el periodo 2017 - 2018.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- **H1.** Existe complicaciones maternas en el embarazo adolescente**.**
- **H2.** Existe complicaciones fetales en el embarazo adolescente**.**
- **H3.** Existe complicaciones neonatales presentadas en el embarazo adolescente.
- **H4.** Existe morbilidades en el posparto en adolescentes embarazadas**.**

- **H5.** Existe un alto porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio**.**
- **H6.** Existe relación entre la anemia y las complicaciones materno-perinatales de gestantes adolescentes motivo del presente de estudio**.**

2.5. VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1. Variable Independiente

- Anemia.

2.5.2. Variable Dependiente

- Complicaciones materno-perinatales en gestante adolescente.´

2.5.3. Variables Intervinientes

- Factores sociales.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Hospital Amazónico de Yarinacocha, Región Ucayali.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa, aplicada, clínica, transversal, descriptiva y correlacional.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método cuantitativo, hipotético deductivo, no experimental correlacional que hará uso de la estadística descriptiva e inferencial.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo, correlacional y transversal.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por primigestas adolescentes (10-19 años) que se atendieron en el Hospital Amazónico durante los años 2017 y 2018 y contaban con información en total 194. De las cuales fueron seleccionadas por

conveniencia 101 gestantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

MUESTRA

UNIDAD DE ANÁLISIS

Adolescentes y adultas jóvenes primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2017 - 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Gestantes adolescentes que contengan información completa requerida en el estudio.
- Que sea su primera gestación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Información incompleta.
- Más de una gestación.
- Gestante no adolescente

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elabora una hoja de recolección de datos para consignar la información requerida la que se obtendrá de las historias clínicas y de los libros del programa.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisará las historias clínicas y los registros del programa de diabetes, para luego ser procesados en el programa SPSS.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se hará uso de la estadística descriptiva para evaluar frecuencias y de las medidas de tendencia central, la información se presentará en tablas y gráficos. Así mismo la estadística inferencial prueba ji cuadrada para relacionar las variables asociadas o factores de riesgo con la variable de supervisión.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

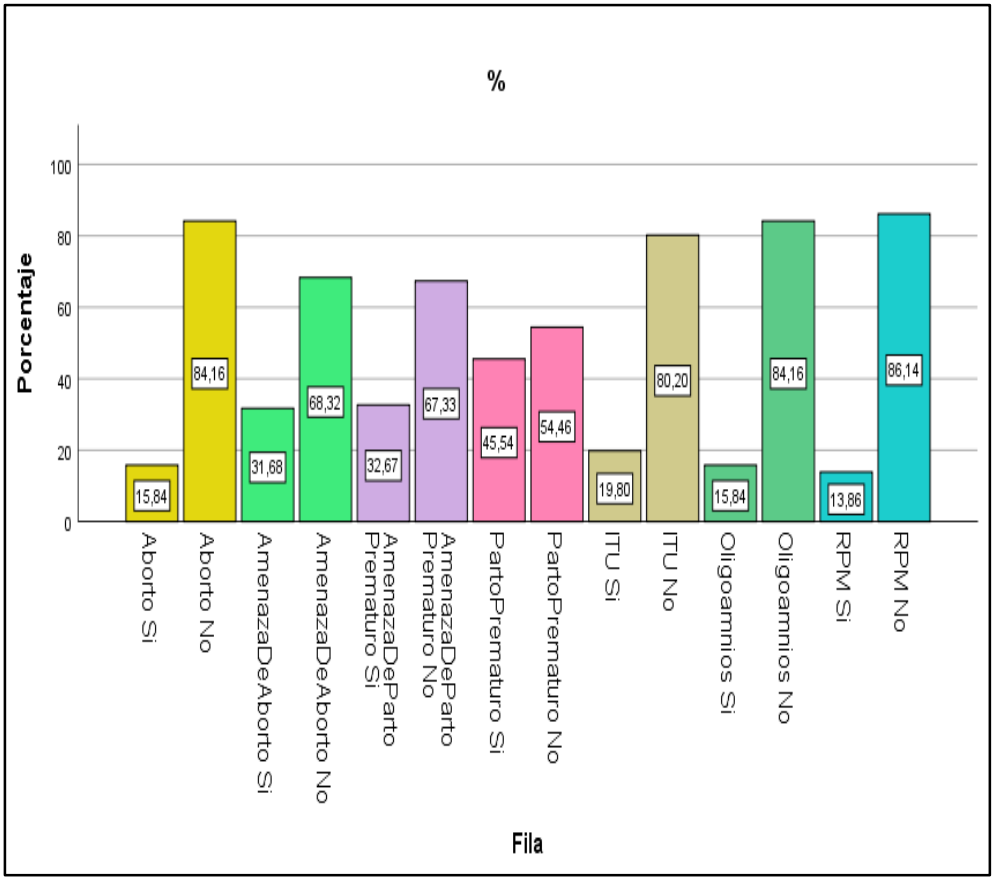
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Complicaciones maternas en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Complicaciones maternas en el embarazo	
		Frecuencia fi	Porcentaje %
Aborto	Si	16	15,8%
	No	85	84,2%
Amenaza de aborto	Si	32	31,7%
	No	69	68,3%
Amenaza de parto prematuro	Si	33	32,7%
	No	68	67,3%
Parto prematuro	Si	46	45,5%
	No	55	54,5%
ITU	Si	20	19,8%
	No	81	80,2%
Oligoamnios	Si	16	15,8%
	No	85	84,2%
RPM	Si	14	13,9%
	No	87	86,1%

Fuente: Historias clínicas.

En la Tabla 1, podemos observar que el aborto se presentó en el 15,8%, amenaza de aborto en el 31,7%, amenaza de parto prematuro 32,7%, parto prematuro 45,5%, infección del tracto urinario 19,8%, Oligoamnios 15,8% y rotura prematura de membranas 13,9%.



Fuente: Historias clínicas.

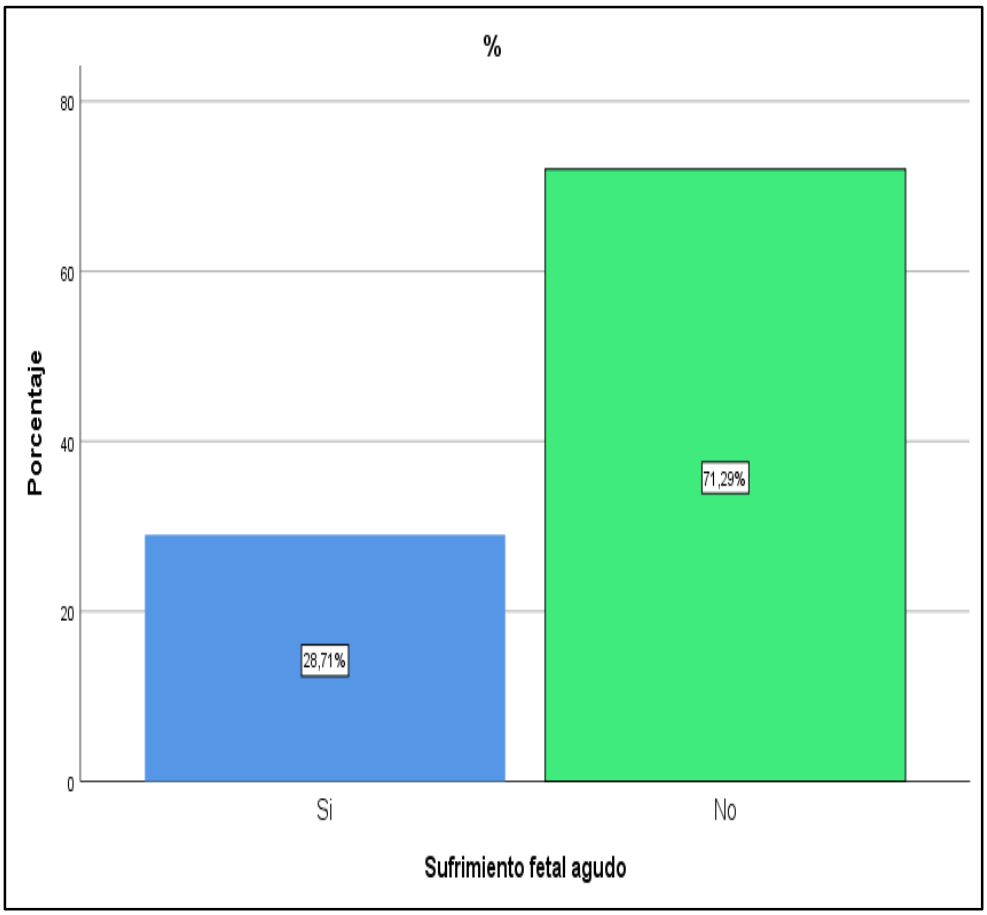
Gráfico 1. Complicaciones maternas en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 2. Complicaciones fetales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Sufrimiento Fetal Agudo	
		Frecuencia fi	Porcentaje %
Válido	Si	29	28,7
	No	72	71,3
	Total	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 2, podemos observar que en el 28.7% de gestantes adolecentes se observó sufrimiento fetal agudo.



Fuente: Historias clínicas.

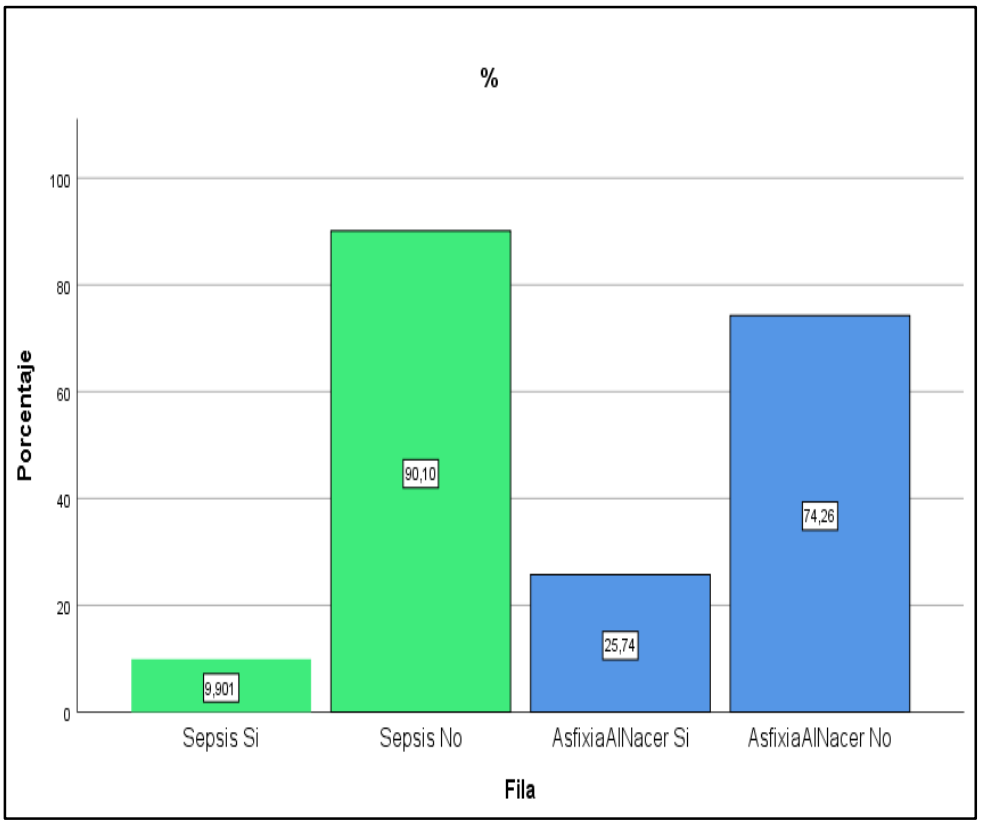
Gráfico 2. Complicaciones fetales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 3. Complicaciones neonatales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Complicaciones neonatales	
		Frecuencia	**Porcentaje**
		fi	**%**
Sepsis	Si	10	9,9%
	No	91	90,1%
Asfixia al nacer	Si	26	25,7%
	No	75	74,3%

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 3, podemos observar que la asfixia al nacer se presentó en el 25.7% y la sepsis en el 9.9%.



Fuente: Historias clínicas.

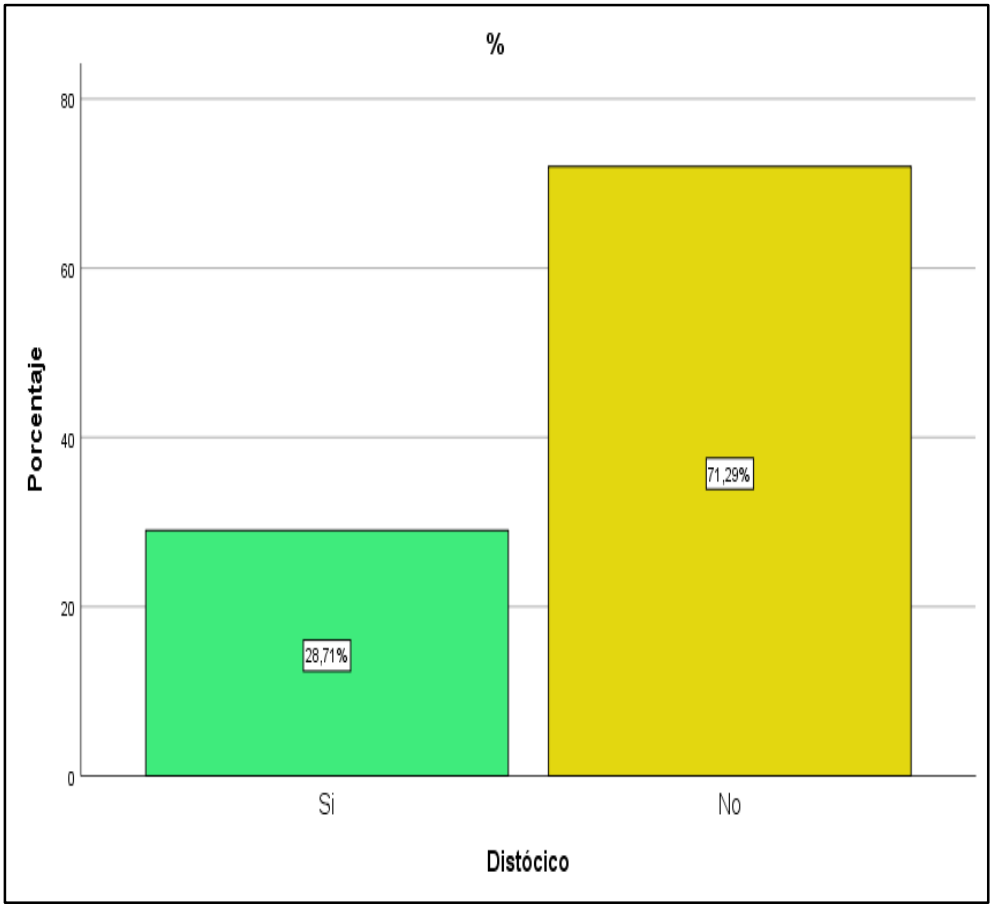
Gráfico 3. Complicaciones neonatales en el embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 4. Complicaciones del parto en gestantes adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Distócico	
		Frecuencia fi	Porcentaje %
Válido	Si	29	28,7
	No	72	71,3
	Total	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 4, se observa que el parto distócico en el 28.7% (29).



Fuente: Historias clínicas.

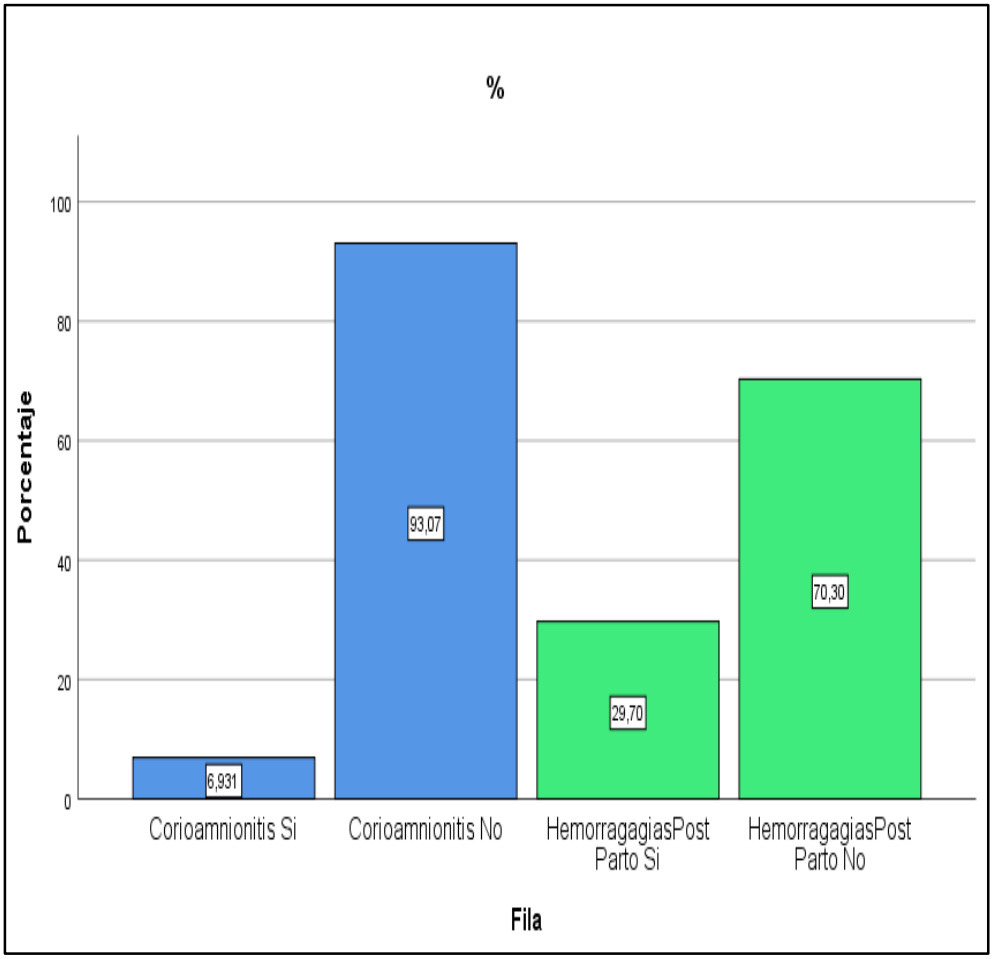
Gráfico 4. Complicaciones del parto en gestantes adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 5. Complicaciones del post parto en gestantes adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Complicaciones en el puerperio	
		Frecuencia fi	Porcentaje %
Corioamnionitis	Si	7	6,9%
	No	94	93,1%
Hemorragias post parto	Si	30	29,7%
	No	71	70,3%

Fuente: Historia clínicas.

En la tabla 5, se observa que la corioamnionitis se observa en el 6.9% y la hemorragia post parto en el 29.7%



Fuente: Historias clínicas.

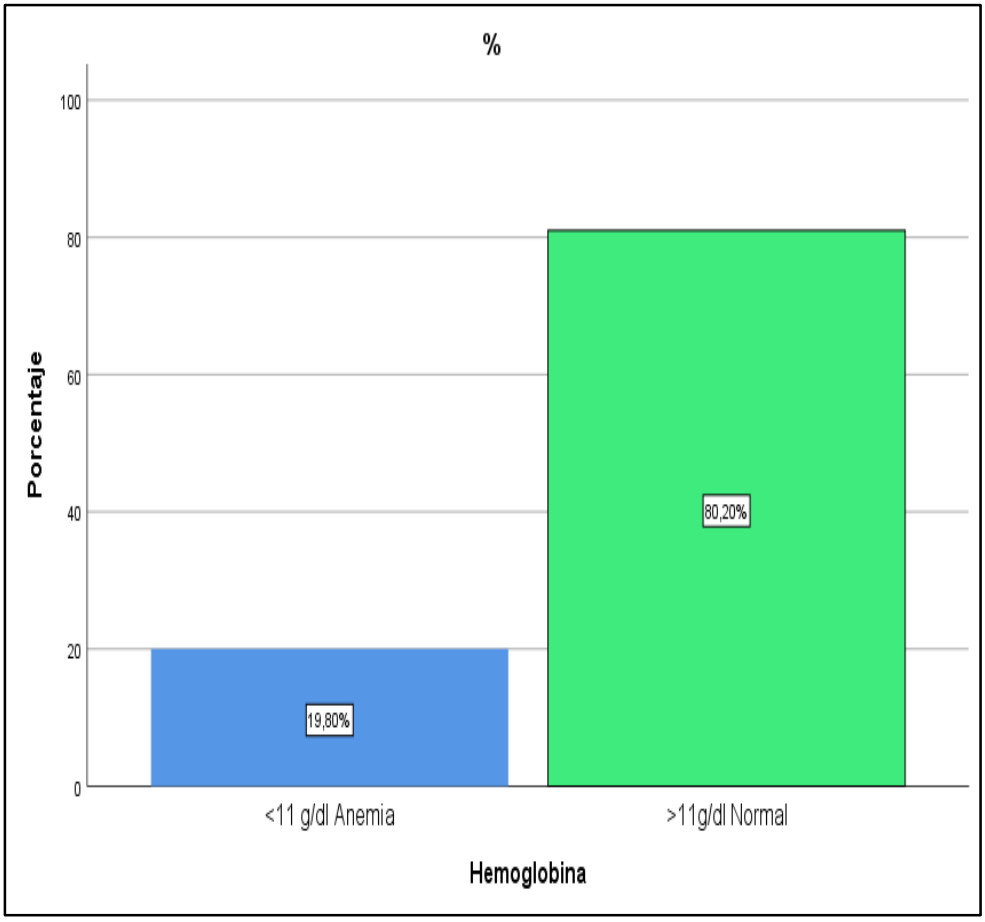
Gráfico 5. Complicaciones del post parto en gestantes adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 6. El porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Hemoglobina	
		Frecuencia fi	**Porcentaje %**
Válido	<11 g/dl Anemia	20	19,8
	>11g/dl Normal	81	80,2
	Total	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

La tabla 6, muestra que el 19.8% de las gestantes presentan anemia.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 6. El porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

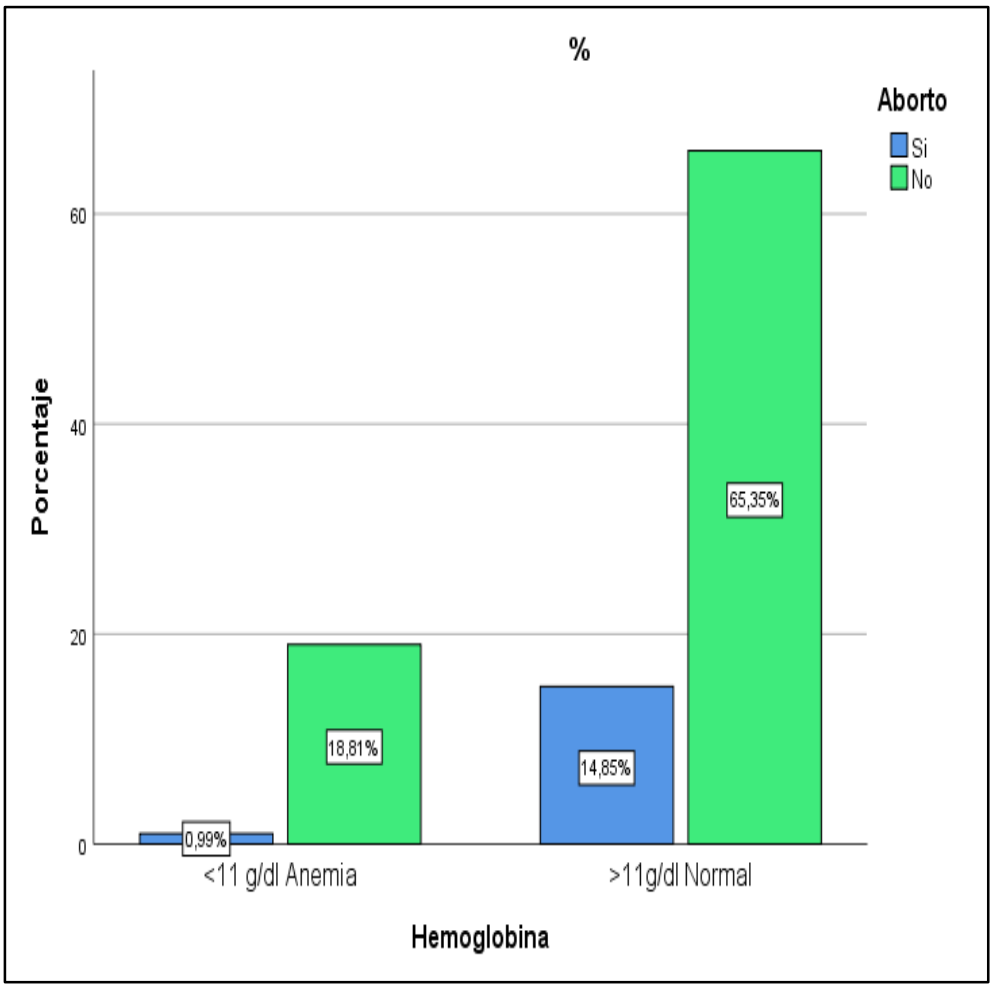
ANÁLISIS BIVARIADO ANEMIA Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES

Tabla 7. Relación entre anemia y aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Aborto					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	1	0,99	19	18,81	20	19,8
	>11g/dl Normal	15	14,85	66	65,65	81	80,2
Total		16	15,8	85	84,2	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 7, podemos observar que alrededor del 1% de gestantes con anemia tuvieron aborto.



Fuente: historias clínicas.

Gráfico 7. Relación entre anemia y aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 8. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji cuadrado					
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,199[a]	1	,138		
Corrección de continuidad[b]	1,302	1	,254		
Razón de verosimilitud	2,715	1	,099		
Prueba exacta de Fisher				,184	,123
Asociación lineal por lineal	2,177	1	,140		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

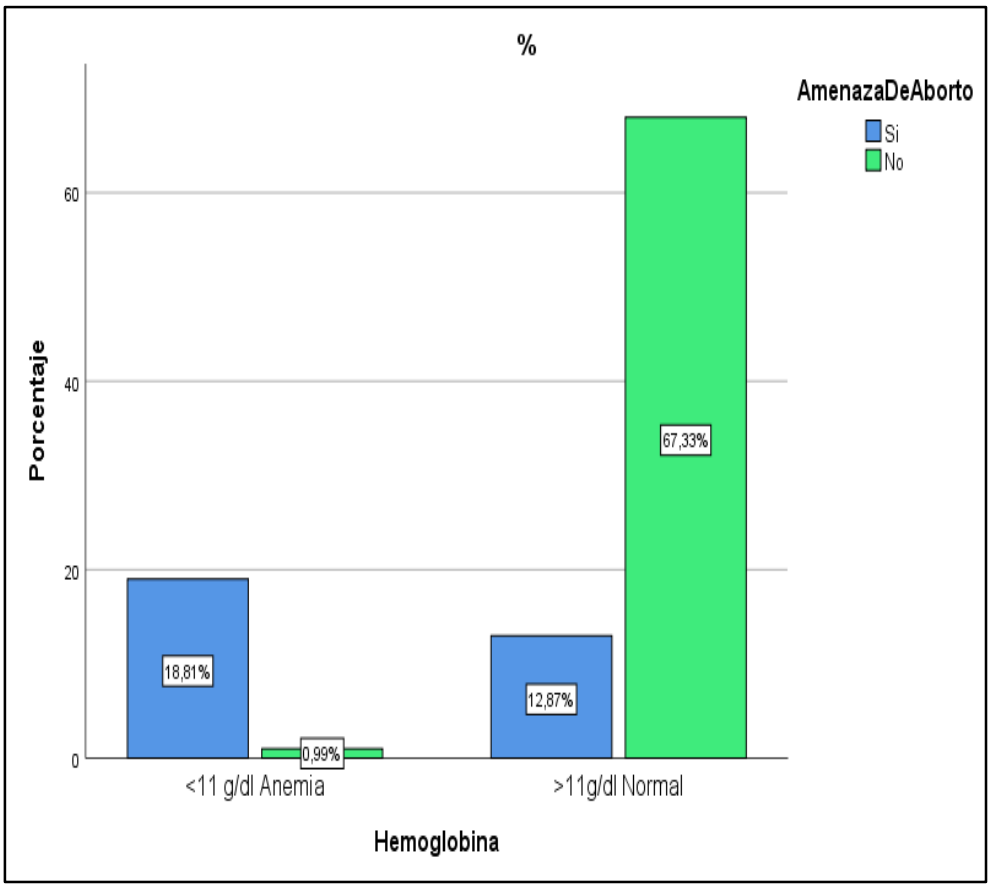
En la tabla 8, podemos observar que no existe relación estadísticamente significativa entre anemia y aborto, ya que el p valor es de 0.138 (13.8%) error que supera al permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 9. Relación entre anemia y amenaza de aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

		Amenaza de aborto					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	19	18,81	1	0,99	20	19,8
	>11g/dl Normal	13	12,87	68	67,33	81	80,2
		32	31,7	69	68,3	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 9, podemos observar que el 18.81% de gestantes adolecentes tuvieron anemia y amenaza de aborto.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 8. Relación entre anemia y amenaza de aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 10. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y amenaza de aborto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,190[a]	1	,000		
Corrección de continuidad[b]	42,615	1	,000		
Razón de verosimilitud	46,841	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	45,733	1	,000		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

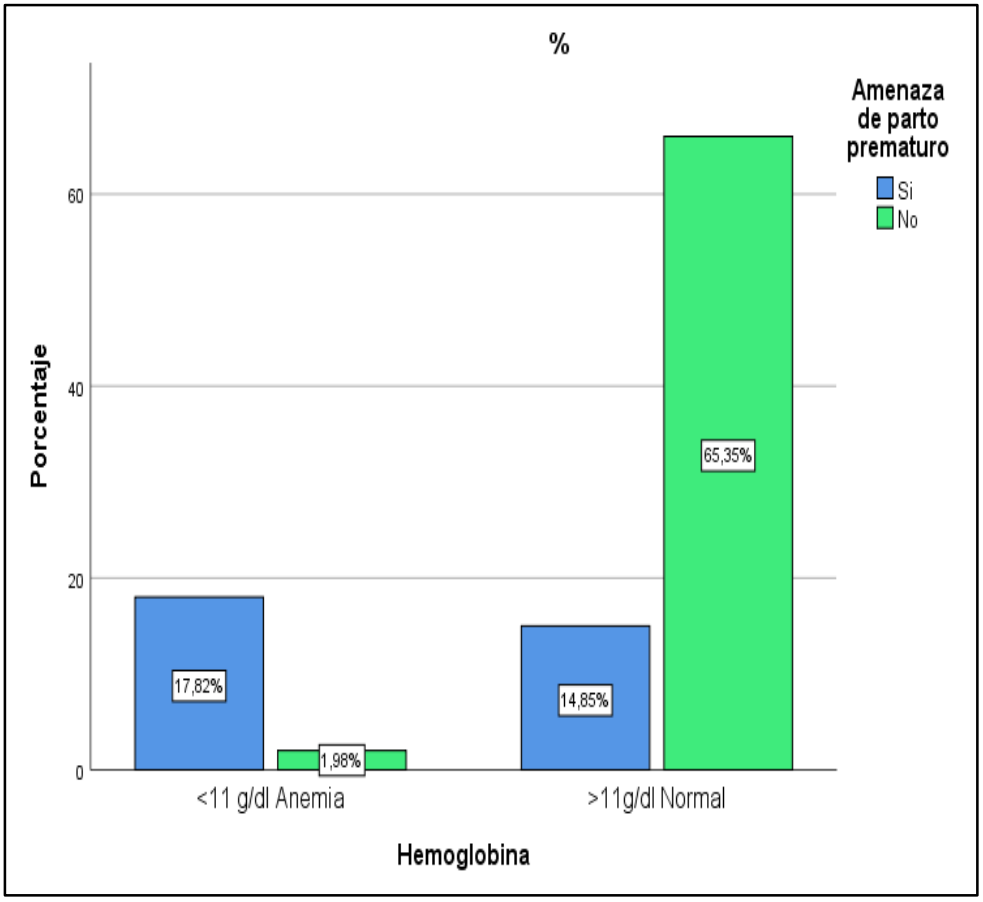
En la tabla 10, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y amenaza de aborto, ya que el p valor es de 0.0001 (menor a 1%), error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 11. Relación entre anemia y amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Amenaza de parto prematuro					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	18	17,82	2	1,98	20	19,8
	>11g/dl Normal	15	14,85	66	65,35	81	80,2
		33	32,7	68	67,3	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 11, podemos observar que 17.82 % de gestantes adolescentes tuvieron anemia y amenaza de parto prematuro.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 9. Relación entre anemia y amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 12. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,256[a]	1	,000		
Corrección de continuidad[b]	34,078	1	,000		
Razón de verosimilitud	37,004	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	36,888	1	,000		
N de casos válidos	101				

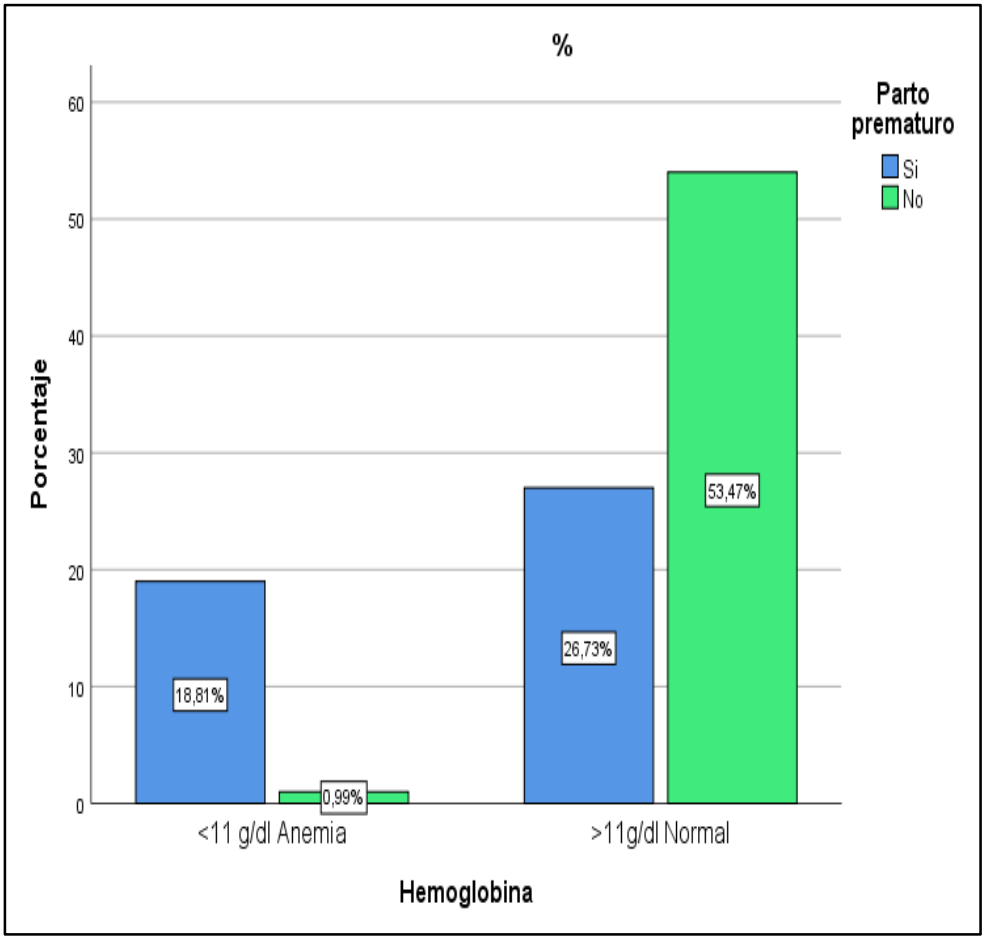
En la tabla 12, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y amenaza de parto prematuro, ya que el p valor es de 0.0001 (menor a 1%), error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 13. Relación entre anemia y parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Parto prematuro					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	19	18,81	1	0,99	20	19,8
	>11g/dl Normal	27	26,73	54	53,47	81	80,2
		46	45,5	55	54,5	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla No.3. podemos observar que 18.81 de las gestantes adolecescentes con anemia presentaron parto prematuro.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 10. Relación entre anemia y parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 14. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y parto prematuro en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,593[a]	1	,000		
Corrección de continuidad[b]	22,170	1	,000		
Razón de verosimilitud	28,157	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	24,350	1	,000		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

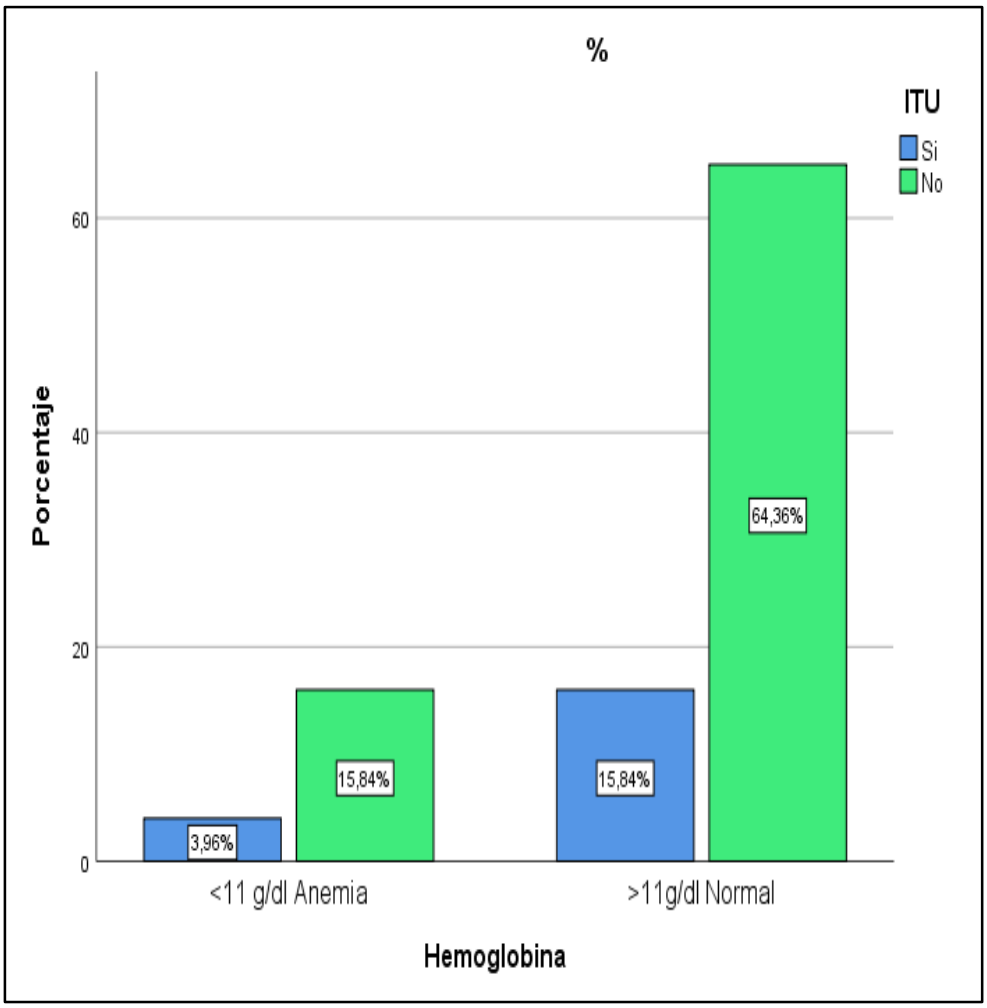
En la tabla 14, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y parto prematuro, ya que el p valor es de 0.0001 (menor a 1%), error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 15. Relación entre anemia e Infección del tracto urinario (ITU) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		ITU					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	4	3,96	16	15,84	20	19,8
	>11g/dl Normal	16	15,84	65	64,36	81	80,2
		20	19,8	81	80,2	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 15, podemos observar que las gestantes adolescentes con anemia presentaron ITU en un 3.96%.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 11. Relación entre anemia e Infección del tracto urinario (ITU) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 16. Prueba ji cuadrado relación entre anemia e Infección del tracto urinario (ITU) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,001[a]	1	,980		
Corrección de continuidad[b]	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,001	1	,980		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,599
Asociación lineal por lineal	,001	1	,980		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

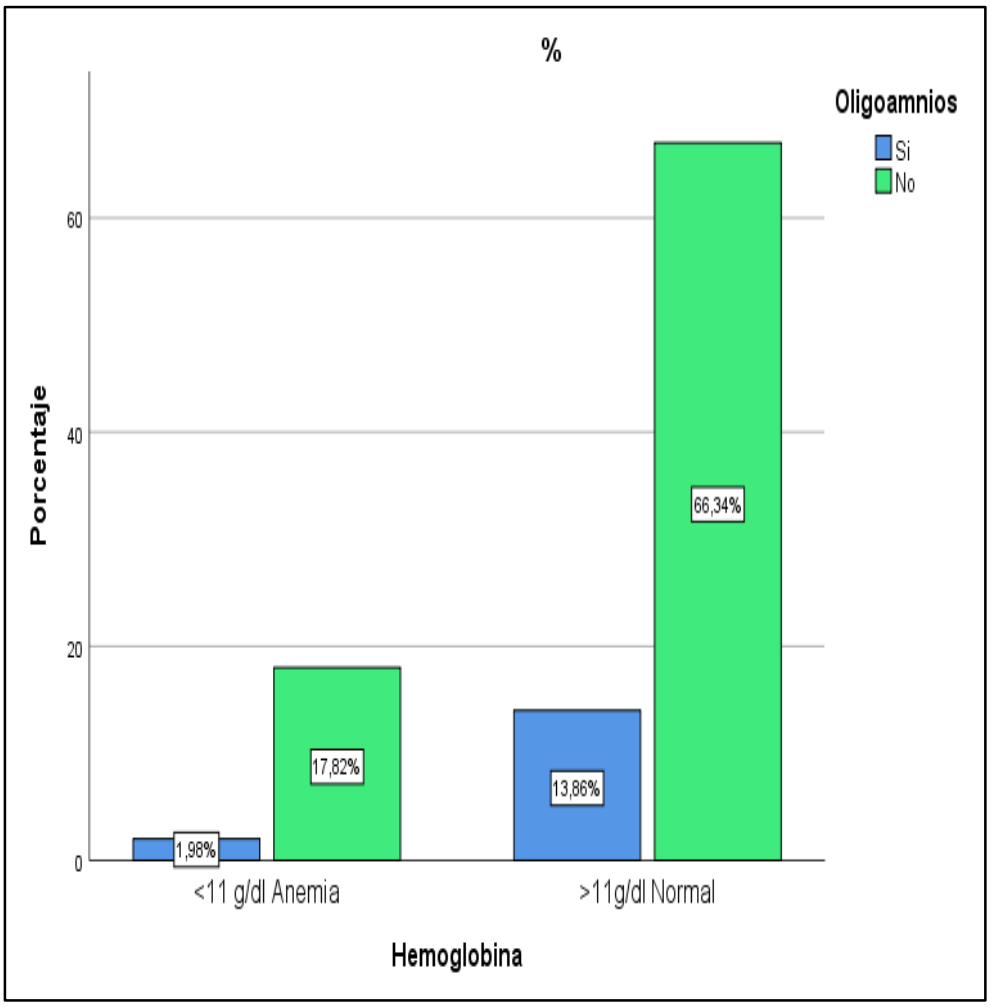
En la tabla 16, podemos observar que no existe relación estadísticamente significativa entre anemia e infección del tracto urinario, ya que el p valor es de 0.980, error por encima del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 17. Relación entre anemia y Oligoamnios en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Oligoamnios					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	2	1,98	18	17,82	20	19,8
	>11g/dl Normal	14	13,86	67	66,34	81	80,2
		16	15,8	85	84,2	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 17, podemos observar que el 1.98% de gestantes adolescentes presentaron anemia y Oligoamnios.



Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico 12. Relación entre anemia y Oligoamnios en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 18. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y Oligoamnios en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,638[a]	1	,424		
Corrección de continuidad[b]	,209	1	,648		
Razón de verosimilitud	,699	1	,403		
Prueba exacta de Fisher				,732	,339
Asociación lineal por lineal	,632	1	,427		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

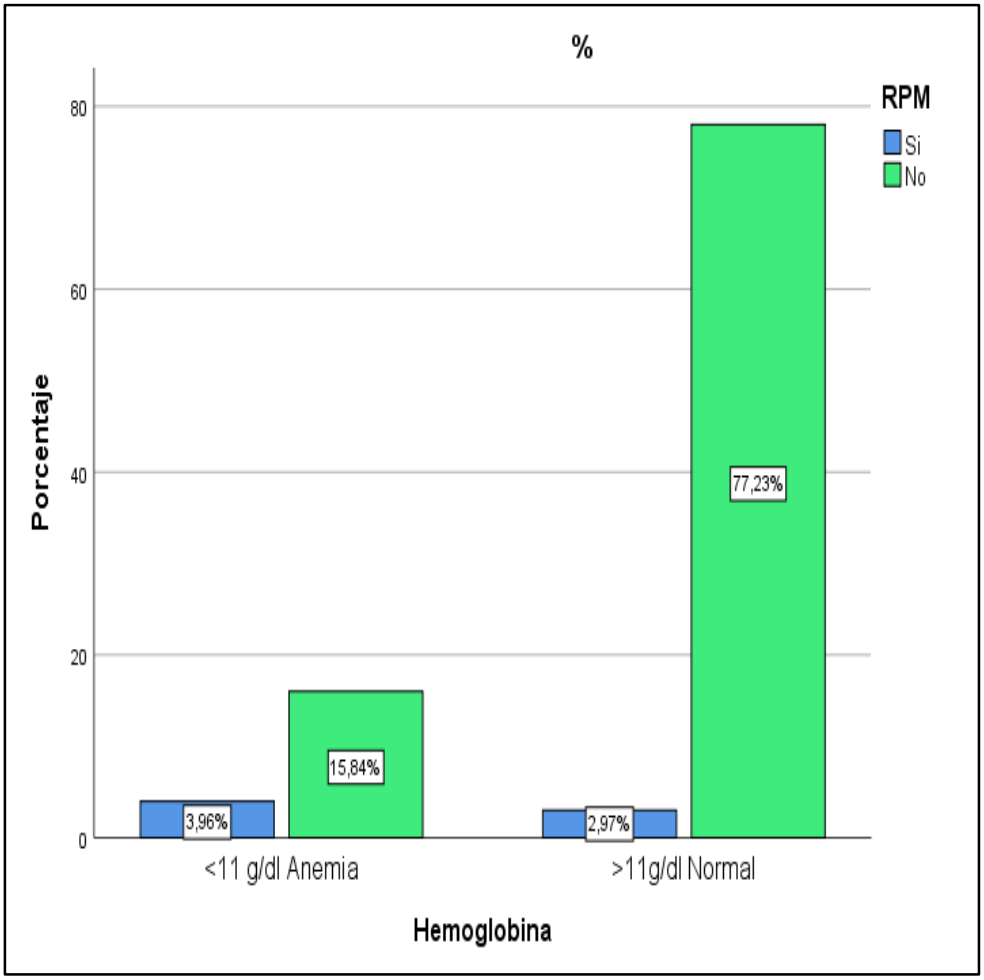
En la tabla 18, podemos observar que no existe relación estadísticamente significativa entre anemia y Oligoamnios, ya que el p valor es de 0.638, error por encima del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 19. Relación entre anemia y Rotura prematura de membranas (RPM) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		RPM					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	4	3,96	16	15,84	20	19,8
	>11g/dl Normal	3	2,97	78	77,23	81	80,2
		7	6,9	94	93,1	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 19, podemos observar que ninguna de las gestantes adolescentes con anemia presentó Rotura prematura de membranas.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 13. Relación entre anemia y Rotura prematura de membranas (RPM) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 20. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y Rotura prematura de membranas (RPM) en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,604[a]	1	,010		
Corrección de continuidad[b]	4,319	1	,038		
Razón de verosimilitud	5,194	1	,023		
Prueba exacta de Fisher				,027	,027
Asociación lineal por lineal	6,538	1	,011		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

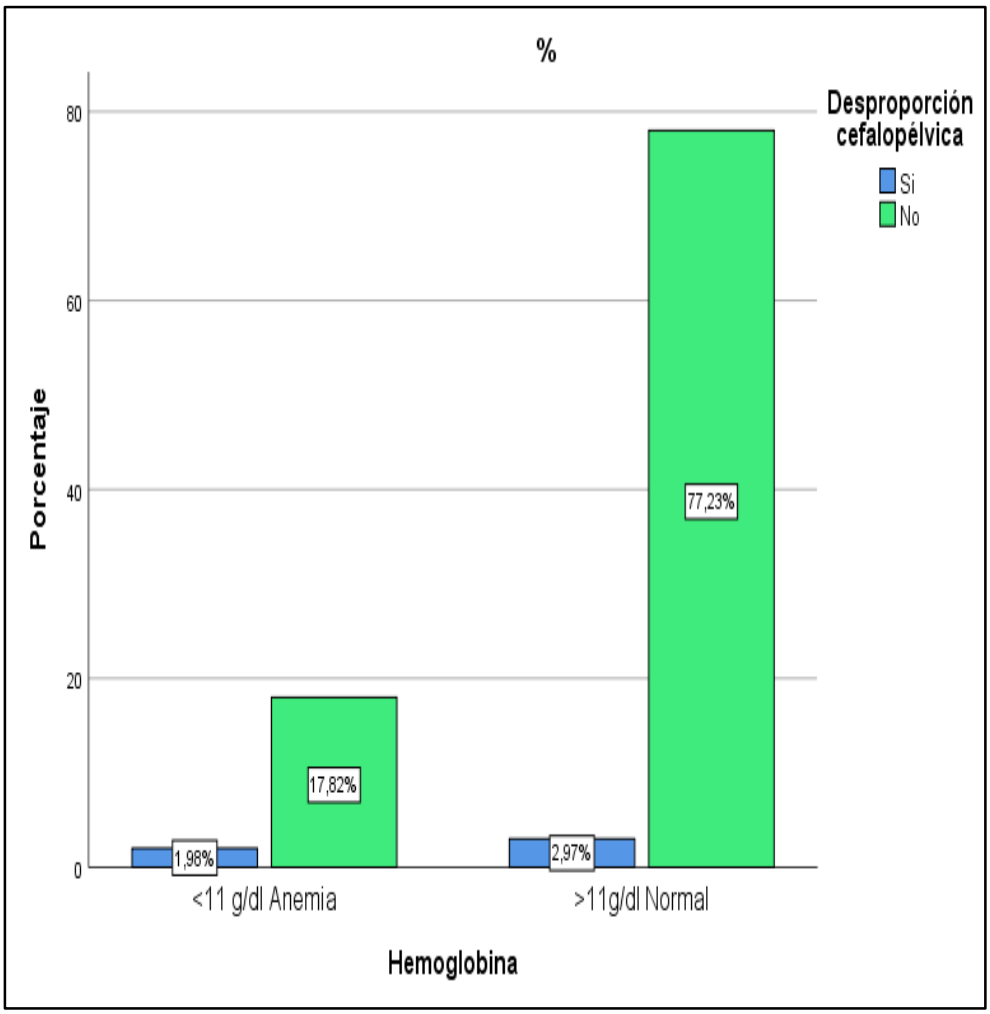
En la tabla 20, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y rotura prematura de membranas (RPM), ya que el p valor es de 0.010, error por encima del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 21. Relación entre anemia y desproporción cefalopélvica en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Desproporción cefalopelvica					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	2	1,98	18	17,82	20	19,8
	>11g/dl Normal	3	2,97	78	77,23	81	80,2
		5	4,95	96	95,05	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 21, se observa que las gestantes adolescentes con anemia y que presentaron desproporción cefalopelvica alcanzó el 1.98%.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 14. Relación entre anemia y desproporción cefalopélvica en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 22. Relación entre anemia y desproporción cefalopélvica en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,351[a]	1	,245		
Corrección de continuidad[b]	,344	1	,557		
Razón de verosimilitud	1,139	1	,286		
Prueba exacta de Fisher				,256	,256
Asociación lineal por lineal	1,338	1	,247		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

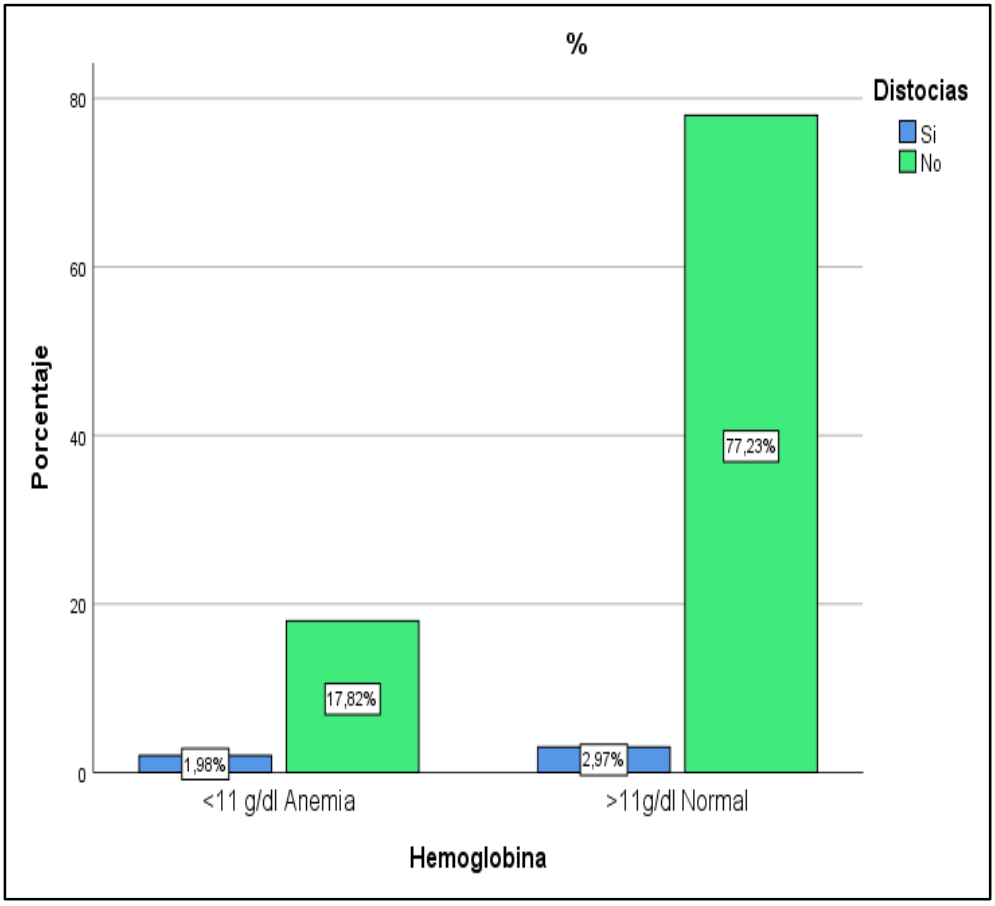
En la tabla 22, podemos observar que no existe relación estadísticamente significativa entre anemia y desproporción cefalopélvica ya que el p valor es de 0.245, error por encima del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 23. Relación entre anemia y distocias en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Distocias					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	2	1,98	18	17,82	20	19,8
	>11g/dl Normal	3	2,97	78	77,23	81	80,2
		5	4,95	96	95,05	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 23, podemos observar que 1.98 % de las gestantes adolescentes presentó anemia y distocias.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 15. Relación entre anemia y distocias en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 24. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y distocias en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,351[a]	1	,245		
Corrección de continuidad[b]	,344	1	,557		
Razón de verosimilitud	1,139	1	,286		
Prueba exacta de Fisher				,256	,256
Asociación lineal por lineal	1,338	1	,247		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

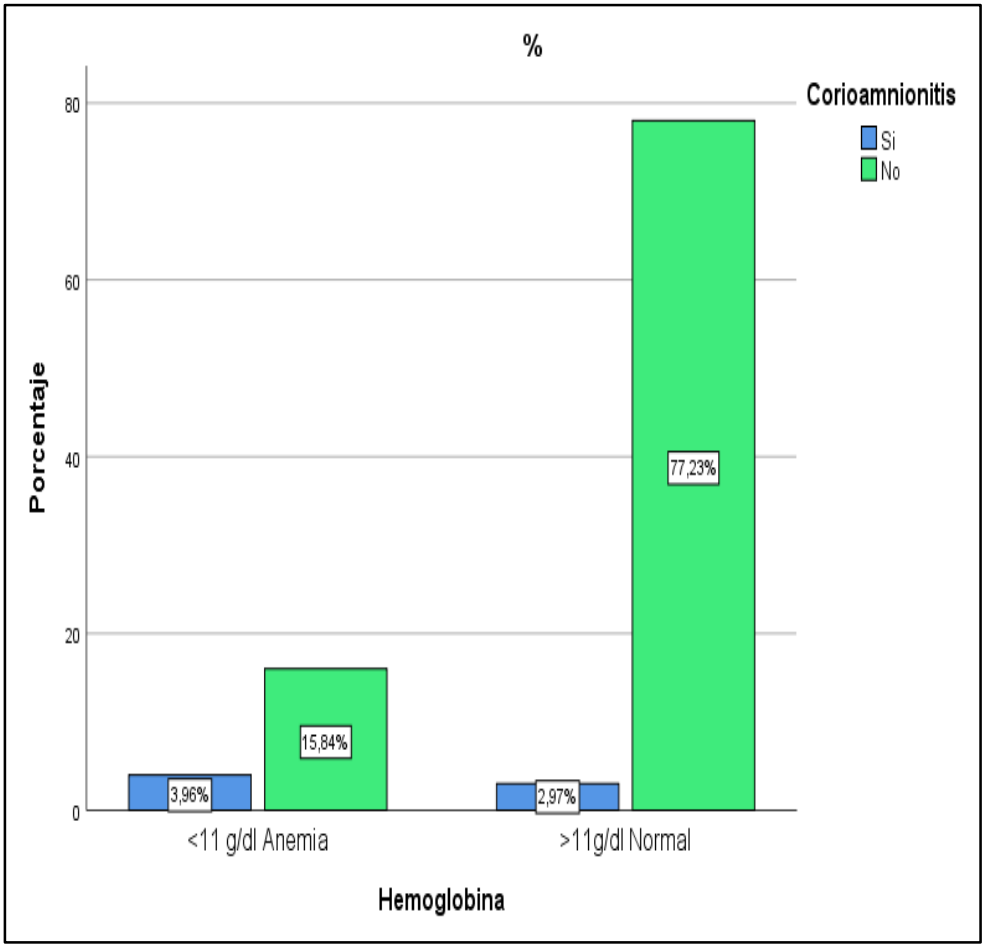
En la tabla 24, podemos observar que no existe relación estadísticamente significativa entre anemia y desproporción cefalopélvica ya que el p valor es de 0.245, error por encima del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 25. Relación entre anemia y corioamnionitis en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Corioamnionitis					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	4	3,96	16	15,84	20	19,8
	>11g/dl Normal	3	2,97	78	77,23	81	80,2
Total		7	6,9	94	93,1	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 25, podemos observar que las gestantes adolescentes con anemia y corioamnionitis llegó al 3.96%.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 16. Relación entre anemia y corioamnionitis en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 26. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y corioamnionitis en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,604[a]	1	,010		
Corrección de continuidad[b]	4,319	1	,038		
Razón de verosimilitud	5,194	1	,023		
Prueba exacta de Fisher				,027	,027
Asociación lineal por lineal	6,538	1	,011		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

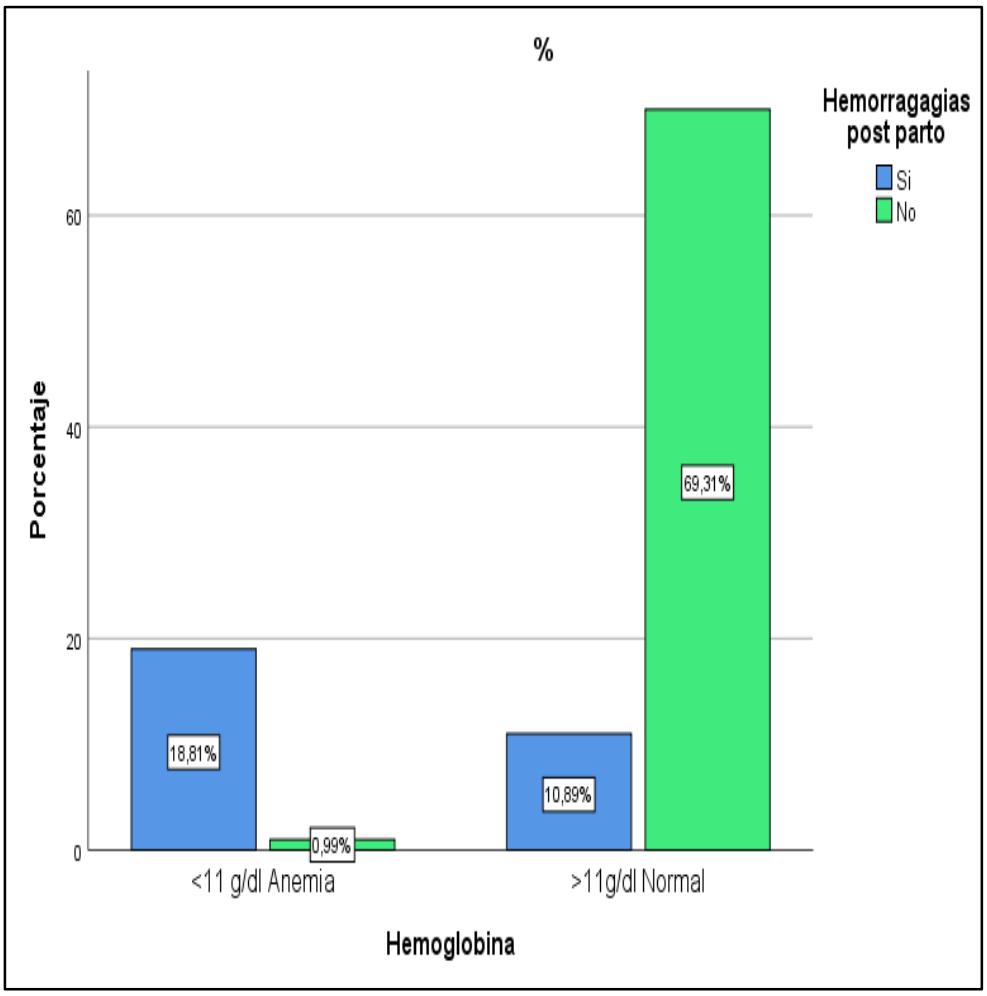
En la tabla 26, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y corioamnionitis ya que el p valor es de 0.010, error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 27. Relación entre anemia y hemorragias post parto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Hemorragias post parto					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	19	18,81	1	0,99	20	19,8
	>11g/dl Normal	11	10,89	70	69,31	81	80,2
Total		30	29,7	71	70,3	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 27, podemos observar 18.81% de pacientes presentaron anemia y hemorragia post parto.



Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico 17. Relación entre anemia y hemorragias post parto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 28. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y hemorragias post parto en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,923[a]	1	,000		
Corrección de continuidad[b]	47,099	1	,000		
Razón de verosimilitud	50,584	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	50,419	1	,000		
N de casos válidos	101				

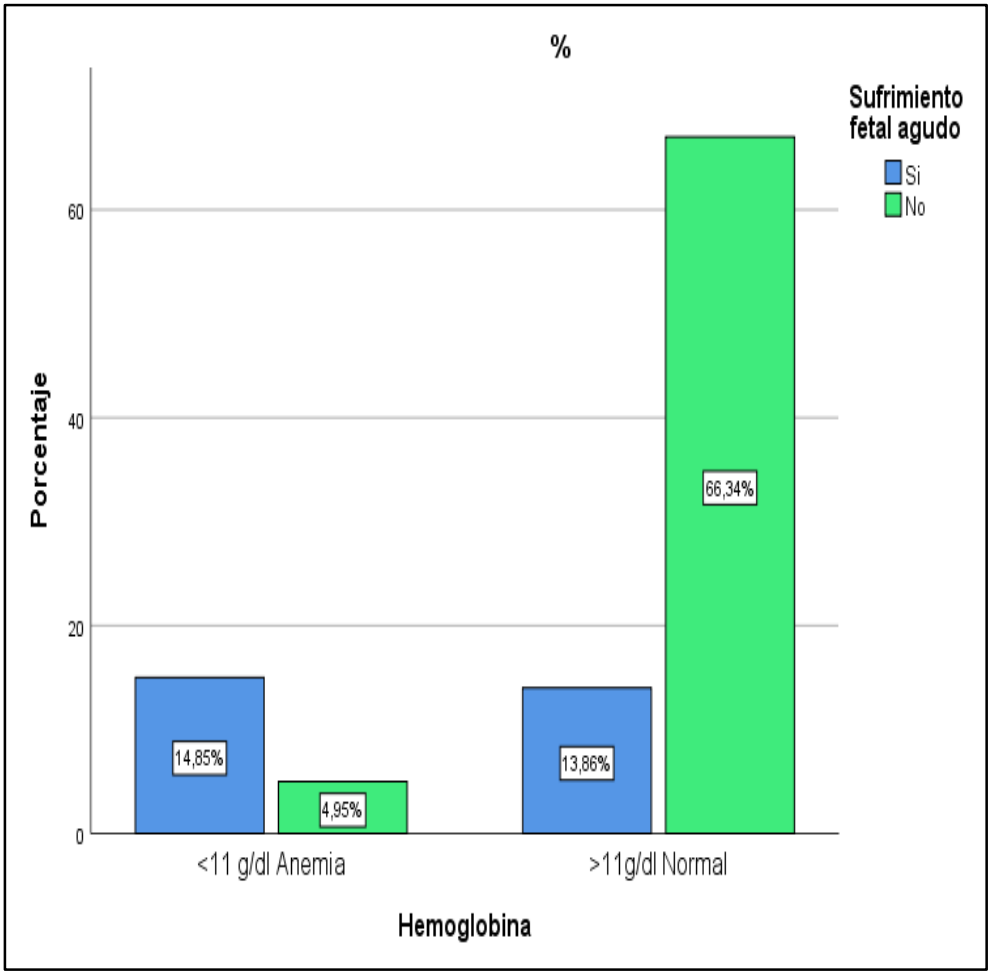
En la tabla 28, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y hemorragia post parto ya que el p valor es de 0.0001, error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 29. Relación entre anemia y sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Sufrimiento fetal agudo					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	15	14,85	5	4,95	20	19,8
	>11g/dl Normal	14	13,86	67	66,34	81	80,2
Total		29	28,7	72	71,3	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

La tabla 29, muestra que el 14.85% de gestantes adolescentes presentaron anemia y sufrimiento fetal agudo.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 18. Relación entre anemia y sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 30. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,104[a]	1	,000		
Corrección de continuidad[b]	23,360	1	,000		
Razón de verosimilitud	24,040	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	25,845	1	,000		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

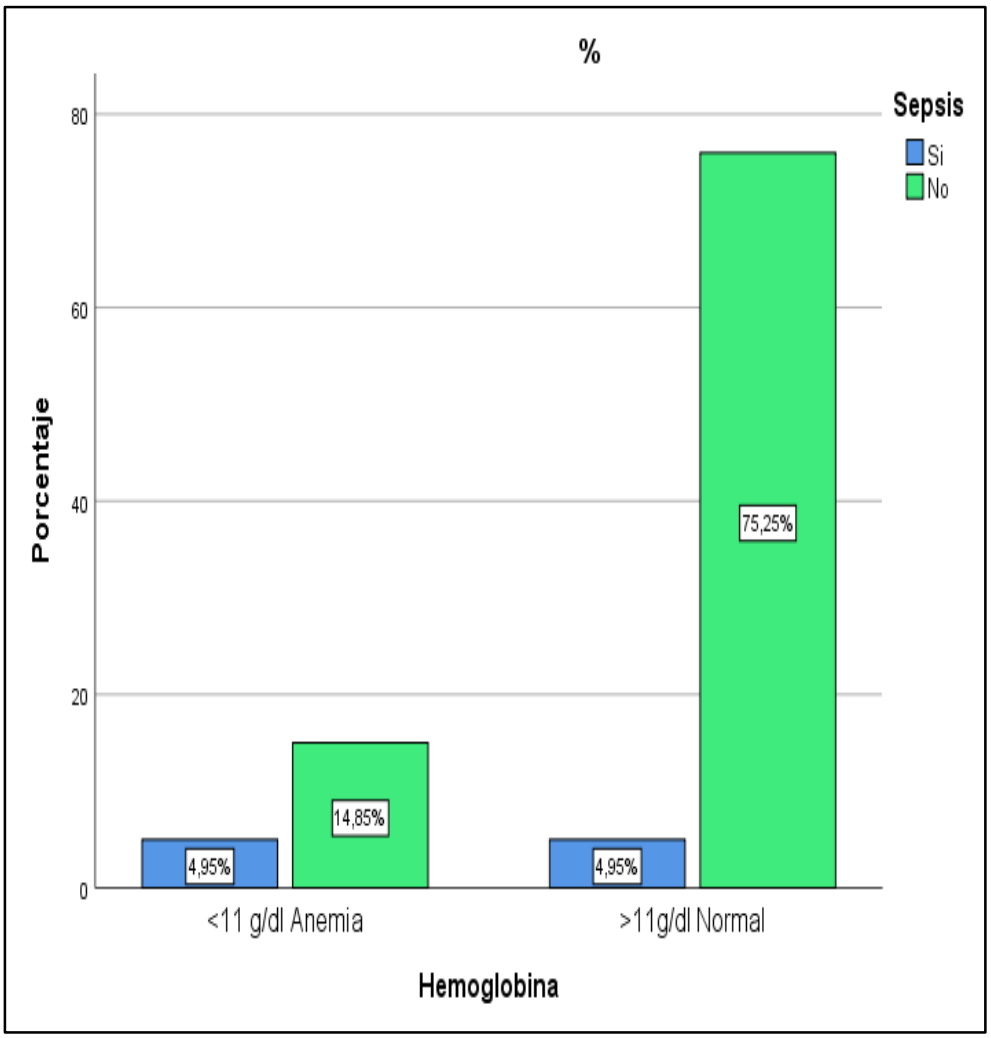
En la tabla 28, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y sufrimiento fetal agudo ya que el p valor es de 0.0001, error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 31. Relación entre anemia y sepsis neonatal en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

		Sepsis neonatal					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	5	4,95	15	14,85	20	19,8
	>11g/dl Normal	5	4,95	76	75,25	81	80,2
Total		10	9,9	91	90,1	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 31, podemos observar que el 4.5% de gestantes adolescentes presentaron anemia y sepsis neonatal.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 19. Relación entre anemia y sepsis neonatal en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018

Tabla 32. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y sepsis neonatal en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,373[a]	1	,012		
Corrección de continuidad[b]	4,438	1	,035		
Razón de verosimilitud	5,198	1	,023		
Prueba exacta de Fisher				,024	,024
Asociación lineal por lineal	6,310	1	,012		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

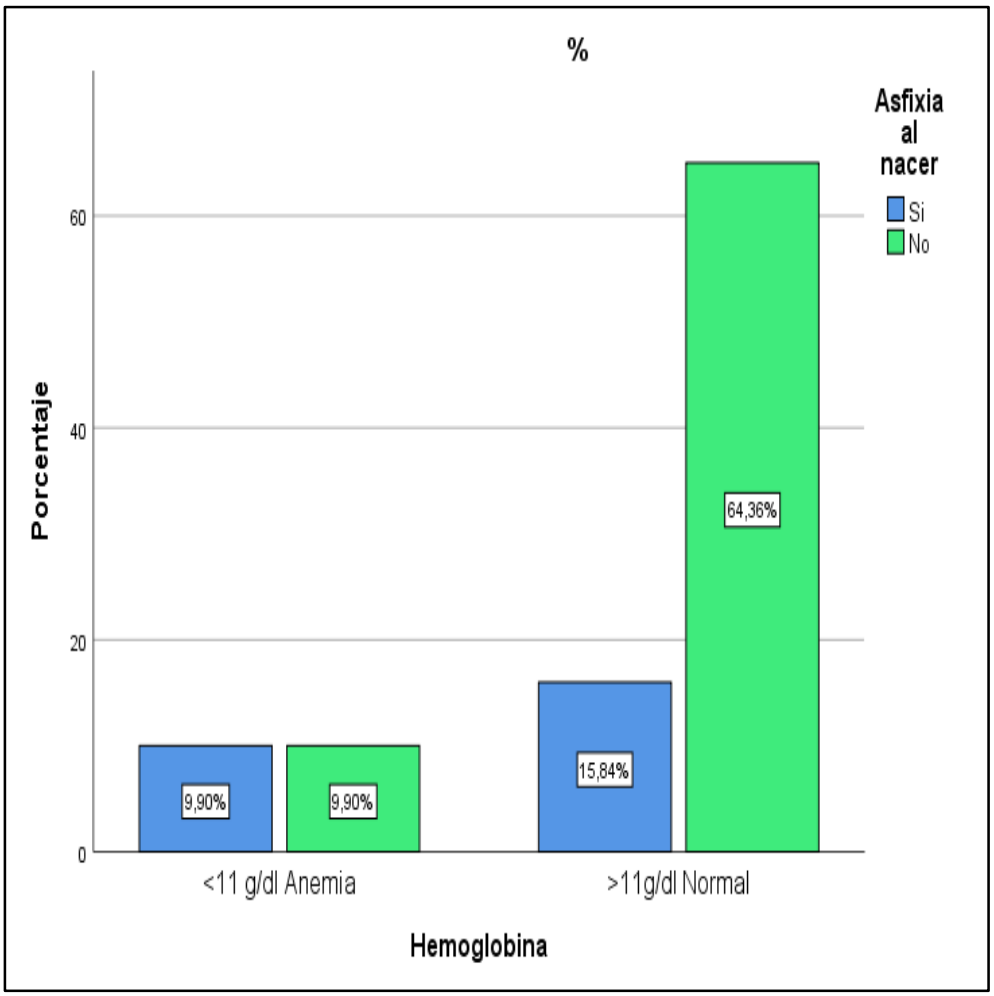
En la tabla 32, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y sepsis neonatal ya que el p valor es de 0.012, error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 33. Relación entre anemia y asfixia al nacer en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

		Asfixia al nacer					
		Si	%	No	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	10	9,90	10	9,90	20	19,8
	>11g/dl Normal	16	15,84	65	64,36	81	80,2
Total		26	25,7	75	74,3	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 33, se puede observar que el 9.9% de gestantes presentaron anemia y asfixia al nacer.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 20. Relación entre anemia y asfixia al nacer en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

Tabla 34. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y asfixia al nacer en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

Pruebas de ji-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,677[a]	1	,006		
Corrección de continuidad[b]	6,176	1	,013		
Razón de verosimilitud	6,977	1	,008		
Prueba exacta de Fisher				,010	,008
Asociación lineal por lineal	7,601	1	,006		
N de casos válidos	101				

Fuente: Historias clínicas.

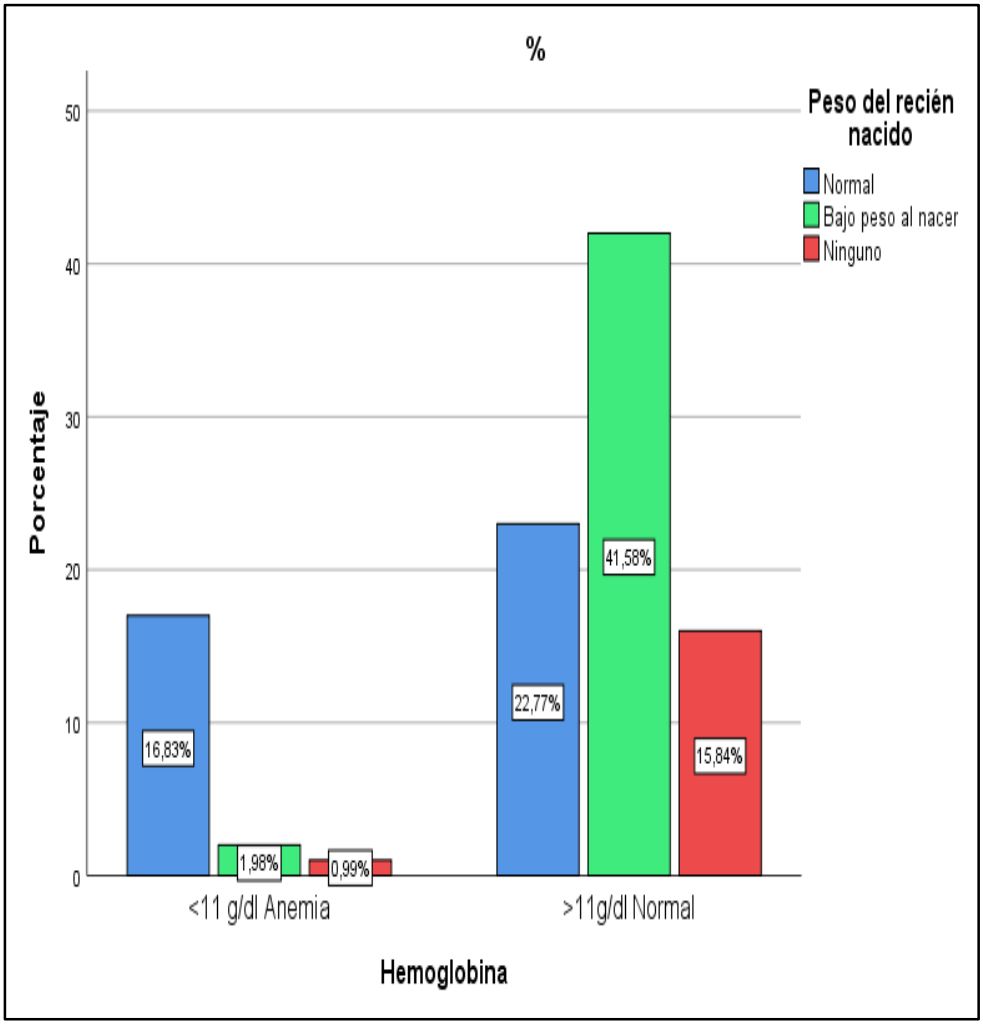
En la tabla 34, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y sepsis neonatal ya que el p valor es de 0.006, error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 35. Relación entre anemia y peso del recién nacido en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

		Peso del recién nacido							
		Normal	%	Bajo peso al nacer	%	Ninguno	%	Total	%
Hemoglobina	<11 g/dl Anemia	17	16,83	2	1,98	1	0,99	20	19,8
	>11g/dl Normal	23	22,77	42	41,58	16	15,84	81	80,2
Total		40	39,6	44	43,56	17	16,83	101	100,0

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 35, podemos observar 1.98% de pacientes presentan anemia y bajo peso al nacer.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 21. Relación entre anemia y peso del recién nacido en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

Tabla 36. Prueba ji cuadrado de la relación entre anemia y peso del recién nacido en gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

Pruebas de ji-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,500[a]	2	,000
Razón de verosimilitud	22,098	2	,000
Asociación lineal por lineal	15,778	1	,000
N de casos válidos	101		

Fuente: Historias clínicas.

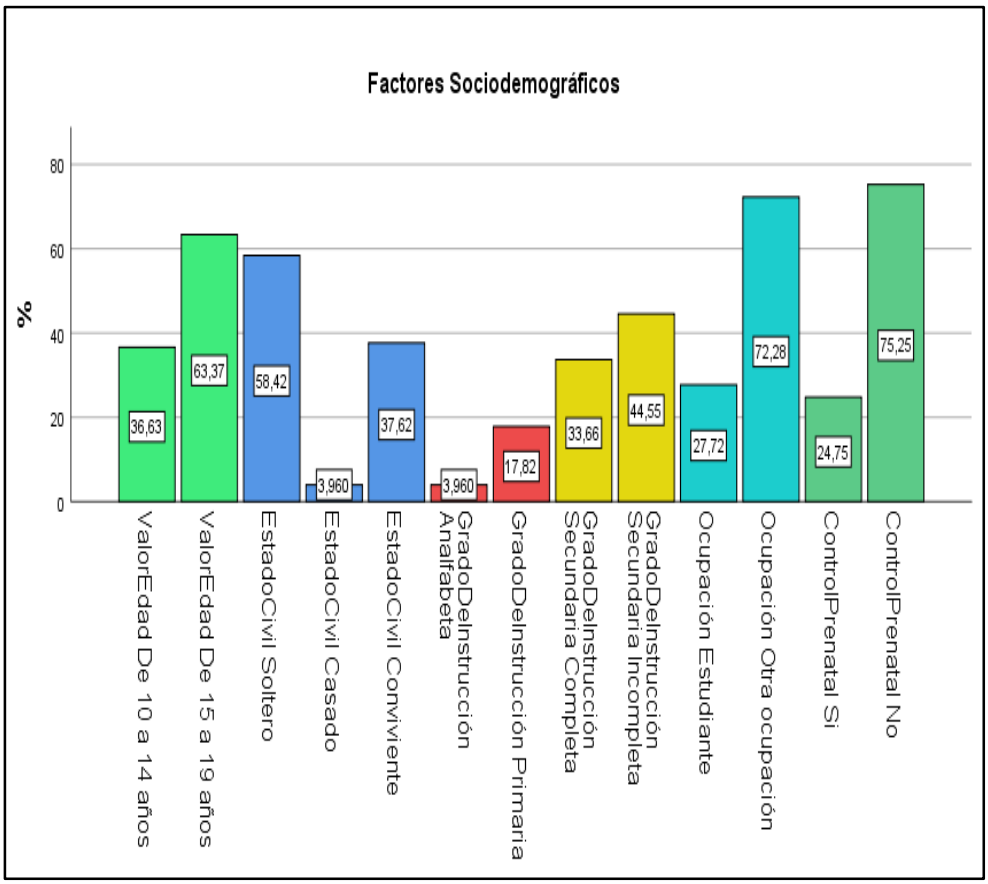
En la tabla 36, podemos observar que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y bajo peso al nacer ya que el p valor es de 0.00001, error por debajo del permitido que es 0.05 (5%).

Tabla 37. Factores sociodemográficos de gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

		Factores sociodemográficos	
		Recuento	% de N totales de tabla
Valor edad	De 10 a 14 años	37	36,6%
	De 15 a 19 años	64	63,4%
Estado civil	Soltero	59	58,4%
	Casado	4	4,0%
	Conviviente	38	37,6%
Grado de Instrucción	Analfabeta	4	4,0%
	Primaria	18	17,8%
	Secundaria Completa	34	33,7%
	Secundaria Incompleta	45	44,6%
Ocupación	Estudiante	28	27,7%
	Otra ocupación	73	72,3%
Control prenatal	Si	25	24,8%
	No	76	75,2%

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 37, podemos observar que de 10 a 14 años alcanzó el 36.6%, de 15 a 19 años 63.4%, soltera el 58.4%, con secundaria incompleta el 44.6%, tuvo control prenatal completo el 24.8%.



Fuente: Historias clínicas.

Gráfico 22. Factores sociodemográficos de gestantes adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 – 2018.

4.2. DISCUSIÓN

El embarazo adolescente viene siendo desde hace muchas décadas un grave problema social tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. El periodo de adolescencia es un concepto moderno que se edificó y perfiló socialmente entre los siglos XV y XIX, en los que se reconoció que hay un intervalo de transición entre la niñez y la edad adulta caracterizado por la inmadurez biológica, sexual y psicológica; sin embargo, teniendo en cuenta que hasta mediados del siglo XX la expectativa de vida al nacer tuvo un promedio mundial de 52 años, la menarca fue aceptada culturalmente como la etapa del desarrollo que indica que una mujer está preparada para casarse, y la mayoría de las mujeres tuvieron sus hijos durante la adolescencia. Durante el posconflicto de la Segunda Guerra Mundial, entre los años 50 y 70 del siglo XX, se presentó un periodo de explosión demográfica denominado "baby boom", que trajo como consecuencia el aumento de la tasa de natalidad durante este periodo, y el incremento de los gastos sociales y económicos ocasionados por las complicaciones maternas y fetales. Las investigaciones realizadas en la época identificaron a las mujeres adolescentes como el grupo de mayor riesgo obstétrico; este hallazgo cambió el valor moral y social del embarazo durante la adolescencia, y se comenzaron a implementar estrategias para prevenirlo (1). Se encontró ciertas coincidencias con Lina María Congote-Arango (6) y Fainete AP (12). En relación a las complicaciones maternas del embarazo en adolescentes, el aborto se presentó en el 15,8%, amenaza de aborto en el 31,7%, amenaza de parto prematuro 32,7%, parto prematuro 45,5%, infección del tracto urinario 19,8%, Oligoamnios 15,8% y rotura prematura de membranas 13,9%. En relación a las complicaciones fetales se observó que el sufrimiento fetal agudo se observó en el 28.7%. En relación a las complicaciones neonatales se observó sepsis en el 9.9%, y asfixia en el 25.1%. Con respecto a la morbilidad en el parto y en el post parto se encontró distocia en el 28.7%, corioamnionitis en el 6.9%, y hemorragia post parto en el 29.7%. La anemia se presentó en el 19.8% de gestantes adolescentes. Se encontró relación con: la amenaza de aborto p= 0.0001, amenaza de parto prematuro p= 0.0001, parto prematuro p= 0.0001, rotura prematura de membranas p= 0.010,

corioamnionitis p=0.010, hemorragia post parto p= 0.0001, con el sufrimiento fetal agudo p= 0.0001, sepsis neonatal p=0.012, asfixia al nacer 0.006 y con el peso del recién nacido p= 0.0001. No se encontró relación de la anemia con el aborto p valor de 0.138, con el Oligoamnios p= 0.424, desproporción cefalopélvica p=0.245, distocias p=0.245, ITU p= 0.980. En relación a los factores sociodemográficos: las adolescentes gestantes entre 10 a 14 años alcanzó el 36.6%, entre 15 a 19 años 63.4%, solteras 58.4%, secundaria incompleta 33.7%, estudiantes 27.7%, no estudian 72.3% y sin control prenatal 24.8%. Similar a los hallazgos de Noemí Gómez (7).

CONCLUSIONES

1. En relación a las complicaciones maternas del embarazo en adolescentes, el aborto se presentó en el 15,8%, amenaza de aborto en el 31,7%, amenaza de parto prematuro 32,7%, parto prematuro 45,5%, infección del tracto urinario 19,8%, Oligoamnios 15,8% y rotura prematura de membranas 13,9% en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.

2. En relación a las complicaciones fetales se observó que el sufrimiento fetal agudo se observó en el 28.7%.

3. En relación a las complicaciones neonatales se observó sepsis en el 9.9%, y asfixia en el 25.1%.

4. Con respecto a la morbilidad en el parto y en el post parto se encontró distocia en el 28.7%, corioamnionitis en el 6.9%, y hemorragia post parto en el 29.7%.

5. La anemia se presentó en el 19.8% de gestantes adolescentes.

6. Se encontró relación con: la amenaza de aborto p=0.0001, amenaza de parto prematuro p= 0.0001, parto prematuro p=0.0001, rotura prematura de membranas p= 0.010, corioamnionitis p=0.010, hemorragia post parto p= 0.0001, con el sufrimiento fetal agudo p= 0.0001, sepsis neonatal p=0.012, asfixia al nacer 0.006 y con el peso del recién nacido p= 0.0001. No se encontró relación de la anemia con el aborto p valor de 0.138, con el Oligoamnios p= 0.424, desproporción cefalopélvica p=0.245, distocias p=0.245, ITU p= 0.980.

7. En relación a los factores sociodemográficos: las adolescentes gestantes entre 10 a 14 años alcanzó el 36.6%, entre 15 a 19 años 63.4%, solteras 58.4%, secundaria incompleta 33.7%, estudiantes 27.7%, no estudian 72.3% y sin control prenatal 24.8%.

RECOMENDACIONES

1. El embarazo en adolescentes es un problema muy serio en nuestra sociedad y debe ser prevenido, ya que no está exento de complicaciones materno perinatales.

2. Se debe considerar un presupuesto especial para la atención de gestantes adolescentes por las complicaciones que pueden presentar.

3. Se debe prevenir la anemia en gestantes con suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico.

4. Se debe continuar con las investigaciones en otro nivel explicativo, predictivo y aplicativo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Castillo Riascos Lina Lorena. Desaciertos en la prevención del embarazo en adolescentes. Salud, Barranquilla [Internet]. 2016 Sep [cited 2018. Nov 02]; 32(3): 543-551. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300016&lng=en.

2. Bendezú Guido, Espinoza Daisy, Bendezú-Quispe Guido, Torres-Román Junior Smith, Huamán-Gutiérrez Roberto M. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2016 Ene [citado 2018 Nov 02]; 62(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es.

3. Sandoval, José; Mondragón, Fanny; Ortíz, Mónica. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.]. 2015 mayo [citado 2018 Nov 02] v. 53, n. 1, p. 28-34. Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/597

4. Laureano Jorge, Gil Elisa, Leticia Mejía Martha, de la Torre Aldo César. Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2016 Jul [citado 2018 Nov 02]; 62(3): 211-220. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000300002&lng=es.

5. Atienzo Erika E, Suárez-López Leticia, Meneses-Palomino Melva, Campero Lourdes. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. Rev. Med Hered [Internet]. 2016 Jul [citado 2018 Nov 02]; 27(3): 131-138. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000300003&lng=es.

6. Congote-Arango Lina María, Vélez-García María Adelaida, Restrepo-Orrego Lisandro, Cubides-Munévar Ángela, Cifuentes-Borrero Rodrigo. Adolescencia como

factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007: Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2012 June [cited 2018 Nov 2]; 63(2): 119-126. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000200004&lng=en.

7. Noemí Gómez Palomino, año 2016. "Características clínicas y complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el HNERM julio del 2013-junio del 2014, Lima Perú". Disponible en: http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1153/T-TPMC-Noemi%20Gomez%20Palomino.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Chacón Olivas, Aquiles Gerardo; Pizarro Mendoza, Cristian Williams Leo; "Complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el hospital maría auxiliadora 2011". Disponible en: http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/721/RESUMEN%20TFMH_MH68.pdf?sequence=3&isAllowed=y

9. San Gil Suárez Clara Irania, Villazán Martín Cristina, Ortega San Gil Yunierka. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Nov 28]; 30(1): 71-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100007&lng=es.

10. Villares Álvarez I, Fernández Águila JD, Avilés Martínez M, Mediaceja Vicente O, Guerra Alfonso T. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2006; 32 (1):1-6.

11. Urdaneta Machado José Ramón, Lozada Reyes Marielis, Cepeda de Villalobos Maritza, García I José, Villalobos I Noren, Contreras Benítez Alfi et al. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 Ago [citado 2018 Nov 28]; 80(4): 297-305. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400004&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400004.

12. Faneite A. Pedro. Mortalidad materna: evento trágico. Gac Méd Caracas. [Internet]. 2010 Ene [citado 2020 Feb 23]; 118(1): 11-24. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622010000100003&lng=es.

13. Avila-Jaquez, Carmen. (2019). Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia*, *26*(80), 03. https://dx.doi.org/10.29101/crcs.v26i80.10790.

14. Cortez D. Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. rev.fac.med. [Internet]. 2010 July [cited 2020 Feb 23] ; 58(3): 167-171. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112010000300001&lng=en.

15. Urdaneta Machado José Ramón, Lozada Reyes Marielis, Cepeda de Villalobos Maritza, García I José, Villalobos I Noren, Contreras Benítez Alfi et al. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 Ago [citado 2020 Feb 23]; 80(4): 297-305. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400004&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400004.

16. Lapiz Chasquibol, Miguelina Margarita. Relación Entre La Anemia Materna Con Las Complicaciones Perinatales De Los Recién Nacidos En El Hospital III Iquitos – Essalud En el 2017. [pregrado]. Universidad Nacional de Ucayali. 2018. disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/3511/000003047T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

17. Rabanal Sajami Ángel Manuel. Preeclampsia y muerte materna en gestantes atendidas en el Hospital regional de Pucallpa, decenio 2005-2014 [pregrado]. Universidad Nacional de Ucayali. 2016. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/3196/000001817T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

18. Leveau Bartra, Cayo Eduardo. Factores asociados a la mortalidad materna en la región Ucayali del año 2006 al 2010. [post grado]. Universidad Nacional de Ucayali. 2013. disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/1753.

19. Cunningham Gary. Williams. Obstetricia. 25ª Edición. New York. Editorial: McGraw-Hill. Edición: 25ª. 2019.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS	VARIABLES
¿Cuáles fueron las complicaciones materno-perinatales más frecuentes en madres primigestas adolescentes con anemia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 -2018?	Identificar las complicaciones materno-perinatales más frecuentes en madres primigestas adolescentes con anemia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018.	Determinar las complicaciones maternas en el embarazo adolescente. Establecer las complicaciones fetales en el embarazo adolescente. Identificar las complicaciones neonatales presentadas en el embarazo adolescente. Determinar las morbilidades en el posparto en adolescentes embarazadas. Determinar el porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio.	**Hipótesis General** H1. Existe complicaciones materno-perinatales en madres primigestas adolescentes con anemia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali en el periodo 2017 - 2018. H0. No existe complicaciones materno-perinatales en madres primigestas adolescentes con anemia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la región Ucayali e n el periodo 2017 - 2018. **Hipótesis Específicas** H1. Existe complicaciones maternas en el embarazo adolescente. H2. Existe complicaciones fetales en el embarazo adolescente.	**Variable independiente:** Anemia. **Variable dependiente:** Complicaciones materno-perinatales en gestante adolescente.

		Determinar la relación entre la anemia y las complicaciones materno perinatales de gestantes adolescentes motivo del presente de estudio.	H3. Existe complicaciones neonatales presentadas en el embarazo adolescente. H4. Existe morbilidades en el posparto en adolescentes embarazadas. H5. Existe un alto porcentaje de anemia en gestantes adolescentes motivo del estudio. H6. Existe relación entre la anemia y las complicaciones materno perinatales de gestantes adolescentes motivo del presente de estudio.	

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE ANEMIA Y COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN MADRES PRIMIGESTAS ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DE LA REGIÓN UCAYALI EN EL PERIODO 2017 – 2018.

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____

EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____

Anemia: Hemoglobina

- Complicaciones en el embarazo:
- Aborto Si ( ) No ( )
- Amenaza de aborto Si ( ) No ( )
- Amenaza de parto prematuro Si ( ) No ( )
- Parto prematuro Si ( ) No ( )
- ITU Si ( ) No ( )
- Oligoamnios Si ( ) No ( )
- RPM Si ( ) No ( )

Complicaciones en el parto

- Desproporción cefalopélvica Si ( ) No ( )
- Distocias Si( ) No ( )

Complicaciones en el puerperio

- Hemorragia post parto Si ( ) No ( )
- Corioamnionitis Si ( ) No ( )

Complicaciones fetales

- Sufrimiento fetal agudo Si ( ) No ( )

Complicaciones neonatales

- Sepsis Si ( ) No ( )
- Asfixia al nacer Si ( ) No ( )

Estado civil……..……..

Grado de instrucción……..……..

Ocupación ……..

Control prenatal……

Tipo de parto:

- Eutócico Si ( ) No ( )
- Distócico Si ( ) No ( )

Peso del recién nacido……..

Apgar al minuto…….……