



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN EL
EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-2022

Línea de investigación: Salud materna en la adolescente

Presentado por la Bachiller:

Maldonado López, Luz Margarita

Código ORCID: 0009-0005-9983-5087

Para optar al Título Profesional de Médico
Cirujano

Asesora:

Dra. Eliana Janette Ojeda Lazo

Código ORCID: 0000-0001-6606-3029

CUSCO-PERU

2024



Metadatos

Datos del autor	
Nombres y apellidos	LUZ MARGARITA MALDONADO LÓPEZ
Numero de documento de identidad	70745367
URL de Orcid	https://orcid.org/0009-0005-9983-5087
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	MED. ELIANA JANETTE OJEDA LAZO
Numero de documento de identidad	23953577
URL de Orcid	https://orcid.org/0000-0001-6606-3029
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MED. CRISTABEL NILDA RIVAS ACHAHUI
Numero de documento de identidad	41548249
Jurado 2	
Nombres y apellidos	MED. SANDRA VALERO DELGADO
Numero de documento de identidad	41856769
Jurado 3	
Nombres y apellidos	MED. MARCO ANTONIO SALAZAR ZEGARRA
Numero de documento de identidad	29587263
Jurado 4	
Nombres y apellidos	MED. JUSTO VIZCARRA LOAYZA
Numero de documento de identidad	23990034
Datos de la investigación	
Línea de la investigación de la escuela profesional	SALUD MATERNA EN LA ADOLESCENCIA



AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a Dios por la bendición en cada día de mi vida. A mis padres Bertha y Zacarías por su eterna confianza y comprensión quienes fueron un pilar fundamental para mi formación.

A mis hermanos Fanny, Nayda y Vladimir por el cariño y seguirme impulsando en momentos difíciles de la carrera. A mi pequeña hermana Sol Sheryl (sobrina) por darme todo el amor y cariño.

A mi asesora, Dra. Eliana Ojeda Lazo, quien con sus conocimientos, paciencia y dedicación fue un soporte fundamental en el desarrollo de este trabajo.



DEDICATORIA

A mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y sacrificios para que yo pudiera alcanzar mis metas académicas.

En memoria de mi Papa Marcos quien siempre me alentó a perseguir mis sueños. Aunque ya no estés físicamente conmigo, tu espíritu perdura en cada logro que alcanzo.

A Vick, por compartir risas, conocimientos y horas de estudio. Juntos enfrentamos cada desafío y hoy celebramos este logro.



INDICE

	Pág.
RESUMEN	4
CAPITULO I	6
INTRODUCCION	10
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Formulación de problema	12
1.2.1. Problema general.....	12
1.2.2. Problemas específicos	12
1.3. Justificación	12
1.3.1. Conveniencia.....	12
1.3.2. Relevancia Social	13
1.3.3. Implicancia práctica	13
1.3.4. Valor teórico.....	13
1.3.5. Unidad metodológica	13
1.4. Objetivos de investigación.....	14
1.4.1. Objetivo general.....	14
1.4.2. Objetivos específicos	14
1.5. Delimitación del estudio	14
1.5.1. Delimitación espacial	14
1.5.2. Delimitación temporal.....	15
1.6. Aspectos Éticos.....	15
CAPITULO II.....	16
MARCO TEORICO	16
2.1. Antecedentes del estudio	16
2.1.1. Antecedentes internacionales	16
2.1.2. Antecedentes nacionales	20
2.2. Bases teóricas.....	24
2.3. Hipótesis	38
2.3.1. Hipótesis general.....	38
2.3.2. Hipótesis específicas	38
2.4. Variable.....	39
2.4.1. Identificación de variable.....	39
2.4.2. Operacionalización de variables	40
2.5. Definición de términos.....	46
CAPITULO III.....	47



METODO	47
3.1. Alcance del estudio	47
3.2. Diseño de investigación	47
3.3. Población	48
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos	50
3.7. Plan de análisis de datos	53
CAPITULO IV	54
RESULTADOS	54
CAPITULO V	67
DISCUSION	67
5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	67
5.3. Comparación crítica con lo literatura existente	69
5.4. Implicancias del estudio.....	73
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES.....	75
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS	82



INDICE DE GRAFICO Y TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 prevalencia del embarazo adolescente reincidente.....	47
Tabla N° 2 características sociodemográficas.....	49
Tabla N° 3 características obstétricas.....	50
Tabla N° 4 cantidad de complicaciones.....	52
Tabla N° 5 complicaciones durante el embarazo.....	53
Tabla N° 6 complicaciones durante el parto.....	54
Tabla N° 7 complicaciones durante el puerperio inmediato.....	55
Tabla N° 8 complicaciones perinatales.....	56
Tabla N° 9 relación de características sociodemográficas y obstétricas con complicaciones durante el embarazo.....	57
Tabla N° 10 relación de características sociodemográficas y obstétricas con complicaciones durante el parto.....	58
Tabla N° 11 relación de características sociodemográficas y obstétricas con complicaciones durante el puerperio inmediato.....	59
Tabla N° 12 relación de características sociodemográficas y obstétricas con complicaciones perinatales.....	60



RESUMEN

Complicaciones Maternas – Perinatales en el Embarazo Reincidente en Adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022

El embarazo adolescente presenta mayores riesgos debido a un control prenatal tardío e inadecuado, así como malos resultados en el parto y el puerperio. A pesar de estos riesgos conocidos, el embarazo reincidente en adolescentes sigue siendo prevalente, con cifras entre el 20% y el 25% que corresponden a un segundo o tercer embarazo. **Objetivo:** Demostrar las complicaciones maternas y perinatales en el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo de 2020 a 2022. **Método:** Se empleó un enfoque de investigación cuantitativa, descriptiva y retrospectiva, utilizando las historias clínicas de todas las adolescentes con embarazo reincidente. La muestra estuvo formada por 166 adolescentes que cumplieron con los criterios de selección. **Resultados:** En cuanto a la prevalencia del embarazo reincidente se evidenció un 27.29%, las complicaciones maternas en embarazos reincidentes de adolescentes, fueron anemia (65.06%), infección del tracto urinario (37.96%), cesárea (30.12%), distocias del canal del parto (17.46%), desgarro perineal (15.66%), retención placentaria (15.06%), anemia postparto (19.28%), e infecciones del tracto urinario postparto y las complicaciones perinatales fueron prematuridad (19.88%), bajo peso al nacer (16.37%), ingreso a UCIN (12.87%), Síndrome de Distrés Respiratorio del Recién Nacido (RN) (12.87%), y muerte neonatal (2.34%). Se encontró diferencia significativa entre control prenatal y complicaciones durante el embarazo ($p=0.041$) y perinatales ($p=0.005$); EG al inicio del CPN y complicaciones durante el embarazo ($p=0.037$). **Conclusiones:** Las adolescentes con embarazos reincidentes presentaron complicaciones maternas y perinatales durante el embarazo, parto y puerperio en el periodo 2020 al 2022. **Palabras claves:** Adolescente, embarazo reincidente, complicaciones maternas y perinatales.



ABSTRACT

Maternal – Perinatal Complications in Recurrent Pregnancy in Adolescents at the Hospital Regional del Cusco, 2020-2022

Teenage pregnancy presents greater risks due to late and inadequate prenatal care, as well as poor outcomes during childbirth and the postpartum period. Despite these known risks, repeat pregnancy in adolescents remains prevalent, with figures between 20% and 25% corresponding to a second or third pregnancy. **Objective:** To demonstrate maternal and perinatal complications in recurrent pregnancy in adolescents treated at the Regional Hospital of Cusco during the period from 2020 to 2022. **Method:** A quantitative, descriptive and retrospective research approach was used, using the medical records of all adolescents with recurrent pregnancy. The sample consisted of 166 adolescents who met the selection criteria. **Results:** Regarding the prevalence of recurrent pregnancy, it was found to be 27.29%, maternal complications in recurrent teenage pregnancies were anemia (65.06%), urinary tract infection (37.96%), cesarean section (31.93%), birth canal dystocias. (17.46%), perineal tear (15.66%), retained placenta (15.06%), postpartum anemia (19.28%), and postpartum urinary tract infections and perinatal complications were prematurity (19.88%), low birth weight (16.37%), NICU admission (12.87%), Newborn Respiratory Distress Syndrome (RN) (12.87%), and neonatal death (2.34%). A significant difference was found between prenatal control and complications during pregnancy ($p=0.041$) and perinatal complications ($p=0.005$); GA at the start of CPN and complications during pregnancy ($p=0.037$). **Conclusions:** Adolescents with recurrent pregnancies experienced maternal and perinatal complications during pregnancy, labor, and postpartum from 2020 to 2022.

Keywords: Adolescent, recurrent pregnancy, maternal and perinatal complications.



COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN EL EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020- 2022

por Maldonado Lopez Luz Margarita

Fecha de entrega: 08-may-2024 03:17p.m. (UTC-0700)

Identificador de la entrega: 2374582145

Nombre del archivo:

COMPLICACIONES_MATERNAS_PERINATALES_EN_EL_EMBARAZO_REINCIDENTE_EN_ADOLESCENTES_DEL_HOSPITAL_REGIONAL_DEL_CUSCO_2020-2022.....pdf (1.57M)

Total de palabras: 18975

Total de caracteres: 106633



DRA. ELIANA DJEDA LAZO
CMP. 15528 RNE. 7135
GINECO - OBSTETRA



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN EL
EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-2022

Línea de investigación: Salud materna en la adolescente

Presentado por la Bachiller:

Maldonado López, Luz Margarita

Código ORCID: 0009-0005-9983-5087

Para optar al Título Profesional de Médico
Cirujano

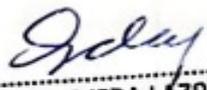
Aseora:

Dra. Eliana Janette Ojeda Lazo

Código ORCID: 0000-0001-6606-3029

CUSCO-PERU

2024


DRA. ELIANA OJEDA LAZO
CMP. 15528 RNE. 7135
GINECO - OBSTETRA



COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN EL EMBARAZO REINCIDENTE EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

11 %	11 %	0 %	3 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	3 %
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2 %
3	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	2 %
4	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	1library.co Fuente de Internet	1 %
6	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1 %

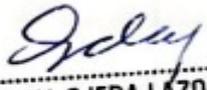
Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 150 words

Excluir bibliografía

Activo


 DRA. ELIANA OJEDA LAZO
 CMP. 15528 RNE. 7135
 GINECO - OBSTETRA



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Maldonado Lopez Luz Margarita
Título del ejercicio:	NO REPOSITORY 6
Título de la entrega:	COMPLICACIONES MATERNAS - PERINATALES EN EL EMBARA...
Nombre del archivo:	COMPLICACIONES_MATERNAS_PERINATALES_EN_EL_EMBARA...
Tamaño del archivo:	1.57M
Total páginas:	84
Total de palabras:	18,975
Total de caracteres:	106,633
Fecha de entrega:	08-may.-2024 03:17p. m. (UTC-0700)
Identificador de la entre...	2374582145

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA

TESIS

COMPLICACIONES MATERNAS - PERINATALES EN EL EMBARAZO RECURRENTE EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-2022

Linea de Investigación: Salud Materna y Fetal

Presentado por la Bachiller:
Maldonado López Luz Margarita
Código ORCID: 0009-0001-9801-2082
Firma ante el Colegio Profesional de Médico Cirujanos
Anotar:
Dra. Eliana Ojeda Ojeda Lazo
Código ORCID: 0009-0001-9801-9829

CUSCO-PHIS
2024

Ojeda
DRA. ELIANA OJEDA LAZO
CMP. 15528 RNE. 7135
GINECO-OBSTETRA



CAPITULO I

INTRODUCCION

El embarazo adolescente se asocia a mayores riesgos de control prenatal tardío e inadecuado y con malos resultados en el parto y puerperio, por ello es importante posponer un segundo embarazo ⁽⁹⁾.

Sin embargo, a pesar de los riesgos que implica, el embarazo reincidente en adolescentes aún sigue siendo altamente prevalente, incluso en países como Estados Unidos alrededor del 20 a 25% de todos los nacimientos de mujeres adolescentes correspondían a un segundo o tercer nacimiento⁽¹⁾.

Esto también se ve reflejado en nuestro país, donde el embarazo adolescente es uno de los principales problemas de salud, tal como lo muestra la Encuesta demográfica y de Salud Familiar ENDES del 2022, en el cual se observa que existe un 9.2% de mujeres entre 15 a 19 años de edad que han estado embarazadas⁽³⁾.

Las reincidencias de embarazo durante la adolescencia pueden causar mayores problemas sobre la salud fisiológica y psicosocial; que van desde el mayor riesgo de partos prematuros, problemas de salud mental, y problemas en de desarrollo del recién nacido ⁽¹⁸⁾. Por lo tanto, es importante conocer todas estas complicaciones que dichos embarazos pueden tener y así establecer programas para disminuir su incidencia.

Por lo mencionado, el presente trabajo tiene por objetivo demostrar de las complicaciones maternas y perinatales en el embarazo reincidente en adolescentes en el Hospital Regional del Cusco, 2020- 2022.



1.1. Planteamiento del problema

El embarazo reincidente en adolescentes, se define como aquella gestación que se presenta después del primer parto y/o aborto en una paciente de entre 10 y 19 años de edad. Este es un problema a nivel mundial, como lo informa la Organización Mundial de la Salud (OMS), que determina que “un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre niñas de 10 a 19 años”. Además refiere que en el 2021 murieron más de 1,5 millones de adolescentes y jóvenes adultos de entre 10 y 24 años de edad, lo que supone casi 4500 defunciones están relacionadas con lesiones y traumatismos, la violencia y las dolencias ligadas a la maternidad⁽¹⁾.

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022, muestra que, del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 9.2% estuvieron alguna vez embarazadas, de las cuales el 7,5% ya eran madres y el 1,7% estaban gestando por primera vez. según área de residencia, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas del área rural (18,4%) fue considerablemente mayor respecto del área urbana (6,8%).⁽²⁾ En Cusco las estadísticas del 2022 revelan que el 10.3% del total de adolescentes entre 15-19 años se encuentran embarazadas o ya han tenido por lo menos un hijo⁽³⁾.

El embarazo en adolescente es un problema de salud pública que afecta con frecuencia a los países en vías de desarrollo como el nuestro, no sólo pone en peligro la salud de la madre y su hijo, sino también limita sus oportunidades para alcanzar el potencial educativo y económico, lo que resulta en una gran carga para sus familias, la sociedad y la nación en general. Con el embarazo reincidente y la presencia de complicaciones, permitirá tomar medidas que ayuden a disminuir su impacto y conocer su comportamiento.



1.2. Formulación de problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las complicaciones maternas - perinatales en el embarazo reincidente en adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la prevalencia del embarazo reincidente en adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022?
2. ¿Cuáles son las complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio en el embarazo reincidente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022?
3. ¿Cuáles son las complicaciones perinatales en el embarazo reincidente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022?
4. ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas, obstétricas y las complicaciones maternas en el embarazo reincidente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022?
5. ¿Cómo se relacionan entre las características sociodemográficas, obstétricas y complicaciones perinatales en el embarazo reincidente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022?

1.3. Justificación

1.3.1. Conveniencia

La presente investigación nos ayudó a identificar las complicaciones maternas-perinatales del embarazo reincidente en las adolescentes. Los resultados de la investigación serán de gran utilidad para aportar información sobre las complicaciones maternas y perinatales; y así las autoridades del ministerio de Salud podrán crear estrategias para la prevención de embarazos en adolescentes.



1.3.2. Relevancia Social

La presente investigación beneficiará en el futuro a las adolescentes usuarias en el Hospital Regional del Cusco, para prevenir el embarazo reincidente y permitirá al equipo de salud tomar medidas adecuadas para reducir el impacto en la salud, de los problemas que están relacionados con el embarazo reincidente.

1.3.3. Implicancia práctica

A la realización del presente estudio y la posterior identificación de las complicaciones maternas y perinatales en el embarazo reincidente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco; servirán de base para encontrar nuevas estrategias que minimicen las complicaciones en el embarazo reincidente de las adolescentes y la repercusión de los mismos sobre la salud materna y perinatal.

1.3.4. Valor teórico

La realización de este estudio es importante ya que no se cuentan con estudios locales que reflejen el impacto sobre la salud materna, neonatal y de la niñez, pues muchas de estas patologías marcarán el desarrollo del niño. Además de la base científica que nos darán las complicaciones más importantes se podrá tomar medidas preventivas y llevar a realizar más estudios de acuerdo con la problemática que representa cada complicación y su influencia en la población cusqueña y los cambios que podría haber con respecto a otros tipos de poblaciones.

1.3.5. Unidad metodológica

El estudio de las complicaciones maternas y perinatales en el embarazo reincidente adolescente se plantea como un estudio transversal. Por tanto, a partir de este podremos calcular la frecuencia relativa y las complicaciones, que presentara después de la exposición a un embarazo reincidente en las adolescentes.



1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo general

Demostrar las complicaciones maternas y perinatales en el embarazo recurrente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de embarazo recurrente en adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022.
2. Precisar las complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio en el embarazo recurrente en adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022.
3. Describir las complicaciones perinatales en el embarazo recurrente en las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022.
4. Relacionar la frecuencia de las complicaciones maternas y las características sociodemográficas y obstétricas en el embarazo recurrente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022.
5. Relacionar las complicaciones perinatales con las características sociodemográficas y obstétricas en el embarazo recurrente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020-2022.

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

El presente estudio se realizó mediante el uso de historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión provenientes del servicio de maternidad en el Hospital Regional del Cusco, que es la unidad orgánica operativa encargada de programar, ejecutar y evaluar las acciones y procedimientos, para la atención integral de la mujer durante el proceso reproductivo, en tal sentido, promueve, protege, recupera y rehabilita la Salud y el



bienestar de la madre durante el embarazo, el parto y puerperio, en circunstancias tanto normales como anormales, con énfasis en el embarazo complicado o de alto riesgo.

1.5.2. Delimitación temporal

El presente estudio se desarrolló en el servicio de maternidad y archivos del Hospital Regional del Cusco, comprendido desde enero a diciembre del 2020 al 2022.

1.6. Aspectos Éticos

El presente estudio no realizará intervenciones experimentales. El procedimiento de la recolección de datos se realizó cumpliendo los acuerdos de ética internacional, y resguardando la confidencialidad de la información obtenida en las historias clínicas según la declaración de Helsinki. Además, el estudio contará con los permisos y autorizaciones emitidos por el comité de Investigación y Ética en un Hospital del Cusco. En esta investigación no se comprometerá el estado físico y moral, se preservará el anonimato de las parturientas y niños de la población evaluada.



CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

Bruno B, Darío W, (Paraguay, 2021), En su estudio "Adolescentes con Embarazos Recurrentes en el Hospital Distrital de Presidente Franco, 2019-2020", se propuso caracterizar a las jóvenes que experimentaron embarazos repetidos y buscaron atención en el Hospital Distrital de Presidente Franco. Este estudio, de naturaleza observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal, se basó en el análisis de historias clínicas de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital desde el 1 de enero de 2019 al 30 de septiembre de 2020. Los resultados revelaron que, de un total de 420 embarazos en adolescentes, 86 fueron reincidentes, representando el 20.47% de los casos. La edad promedio fue de 18.2 años, con el 75.59% de las adolescentes en unión libre y el 40.7% aun cursando el ciclo escolar básico. Se observó que el inicio de la actividad sexual tuvo lugar en el 74.4% de los casos entre los 14 y 16 años, y el 62.79% utilizaron métodos anticonceptivos. Además, el 64% eran primíparas, el 25.5% presentó anemia asociada al embarazo, y el 9.3% experimentó desgarro de cuello uterino como complicación principal del parto. La mayoría de los embarazos (91.8%) alcanzaron la gestación a término, con un parto vaginal en el 71% de los casos. En los casos de cesárea, la indicación principal fue la cesárea anterior reciente en el 48%. Se destacó que el 55.8% de las adolescentes tenían un intervalo de periodo intergenésico menor a 24 meses. En conclusión, la investigación sugiere que la minoría de las adolescentes estudiadas presentaron embarazos recurrentes, indicando la necesidad de fortalecer la orientación en planificación familiar y enfocar los esfuerzos en medidas preventivas para reducir aún más estos casos⁽⁴⁾.



Ramage K, Tough S, Scott C. (Canadá, 2021) en su estudio “Tendencias en la repetición rápida del embarazo en adolescentes en Canadá” tuvo como objetivo examinar las tendencias y los resultados del embarazo de repetición rápida en adolescentes en Canadá. Para la investigación se utilizaron datos poblacionales del registro electrónico al alta, se vinculó los registros maternos y neonatales de las hospitalizaciones de parto en todo Canadá (excluyendo Quebec) desde los años fiscales 2004 al 2015. Se usaron pruebas lineales de tendencia para evaluar el cambio a lo largo del tiempo. Los modelos de regresión logística condicional evaluaron las probabilidades de resultados maternos y neonatales adversos en los embarazos de repetición rápida en adolescentes en comparación con los primeros embarazos. Se registraron 67.957 embarazos de adolescentes durante el período de estudio, con una prevalencia de embarazos reincidentes del 32,9% (IC 95%: 32,5%-33,2%). Se observó que las tasas de embarazos de repetición rápida en adolescentes fueron más altas entre los jóvenes de 18 a 19 años (34,1%; IC del 95%: 33,6%-34,5%) que entre los de 15 a 17 años (30,4%; IC del 95%: 29,7%-31,0%). En cuanto a las complicaciones se observó que, las probabilidades de morbilidad materna o neonatal fueron similares en los segundos embarazos de madres adolescentes con respecto a los primeros. Sin embargo, las adolescentes tenían menores probabilidades de tener un bebé pequeño para su edad gestacional en su segundo embarazo ($P < 0,001$), lo que afecta al 0,4% (IC del 95%: 0,3%-0,7%) de los segundos embarazos. En conclusión, las adolescentes estudiadas no presentaron diferencias significativas en las probabilidades de morbilidad materna y neonatal, sin embargo, si hubo diferencias en cuanto al peso del neonato en los embarazos reincidentes⁽⁵⁾.

Iza M (Quito-Ecuador, 2020), en su estudio "Embarazo Recurrente en Mujeres Adolescentes y su Asociación con Resultados Adversos Maternos y Perinatales en Usuarios de la Unidad Metropolitana de Salud Sur, de junio de 2016 a junio de 2019". El objetivo de



su estudio fue determinar la relación entre el embarazo recurrente en mujeres adolescentes y los resultados adversos maternos y perinatales en usuarias que asisten a la Unidad Metropolitana de Salud Sur durante el periodo mencionado. La metodología utilizada fue un estudio analítico de corte transversal, centrándose en mujeres adolescentes con embarazo recurrente. La muestra comprendió a 384 mujeres adolescentes, de las cuales 124 experimentaron embarazos recurrentes durante la adolescencia. Se evaluaron los Odds Ratios (OR) con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia estadística establecido en $p < 0.05$. Los resultados destacaron asociaciones estadísticamente significativas entre complicaciones maternas específicas y embarazo recurrente. La anemia, por ejemplo, se observó en el 1% de las gestantes recurrentes, con un valor de p de 0.002 y un OR de 1.363. En cuanto a las complicaciones neonatales, se encontró una asociación estadística del 10.9%, con un valor de p de 0.000 y un OR de 4.244. Entre las complicaciones neonatales específicas asociadas al embarazo recurrente se incluyen sepsis neonatal ($p= 0.011$, OR 3.167), bajo peso al nacer ($p= 0.031$, OR 2.136) y trastornos respiratorios ($p= 0.038$, OR 5.420). Se concluyó que el embarazo recurrente durante la adolescencia se asocia con anemia materna y resultados perinatales adversos, como bajo peso al nacer, sepsis neonatal y trastornos respiratorios. La prevalencia del embarazo recurrente en la adolescencia en la unidad de salud estudiada se encuentra en línea con las cifras promedio a nivel mundial. ⁽⁶⁾.

Amongin D, Nakimuli A, Hanson C (Kampala- Uganda, 2020). En su estudio intitulado “Tendencias temporales y factores asociados con la repetición de nacimientos en adolescentes en Uganda: análisis de seis encuestas demográficas y de salud” el propósito fue investigar la prevalencia y las tendencias temporales y factores asociados a los nacimientos repetidos en adolescentes en Uganda. Se analizó los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud de Uganda (mujeres de 20 - 24 años). Se determinó la prevalencia



en embarazo adolescente reincidente a partir de la repetición de nacimientos (primer nacimiento vivo <18 años de edad seguido de otro nacimiento vivo <20 años). Además, se estimó la prevalencia de intervalos de nacimiento cortos menores a 13 meses entre el primer y el segundo nacimiento y los factores asociados a esta. Los resultados muestran que la prevalencia encontrada en el estudio 55,6% disminuyó con respecto a lo encontrado en la encuesta del 2006 (66.8%); esta disminución fue estadísticamente significativa (-11,2 pp, $p < 0,001$). En cuanto a los factores asociados, se observó que las mujeres de hogares más pobres y las de edad más joven en el momento del primer parto tenían significativamente más probabilidades de informar un segundo parto en la adolescencia durante las encuestas. El estudio concluye que después de un primer parto adolescente (<18 años), más de la mitad de las mujeres reportan un segundo parto en la adolescencia (<20 años), este patrón se ha mantenido en Uganda durante 30 años, es por eso que se destaca la necesidad de apoyar a las adolescentes con mejores servicios de planificación familiar (7).

Maravilla J, Betts K, Alati R (Quezon-Filipinas, 2019), en su estudio “Mayor riesgo de complicaciones maternas por embarazos repetidos entre las mujeres adolescentes” cuyo objetivo fue evaluar el riesgo de resultados maternos adversos entre las adolescentes que experimentan un embarazo repetido en Filipinas. Se examinaron los datos de cuatro oleadas (1998-2013) de una encuesta transversal representativa a nivel nacional. Donde se incluyeron 2518 mujeres no nulíparas y no embarazadas de entre 15 y 44 años con un intervalo entre embarazos (IPI) de 24 meses o menos. La asociación entre embarazos repetidos y resultados maternos adversos se evaluó mediante regresión logística multivariante, considerando grupos de edad (11-19, 20-24 y 25-45 años), lo que representa la agrupación dentro de cada encuestada. Se realizó un análisis estratificado por IPI (≤ 24 vs > 24 meses) entre los 11-19 años. En los resultados no se observó asociación entre



embarazos repetidos y bajo peso al nacer en madres adolescentes. Un segundo embarazo aumentó el riesgo de embarazo (razón de posibilidades ajustada [OR] 10,49, intervalo de confianza [IC] del 95% 4,00-27,49) y complicaciones del parto (OR ajustado 3,61, IC del 95% 1,61-8,09) entre las mujeres adolescentes (11-19 años). Las pruebas de interacción mostraron que hubo un aumento significativo de estos riesgos en comparación con las mujeres mayores. El análisis estratificado por IPI no modificó el efecto observado para ninguno de los resultados. En conclusión, el embarazo repetido entre las adolescentes filipinas aumentó el riesgo de complicaciones del embarazo y el parto independientemente del IPI ⁽⁸⁾.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rojas G (Lima-Perú, 2019) en su estudio “Complicaciones maternas en adolescentes con embarazo reincidente atendidas en el Hospital Sergio e. Bernales de Collique durante el período 2018” Se trató de una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo simple, retrospectiva y de corte transversal. La población abarcó a todas las adolescentes con embarazo recurrente atendidas en dicho hospital durante el año en mención, siendo un total de 154 casos. La muestra se conformó con 132 adolescentes que cumplían con los criterios de selección establecidos. Los resultados obtenidos respecto a las complicaciones maternas revelaron que, durante el embarazo en adolescentes con embarazos recurrentes, el 40.2% presentó anemia, el 28% tuvo infección del tracto urinario, el 11.4% experimentó ruptura prematura de membranas, el 9.8% sufrió de hipertensión inducida por el embarazo, el 7.6% enfrentó amenaza de parto pretérmino, el 3% experimentó amenaza de aborto y el 1.5% desarrolló oligoamnios. Durante el parto, el 26.5% sufrió desgarro perineal, el 6.8% tuvo parto pretérmino, el 6.1% enfrentó distocias de la contractilidad uterina, el 3% padeció distocias del canal del parto, el 11.4% experimentó distocias fetales, el 3.8% sufrió distocias funiculares y el 2.3% presentó retención placentaria. En



el puerperio, el 47% de las adolescentes manifestó anemia, el 21.2% tuvo infección del tracto urinario y el 1.5% padeció hipotonía uterina. En conclusión, se determinó que las adolescentes con embarazos recurrentes presentan complicaciones durante el embarazo y el puerperio en aproximadamente la mitad de los casos, mientras que durante el parto estas complicaciones afectan a más de la cuarta parte de las adolescentes estudiadas ⁽⁹⁾.

Poma V. (Cañete-Perú 2018); en su estudio “reincidencia del embarazo adolescente como factor de riesgo de morbilidad materna en el Hospital Rezola de Cañete, 2016” cuyo objetivo fue determinar la recurrencia del embarazo adolescente como un factor de riesgo para la morbilidad materna en el Hospital Rezola de Cañete durante el año 2016. Se trató de una investigación analítica de casos y controles, de diseño transversal, cuantitativa y retrospectiva. La muestra incluyó a 108 gestantes adolescentes reincidentes (casos) y 108 gestantes primigestas (controles), seleccionadas mediante muestreo no probabilístico para los casos y por conveniencia para los controles. En el análisis descriptivo se calcularon frecuencias absolutas y relativas (%). Se utilizó una ficha de recolección de datos y posteriormente se llevó a cabo el análisis estadístico con SPSS versión 24, utilizando Odds Ratio (OR), IC 95%, y Chi cuadrado. En su mayoría, las adolescentes reincidentes tenían entre 17 y 19 años (88.9%), educación secundaria incompleta (48.1%), convivían con su pareja (81.5%), tenían una sola pareja (56%), un periodo intergenésico de ≥ 2 años (59%), y su primer embarazo terminó en un parto eutócico (38.9%). Además, la mayoría de ellas no utilizó métodos anticonceptivos (53.7%). El análisis estadístico no reveló significancia durante el embarazo. Sin embargo, durante el parto, se encontró una asociación significativa con la cesárea ($p=0.021$) (OR 1.96, IC 95% [1.10-3.49]), distocias de progresión del parto ($p=0.000$) (OR 0.15, IC 95% [0.053-0.48]), y lesiones del canal vaginal ($p=0.037$) (OR 0.82, IC 95% [0.26-0.96]). En el puerperio, se identificó una asociación



con la infección del tracto urinario ($p=0.000$) (OR 0.34, IC 95% [0.19-0.62]). En conclusión, se estableció una relación significativa entre la recurrencia del embarazo adolescente durante el parto y el puerperio, y la morbilidad materna en el Hospital Rezola de Cañete.⁽¹⁰⁾

Fustamante C. (Lima-Perú 2017); en su estudio “Complicaciones obstétricas en adolescentes con embarazo reincidente en el hospital de San Juan de Lurigancho, 2017” El objetivo de este estudio fue identificar las complicaciones obstétricas en adolescentes con embarazo recurrente en el hospital de San Juan de Lurigancho durante el año 2017. La metodología de la investigación fue descriptiva, de corte transversal y retrospectivo. La población incluyó a 178 gestantes adolescentes, y la muestra se conformó por 124 adolescentes con embarazo reincidente. Se utilizó una ficha de recolección de datos ya elaborada, y la información fue organizada mediante el programa SPSS versión 25.0. Los resultados revelaron que el 99.2% (123) de las gestantes adolescentes reincidentes tenían edades comprendidas entre 15 y 19 años, y el 87.1% (103) convivían con sus parejas, mientras que el 12.1% (87) eran solteras. Asimismo, el 50.8% (63) tenía educación secundaria incompleta, y solo el 1.6% (2) continuaba estudiando, en contraste con el 87.9% (109) que se dedicó a ser amas de casa. En cuanto a los antecedentes obstétricos, el 55.7% (69) de las adolescentes presentaba un periodo intergenésico menor de 24 meses, el 42.7% (53) recibió de 1 a 5 atenciones prenatales, y el 33.9% (42) tenía antecedentes de aborto. Las complicaciones durante el embarazo incluyeron anemia en el 19.4% (24), infecciones del tracto urinario (ITU) en el 12.1% (15), ruptura prematura de membranas en el 5.7% (7) y parto pretérmino en el 4.0% (5). Las complicaciones durante el parto abarcaron desgarro de primer grado en el 24.2% (30), desgarro de segundo grado en el 8.9% (11) y sufrimiento fetal en el 4.0% (5). En el puerperio inmediato, la complicación principal fue la anemia, afectando al 46% (57) de las adolescentes. En conclusión, se observa que el



embarazo recurrente en la adolescencia está asociado con complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio ⁽¹¹⁾.

Reyes C. (Lima-Perú 2017) en su estudio “embarazo recurrente en madres adolescentes instituto nacional materno perinatal 2015” cuyo objetivo fue examinar las características maternas de los embarazos recurrentes en adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015. La investigación se enmarca en un diseño cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población de interés incluyó a las madres adolescentes que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2015 y que contaban con un historial previo de gestación viable. Los resultados del estudio se basaron en una muestra de 113 adolescentes, con una edad promedio de 18.1 años. Se observó que solo el 40.8% había completado la educación secundaria y que el 86.7% convivía con su pareja. Además, el 39.8% había iniciado la actividad sexual antes de los 14 años. En el 95.6% de los casos, el embarazo anterior fue atendido en una institución del Ministerio de Salud, y en el 60%, la adolescente recibió un método anticonceptivo al ser dada de alta. El método más comúnmente elegido fue el hormonal de depósito, con un 34.5%. En un 85.8% de los casos, el embarazo recurrente culminó en un parto vaginal, y la media del periodo entre partos fue de 27.8 meses. La complicación materna más frecuente fue la anemia, que afectó al 62.8%. En conclusión, el estudio señala que el embarazo adolescente recurrente aumenta el riesgo obstétrico, siendo la anemia la complicación materna más común en estos casos. También destaca que más de la mitad de las adolescentes optaron por un método anticonceptivo al ser dadas de alta después de su primer parto ⁽¹²⁾.

Achahui M; Anca E. (Cusco-Perú, 2017), en su estudio intitulado “factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital regional del cusco en el 2017” tiene como objetivo analizar e identificar los factores relacionados con la repetición del embarazo en la población adolescente. El diseño de la investigación es no



experimental, retrospectivo, de corte transversal, correlacional y cuantitativo. La población total constó de 666 gestantes adolescentes, sin importar la forma en que culminó el embarazo. La población de estudio se dividió en dos grupos: 105 madres adolescentes con embarazo recurrente (caso) y 105 con embarazo único (control). Se empleó una ficha de recolección de datos aplicada a las Historias Clínicas. Los resultados revelaron que el 81% de las adolescentes con embarazo recurrente conviven, el 84.8% no tienen ocupación, el 52.4% proviene de áreas rurales, el 61.9% recibe apoyo económico de la pareja, y el 87.6% recibe apoyo económico de la familia. En relación a los factores educativos, el 76.2% tiene educación básica incompleta y el 56.2% abandonó la escuela. En los factores reproductivos, la menarquia se presenta entre los 10-13 años en el 81.9%, el inicio de las relaciones sexuales es entre los 12-14 años en el 68.6%, y el 81.9% no recibió atención prenatal y no utiliza anticonceptivos en el 85.7%. En los factores familiares, la reacción de los padres y la pareja ante el primer embarazo muestra que el 83.8% tuvo una relación deficiente con sus padres y el 69.5% con la pareja. En conclusión, se evidencia que los factores socioeconómicos, educativos, reproductivos y familiares están vinculados con la repetición del embarazo en la adolescencia ⁽¹³⁾.

2.2. Bases teóricas

Embarazo

La gestación o embarazo inicia con la concepción, que es la unión del óvulo y el espermatozoide, y concluye con el parto. Este proceso tiene una duración aproximada de 40 semanas, durante las cuales el cuerpo de la mujer experimenta cambios anatomofisiológicos. Este cambio permite que la madre responda de manera adecuada a las demandas impuestas por el feto. En caso contrario, la falta de compensación de la nueva carga metabólica podría resultar en patologías ⁽¹⁴⁾.



Adolescencia

Según la OMS, define la adolescencia como el periodo de transición entre los 10 y los 19 años. Según la clasificación del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se divide en tres etapas: la adolescencia temprana (10 a 13 años), caracterizada por cambios puberales; la adolescencia media (14 a 16 años), donde los adolescentes buscan construir su identidad e independencia respecto a sus padres, al mismo tiempo que cuestionan normas, volviéndose más propensos a conductas de riesgo. Por último, la adolescencia tardía (17 a 19 años) es un período en el que los jóvenes buscan aceptarse a sí mismos, planificar su futuro y establecer relaciones más íntimas y comprometidas ⁽¹⁵⁾.

Embarazo en la adolescencia

Se caracteriza como aquel que tiene lugar en los dos años siguientes a la menarca, considerada la edad ginecológica de la adolescente, o cuando la joven aún depende de su núcleo familiar de origen. En este contexto, el embarazo adolescente se presenta como un desafío significativo, ya que:

- Impacta la condición educativa de ambas partes involucradas.
- Genera consecuencias negativas más predominantes que positivas en los ámbitos familiar, escolar y social.
- Interrumpe el proyecto de vida planificado por los futuros padres.
- Supone una amenaza tanto física como emocional para la madre.
- En algunos casos, conlleva riesgos para el producto de la gestación a corto, mediano o largo plazo ⁽¹⁶⁾.

Factores asociados al embarazo adolescente

- a) **Factores de riesgo individuales:** Algunos factores destacados incluyen el inicio temprano de las relaciones sexuales, la maduración sexual precoz, el bajo nivel académico, la falta de educación sexual adecuada, la desocupación y la limitada



habilidad para la planificación familiar. La maduración sexual prematura de las adolescentes las impulsa hacia relaciones sexuales tempranas, lo que, desde una perspectiva de salud reproductiva, las expone a problemas derivados de una educación sexual inadecuada.

Adicionalmente, la ocurrencia de embarazos en la adolescencia suele relacionarse con el inicio temprano de la actividad sexual, la falta de uso de métodos anticonceptivos, la carencia de información sexual, las bajas expectativas de vida, sentimientos de soledad, rechazo, baja autoestima y desvalorización femenina. Por último, la ausencia de estudio o empleo en esta etapa aumenta la probabilidad de un embarazo.

- b) **Factores de riesgo familiares:** Investigaciones anteriores señalan que la mayoría de las adolescentes embarazadas conviven únicamente con sus madres, lo que puede resultar en una atención inadecuada a las necesidades del adolescente debido a las responsabilidades laborales, domésticas y económicas que recaen sobre la madre. La falta de una familia funcional durante el desarrollo del adolescente provoca una carencia afectiva que la joven no sabe abordar, llevándola a participar en relaciones sexuales más como un medio para recibir afecto que como un verdadero vínculo amoroso.
- c) **Factores de riesgo sociales:** Factores como el estrés, la delincuencia, el alcoholismo, los mitos y tabúes sobre la sexualidad, así como la idealización romántica de las relaciones sentimentales en los adolescentes, se identifican como riesgos sociales ⁽¹⁷⁾.

Embarazo adolescente reincidente

Se hace referencia a aquellas adolescentes que han experimentado uno o más embarazos, ya sea que hayan culminado en parto o aborto.



Las madres adolescentes enfrentan un riesgo significativamente elevado de experimentar un segundo embarazo en los dos años subsiguientes al primero. Dada la repercusión del embarazo y el parto durante la adolescencia en las tasas de mortalidad materna y los efectos perjudiciales en los resultados de salud neonatal e infantil, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, la posibilidad de embarazos recurrentes conlleva mayores riesgos de partos prematuros, problemas de salud mental y dificultades en el desarrollo de los niños en comparación con el primer embarazo o el embarazo adolescente en general. ⁽¹⁸⁾.

Los nacimientos repetidos en corto plazo, definidos como un nuevo embarazo dentro de los dos años posteriores al embarazo anterior, pueden presentar desafíos adicionales para las madres adolescentes. La tarea de asistir a la escuela y buscar oportunidades laborales se vuelve aún más complicada con más de un embarazo en la adolescencia ⁽⁵⁾. Es fundamental para estas jóvenes madres posponer un segundo embarazo y mantener un adecuado periodo intergenésico, ya que un intervalo corto entre embarazos se identifica como un factor de alto riesgo para los resultados del parto. Se considera que un intervalo de al menos 16 a 24 meses es esencial tanto para restaurar la salud nutricional de la madre como para mitigar el estrés postparto asociado. Se estima que entre el 30% y el 50% de las madres adolescentes que dieron a luz por primera vez antes de los 18 años experimentan un segundo parto en el período de 12 a 24 meses después. ⁽¹⁹⁾.

Características Gineco-obstetrica

Son la fuente principal de información, permitiendo establecer con mayor precisión el riesgo obstétrico.

Menarquia: Es un proceso que típicamente inicia entre los 10 y 15 años, marca la madurez completa del sistema reproductivo, donde todas sus partes funcionan en



conjunto. Este fenómeno es desencadenado por la activación de los ovarios y la liberación de hormonas como el estrógeno y la progesterona. La duración habitual del periodo menstrual varía entre 3 y 7 días, si bien esta cifra puede diferir entre mujeres y ciclos individuales. Asimismo, la cantidad de sangrado también presenta variaciones, generalmente oscilando entre 40 y 80 ml ⁽²⁰⁾.

Inicio de vida sexual: Este aspecto frecuentemente están interconectados; por lo general, a menor edad de inicio de la actividad sexual, se observa un incremento en la cantidad de parejas sexuales. Esto, a su vez, influye en la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, lo que, en muchas instancias, eleva los riesgos de embarazo ectópico, aborto y la transmisión de enfermedades al feto ⁽²¹⁾.

Periodo intergenésico: Se refiere al lapso comprendido entre la fecha del último suceso obstétrico y el comienzo de la última menstruación del subsiguiente embarazo. Dicho suceso obstétrico puede consistir en un aborto o parto, ya sea por vía vaginal o por cesárea. Es crucial resaltar que, tras un parto exitoso, se recomienda esperar al menos 18 meses antes de iniciar el siguiente embarazo para disminuir el riesgo de eventos adversos en la madre, perinato y el neonato ⁽²²⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el intervalo óptimo se sitúa entre 18 y 27 meses, no debiendo exceder los 60 meses. En consecuencia, se define:

- Periodo intergenésico corto (PIC) aquel que es inferior a 18 meses
- Periodo intergenésico largo (PIL) a aquel que iguala o supera los 60 meses ⁽²³⁾.

Control Prenatal: Se define como el conjunto de actividades y procedimientos proporcionados por el equipo de salud a la mujer embarazada. Su objetivo principal es identificar factores de riesgo en la embarazada, así como enfermedades que puedan influir en el desarrollo normal del embarazo y en la salud del recién nacido. El control prenatal



engloba diversos componentes, incluyendo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal. Estos abordan enfoques fundamentales de interculturalidad, género y generación, garantizando una atención integral y adaptada a las necesidades específicas de cada individuo ⁽²⁴⁾.

La atención prenatal implica que las mujeres embarazadas deben recibir un mínimo de 6 atenciones a lo largo del periodo gestacional. Estas evaluaciones, realizadas por especialistas, son esenciales para asegurar un embarazo exento de complicaciones y el nacimiento de un bebé saludable ⁽²⁵⁾.

Edad gestacional: Se define como el intervalo de semanas entre el primer día del último período menstrual normal y la fecha del parto, es más precisamente la diferencia entre 14 días antes de la concepción y el día del nacimiento. Aunque esta medida es un estándar universal para evaluar la maduración fetal, su exactitud puede verse afectada por la irregularidad menstrual. Es importante destacar que la edad gestacional no representa la edad embriológica real del feto. Sobre la base de la edad gestacional, los recién nacidos se clasifican en ⁽²⁶⁾.

- Prematuro: < 34 semanas de edad gestacional
- Pretérmino tardío: 34 a 36 6/7 semanas
- A término temprano: 37 0/7 semanas a 38 6/7 semanas
- A término completo: 39 0/7 semanas a 40 6/7 semanas
- A término tardío: 41 0/7 semanas a 41 6/7 semanas
- Postérmino: \geq 42 0/7 semanas y más allá ⁽²⁶⁾.

Complicaciones Maternos

La relación entre la maternidad en la adolescencia y complicaciones en la salud materna e infantil ha sido objeto de debate, generando controversias sobre la atribución de riesgos



a factores biológicos, estilo de vida o condiciones socioeconómicas. Las mujeres menores de 15 años presentan un mayor riesgo de complicaciones, como eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas, debido a su menor desarrollo físico en comparación con aquellas entre 20 y 24 años. Además, se abordan otras complicaciones, como anemia, desprendimiento de placenta, desproporción cefalopélvica y un inadecuado control prenatal. Es crucial considerar que los embarazos no deseados, combinados con restricciones legales sobre el aborto, pueden impulsar a las adolescentes hacia prácticas inseguras de interrupción del embarazo, aumentando el riesgo de aborto incompleto, infecciones, sangrado, trauma permanente en los órganos reproductivos e incluso la muerte ⁽²⁷⁾.

Complicaciones durante el embarazo

Son situaciones de salud que surgen durante el periodo de gestación, pudiendo influir en la salud tanto de la madre como del bebé, o en ambas. Algunas mujeres experimentan problemas de salud previos al embarazo, lo cual puede ser un factor desencadenante de complicaciones ⁽²⁸⁾.

a) Anemia

La anemia se presenta como un síndrome, tanto agudo como crónico, caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre. Esto se manifiesta a través de una reducción en el recuento total de glóbulos rojos y/o en la concentración de hemoglobina (Hb), en comparación con los valores considerados normales según la edad, raza, género, cambios fisiológicos (como la gestación y el tabaquismo) y condiciones medioambientales (como la altitud). De acuerdo con las normas técnicas peruanas, la anemia durante el embarazo se clasifica según los siguientes valores de hemoglobina y hematocrito ⁽²⁹⁾:



- Anemia Severa (menos de 7,0 g/dL)
- Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL)
- Anemia Leve (10,0 – 10,9 g/dL)
- Sin Anemia ($\geq 11,0$ g/dL)⁽²⁹⁾.

b) Infecciones de tracto urinario

Las infecciones del tracto urinario son más comunes durante el embarazo y el puerperio, destacándose como una de las complicaciones médicas más frecuentes en este período. Esta alta incidencia parece estar relacionada con factores hormonales y mecánicos que incrementan la estasis urinaria. Las infecciones urinarias durante la gestación pueden manifestarse de forma asintomática o sintomática, como en el caso de la cistitis o la pielonefritis. En términos definitorios, la bacteriuria asintomática se caracteriza por la presencia de al menos 100,000 organismos por mililitro en una muestra de orina obtenida de manera limpia en una paciente que no presenta síntomas.⁽³⁰⁾

c) Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos se refieren a alteraciones fisiopatológicas que provocan un aumento en la presión arterial, generando diversas complicaciones tanto para la madre como para el feto. La hipertensión gestacional (HG) se caracteriza por mantener una presión arterial sostenida de $\geq 140/90$ mmHg en al menos dos mediciones, con un intervalo de 4 horas después de las 20 semanas de gestación y retomando los niveles previos al parto. Estos trastornos hipertensivos en el embarazo tienen una relevancia significativa a nivel global, ya que impactan considerablemente en la morbilidad tanto materna como fetal⁽³¹⁾.

d) Desprendimiento prematuro de la placenta

Se define como la separación anticipada de este órgano de la pared uterina antes del inicio del parto, con el riesgo de disminuir el suministro de oxígeno al feto. Los síntomas



incluyen sangrado vaginal, calambres, dolor abdominal y sensibilidad uterina. En casos leves, el reposo durante algunos días suele ser suficiente para detener el sangrado. Si el desprendimiento es moderado, es probable que se recomiende reposo total. Los casos graves, en los que se separa más de la mitad de la placenta, pueden requerir atención médica de urgencia y un parto prematuro ⁽²⁹⁾.

e) Amenaza de parto prematuro

Se refiere el riesgo de que el bebé nazca antes de las 37 semanas de gestación. Los signos de esta amenaza pueden incluir contracciones uterinas regulares, alteraciones en el cuello uterino o la ruptura anticipada de las membranas. Si se identifica tempranamente, se pueden implementar medidas para intentar extender la duración del embarazo y minimizar posibles complicaciones ⁽²⁹⁾.

f) Polihidramnios (PHA)

Se caracteriza por un aumento en la cantidad de líquido amniótico, definido como un volumen superior a los 2,000 ml. Este trastorno se vincula con un mayor riesgo de parto prematuro debido a la sobreextensión uterina. En situaciones de PHA severo, existe aproximadamente un 15% de probabilidad de malformaciones fetales asociadas. Además, la mortalidad fetal en casos de PHA aumenta siete veces en comparación con fetos que no presentan este trastorno ⁽³²⁾.

g) Oligohidramnios

Se caracteriza por una disminución en la cantidad de líquido amniótico. Su frecuencia en embarazos a término oscila entre el 1% y el 6%. El diagnóstico se establece principalmente a través de la sospecha clínica, evidenciada por una altura uterina menor a lo esperado o una palpación más fácil de las partes fetales. La confirmación se obtiene mediante ecografía, que revela un índice de líquido amniótico (ILA) menor a 8 cm o la



ausencia de un bolsillo mayor a 2 cm (también conocido como el criterio de OHA absoluto, siendo el más utilizado) ⁽³²⁾.

Complicaciones durante el parto

Es una situación crítica que requiere una intervención inmediata, ya sea previsible o imprevista. La previsibilidad, en términos generales, implica la capacidad de anticipar y evitar un evento, y la mayoría de las complicaciones durante el parto suelen ser imprevisibles en la población de bajo riesgo ⁽³²⁾.

a) Desgarro perineal

Es una complicación asociada al proceso de parto. Estos desgarros constituyen interrupciones en la continuidad del tejido y pueden incluir desde contusiones menores hasta desgarros musculares y laceraciones más extensas ⁽³³⁾.

- Desgarros de primer grado afectan únicamente la piel
- Desgarro de segundo grado involucran los músculos perineales
- Desgarro tercer grado se subdivide:
 - a) cuando afecta menos del 50% del esfínter anal externo (EAE)
 - b) cuando abarca más del 50% del EAE, sin incluir el esfínter anal interno
 - c) cuando implica la pérdida del esfínter anal interno.
- Desgarro de cuarto grado engloba los niveles anteriores y la mucosa rectal ⁽³³⁾.

b) Distocia del trabajo de parto

Distocias del canal del parto y del objeto de parto. Es importante recordar que rara vez podemos considerar una distocia de manera pura, ya que lo más común es la interrelación de factores etiológicos, dando lugar a distocias mixtas o complejas.



Distocias del canal del parto:

- Del canal óseo del parto
- Del canal blando del parto.

Distocias del objeto del parto; Del feto:

- Por anomalías en el tamaño o en la forma.
- Por alteraciones en el número.
- Por anomalías en la situación o presentación ⁽³⁴⁾.

c) Parto pretérmino

Es aquel que ocurre entre las 22 y 36 semanas y 6 días después de la fecha de la última menstruación. La incidencia de este tipo de parto varía, desde tasas bajas de alrededor del 5% en algunos países europeos hasta tasas más elevadas, llegando al 18% en algunos países africanos. En el INMP, un centro de referencia en patología obstétrica en Perú, la tasa de partos pre términos se ha mantenido entre el 8% y el 10% en los últimos ocho años (2010-2018). Actualmente, se considera el parto pretérmino (PPT) como un síndrome en lugar de una patología específica, lo que sugiere un origen multifactorial. Aún no hay consenso sobre las causas que pueden llevar a un parto pretérmino ⁽²⁴⁾.

Complicaciones durante el Puerperio inmediato

El puerperio es un complejo período del parto, en él pueden presentarse complicaciones graves que incluso pueden llevar a la muerte materna. Las complicaciones más frecuentes son las hemorragias y las infecciones ⁽³²⁾.

a) Endometritis puerperal

Se define como una infección bacteriana en la cavidad uterina, resultante de la invasión ascendente de microorganismos procedentes de la flora vaginal o enteral. Esta infección



compromete principalmente el endometrio, pero en ocasiones puede afectar también al miometrio (endometriometritis) y al parametrio⁽³²⁾. Es la infección puerperal más común, con una incidencia del 1-3% en partos vaginales, del 5-10% en cesáreas electivas y del 15-20% en cesáreas de urgencia. El riesgo en mujeres sometidas a cesárea después de un trabajo de parto prolongado es del 30-35%, cifra que disminuye al 15-20% con la administración de antibióticos profilácticos. El diagnóstico de la endometritis puerperal se establece mediante la presencia de fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$) en dos mediciones separadas por al menos 6 horas, generalmente entre el tercer y quinto día del puerperio, acompañada de signos como sensibilidad uterina y subinvolución uterina (sin retracción)⁽³²⁾.

b) **Hemorragia postparto inmediata**

Se refiere al sangrado excesivo que ocurre en las primeras 24 horas después del parto. Generalmente, se manifiesta de forma inmediata, justo después de la expulsión de la placenta, o dentro de las primeras 6-8 horas. Esta complicación afecta aproximadamente al 4% de los partos vaginales y al 6% de las cesáreas.

La inercia uterina constituye la causa más común de la hemorragia postparto inmediata, siendo responsable del 70-90% de los casos. Este término describe la falta de contracción uterina después del parto, lo que impide la adecuada oclusión de las arterias espirales y provoca un sangrado más abundante en el sitio de inserción placentaria. Cuando se enfrenta a una paciente con hemorragia postparto, es esencial considerar diversas causas potenciales, entre ellas:

- Inercia Uterina
- Lesiones del canal (desgarros en la vagina o el cuello uterino)
- Rotura uterina
- Restos placentarios



- Acretismo placentario
- Trastornos de la coagulación ⁽³²⁾.

c) **Mortalidad Materna**

La pérdida de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio se considera un indicador de fallos en la atención a la salud sexual y reproductiva. La falta de reconocimiento y los elevados índices en muchos países con recursos limitados son un testimonio de la negligencia hacia esta prioridad de salud.

La definición de la Organización Mundial de la Salud sobre la muerte materna (MM) abarca el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o hasta 42 días después del parto. Este deceso puede deberse a cualquier causa, ya sea relacionada o no con el empeoramiento del embarazo, su tratamiento, pero excluyendo causas casuales o secundarias ⁽³⁵⁾.

Complicaciones perinatales

El embarazo adolescente se ha asociado a varios resultados perinatales adversos específicamente:

a) **Bajo peso al nacer**

Se considera bajo peso al nacer a cualquier recién nacido que tenga un peso inferior a 2,500 gramos en el momento de su nacimiento. Aproximadamente, se estima que en el mundo nacen anualmente alrededor de 30 millones de niños con un peso inferior al adecuado para su edad gestacional. El impacto del bajo peso al nacer es significativo en términos de mortalidad neonatal e infantil, especialmente durante el período neonatal, que abarca el primer mes de vida. Sin embargo, las consecuencias negativas asociadas al bajo peso al nacer no se limitan únicamente al periodo perinatal; generalmente, estos niños



enfrentarán diversos problemas a lo largo de la infancia, adolescencia e incluso en la edad adulta, pudiendo también influir en la salud de su descendencia ⁽³⁶⁾.

b) Incremento de riesgo de ingreso a UCIN

Los recién nacidos que necesitan atención intensiva neonatal aún presentan un mayor riesgo de enfrentar problemas de salud y posiblemente fallecer después de ser dados de alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Esto abarca a bebés prematuros, aquellos que requieren asistencia tecnológica, enfrentan complicaciones familiares significativas o tienen una condición irreversible que podría llevar a un desenlace fatal ⁽³⁶⁾.

c) Óbito fetal

Se define como muerte fetal in útero la pérdida del feto durante la gestación a partir de las 22 semanas de edad gestacional o desde que el feto alcanza un peso de 500 gramos hasta el momento del parto. La muerte fetal puede convertirse en un evento recurrente. Históricamente, se creía que la ocurrencia aumentaba el riesgo en embarazos subsiguientes hasta en 10 veces. Sin embargo, estudios han demostrado que el riesgo de recurrencia de muerte fetal en un segundo embarazo (tras haber experimentado esta complicación en un embarazo anterior) aumenta. ⁽³⁷⁾.



2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe complicaciones maternas – perinatales en el embarazo reincidente en las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020 - 2022.

2.3.2. Hipótesis específicas

1. Existe una alta prevalencia de embarazo reincidente en adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020 - 2022.
2. Existe complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio en el embarazo reincidente de las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020 - 2022.
3. Existe complicaciones perinatales en el embarazo reincidente en las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020 - 2022.
4. Existe relación entre las características sociodemográficas y las complicaciones maternas en el embarazo reincidente en las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020 - 2022.
5. Existe relación entre las características sociodemográficas y las complicaciones perinatales en el embarazo reincidente en adolescentes del Hospital Regional del Cusco, 2020 - 2022.



2.4. Variable

2.4.1. Identificación de variable

Variable Dependiente

1. Complicaciones Maternas
 - Durante el embarazo
 - Durante el parto
 - Durante el puerperio inmediato
2. Complicaciones Perinatales

Variable Independiente

- Características sociodemográficas
- Características gineco-obstetricas



2.4.2. Operacionalización de variables

VARIABLE		DEFINICION CONCEPTUAL	NATURAL EZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	DEFINIION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Características Sociodemográficas	Edad	Cantidad de años cumplidos a la fecha del ingreso hospitalario.	Cuantitativa	Indirecto	Años cumplidos	De razón	Historia clínica	10 -19 años	La variable edad se expresara en años; entre 10 a 19 años registrado en la historia clínica en el 2do embarazo
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil, en función de si tiene pareja o no	cualitativo	Indirecto	condición de partida de matrimonio	Nominal	Historia clínica	a. Soltera b. Casada c. Conviviente	La variable estado civil se expresara como soltera, casada, conviviente, según el registro civil registrado en la historia clínica.



	Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados en el pasado o cursando actualmente	cualitativo	Indirecto	Escolaridad	Nominal	Historia clínica	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior Sin estudios	La variable nivel de instrucción se expresara como primaria incompleta y completa secundaria incompleta y completa, superior y sin estudios; registrado en la historia clínica.
	Ocupación	Actividad con fines económicos	cualitativo	Indirecto	Empleo	nominal	Historia clínica	Ama de casa Estudiante Independiente	La variable ocupación se expresara como ama de casa, estudiante, independiete, registrado en la historia clínica.
	Procedencia	Es el origen de donde nace o deriva una persona	cualitativo	Indirecto	No paramétrica	Nominal	Historia clínica	Urbano Rural	La variable paridad se expresara como urbano y rural; registrado en la historia clínica.
Características Gineco - Obstétricas	Inicio de menarquia	momento en el cual una niña experimenta su primera menstruación	cuantitativa	Indirecto	años	Razón	Historia clínica	8 – 19 años	La variable paridad se expresara desde los 8 – 19 años, registrado en la historia clínica



Inicio de relaciones sexuales	la edad en la que una persona tuvo su primera relación sexual consensuada	cuantitativa	Indirecto	años	Razón	Historia clínica	8 – 19 años	La variable paridad se expresara en años, registrado en la historia clínica
Periodo intergenésico	Lapso de tiempo transcurrido entre una gestación y la siguiente	cuantitativa	Indirecto	Meses de intervalo	discreta	Historia clínica	>18 <18	La variable se expresara >0< 18 meses entre el 1er y 2do embarazo registrado en la historia clínica.
Uso de métodos anticonceptivos	medios destinados a prevenir el embarazo durante las relaciones sexuales.	cuantitativa	Indirecto	Semanas de embarazo	Nominal	Historia clínica	Preservativos Método anticonceptivo hormonal oral e inyectable Ninguno	La variable se expresará Preservativo, Método anticonceptivo hormonal oral e inyectable, Ninguno registrado en la historia clínica.
Controles prenatales	Acciones y procedimientos, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que	cuantitativa	Indirecto	Número de asistencias al personal de salud	discreta	Historia clínica	>6citas 1 – 5 citas ninguna	La variable controles prenatales se expresara como mayor 6, entre 1 – 5 citas y ninguna; registrado en la historia clínica por obstetricia.



		pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad.							
Edad gestacional de inicio de control prenatal	Tiempo, en semanas, desde la concepción hasta la fecha en que la mujer embarazada inició su atención	cualitativo	Indirecto	Semanas de embarazo	continua	Historia clínica	I, II, III trimestre y ninguno	La variable EG de inicio de CPN se expresara como I, II, III trimestre y ninguno; registrado en la historia clínica por obstetricia.	
Edad gestacional al término del parto actual	Tiempo, en semanas, que lleva el embarazo hasta el momento del parto.	cualitativo	Indirecto	Semanas de embarazo	continua	Historia clínica	Pretermino <36.6, A termino 37-39.6 y posttermino > 40 sem	La variable edad gestacional se expresará como Pretermino <36.6, A termino 37-39.6 y posttermino > 40 sem registrado en la historia clínica.	



	Tipo de parto actual	Método mediante el cual la mujer dio a luz durante el parto actual.	cualitativo	Indirecto	No paramétrica	Nominal	Historia clínica	Vaginal Cesaría Aborto	La variable tipo de parto actual se expresará como Vaginal, Cesaría y Aborto registrado en la historia clínica.
Complicaciones maternas	Durante el embarazo	Período desde la concepción hasta el momento previo al inicio del trabajo de parto.	cualitativo	Indirecto	No paramétrica	Nominal	Historia clínica	Anemia Amenaza de aborto Preeclampsia Placenta previa Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) Ruptura prematura de membranas (RPM) Infección del tracto urinario (ITU) Oligohidramnios / polihidramnios No presenta complicaciones	La variable complicaciones maternos registrado en la historia clínica.
	Durante el parto	Proceso de dar a luz y los eventos asociados.	cualitativo	Indirecto	No paramétrica	Nominal	Historia clínica	Sufrimiento fetal Parto pretermino Desgarro perineal Distocia de canal de parto	La variable complicaciones maternos registrado en la historia clínica.



								Distocia fetal Cesárea No presenta complicaciones	
	Durante el puerperio	Período que sigue al parto, donde la madre se recupera física y emocionalmente y establece el vínculo con el recién nacido	cualitativo	Indirecto	No paramétrica	Nominal	Historia clínica	Anemia postparto Infección del tracto urinario Hemorragia postparto No presenta complicaciones	La variable complicaciones maternos registrado en la historia clínica.
Complicaciones perinatales		Situaciones que afectan a al recién nacido durante el período que rodea al parto, desde el embarazo hasta las primeras semanas después del nacimiento.	cualitativo	Indirecto	No paramétrica	Nominal	Historia clínica	Prematuridad Bajo peso al nacer Peso elevado (riesgo metabólico) Óbito fetal APGAR < 7 a los 5 minutos Ingreso a UCIN Malformaciones congénitas Muerte neonatal Ninguno	La variable complicaciones maternos registrado en la historia clínica.



2.5. Definición de términos

Adolescencia: Se define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa ⁽²⁶⁾.

Embarazo adolescente: Es definido como aquel embarazo ocurrido desde el inicio de la menarca y/o cuando la adolescente aun depende de su núcleo familiar, y según la OMS en la edad dentro de los 10 a 19 años ⁽²⁷⁾

Embarazo adolescente reincidente: Es aquel embarazo que se presentan luego del primer parto, aborto o cesárea en una paciente de entre 10 y 19 años de edad ⁽⁵⁾.

Edad gestacional: Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas ⁽²⁹⁾.

Periodo intergenésico: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea) ⁽²⁸⁾.

Embarazo de alto riesgo: Un embarazo de alto riesgo es definido como cualquier condición médica u obstétrica inesperada o no anticipada asociada con el embarazo con un peligro real o potencial para la salud o el bienestar de la madre o el feto ⁽¹⁵⁾.



CAPITULO III

METODO

3.1. Alcance del estudio

El presente proyecto de investigación corresponde a un diseño de tipo observacional que evaluó las complicaciones maternas y perinatales en el embarazo reincidente en las adolescentes del Hospital Regional del Cusco, en el periodo de enero a diciembre del 2020 al 2022.

El estudio es no experimental, porque se revisó las historias clínicas, sin manipular ninguna de las variables implicadas.

Es un estudio transversal porque la variable se analizó en un momento determinando y en un lapso de tiempo.

Es retrospectivo porque la información se recolecto de eventos que ya sucedieron y solo recolectara información de historias clínicas.

3.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es un estudio no experimental, donde se recolecto la información a partir de las historias clínicas de los embarazos reincidentes en las adolescentes que presentaron complicaciones maternas y perinatales.

Es de tipo transversal- retrospectivo, porque las variables del estudio solo se mediaron en un determinado lapso de tiempo, y que todos los eventos ya sucedieron; por ende, solo se recolecto la información de historias clínicas⁽³⁰⁾.



3.3. Población

Descripción de la población

La población que se estudiara fueron las adolescentes con embarazo reincidente que acudieron al servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, en el periodo de enero a diciembre del 2020 al 2022.

Población universal

Embarazo reincidente en las adolescentes con complicaciones maternas y perinatales en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2020 - 2022.

Unidad de investigación

Embarazo reincidente en las adolescentes con complicaciones maternas y perinatales en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2020 – 2022.

3.4. Muestra

3.4.1. Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Adolescentes con embarazo reincidente entre 10 a 19 años.
- Historia clínica de la embarazada adolescente completa
- Historia clínica del recién nacido

Criterios de Exclusión

- Usuarias con historia clínica incompleta.
- Historia clínica incompleta del recién nacido.
- Adolescente con diagnóstico de patología previa al embarazo



3.4.2. Muestra y Tamaño de muestra

El muestreo del estudio no probabilístico, por lo cual no requirió del cálculo de tamaño de muestra, puesto que desde un inicio se buscó obtener la información de todas las participantes que cumplan con los criterios de selección, lo que se logró y pudo completarse con el registro de las 166 embarazadas adolescentes reincidentes del servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2020 – 2022

3.4.3. Método de muestreo

El método de muestreo que se utilizará será del tipo NO probabilístico para el cual, se tomará a todas las adolescentes con embarazo reincidente.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el siguiente estudio de investigación, se utilizará la recolección de datos mediante una fuente secundaria, a través de la revisión de historias clínicas y revisión del libro de sala de partos del Hospital Regional del Cusco, dicha revisión se plasmará en una ficha de recolección de datos que recogerá información de la gestante y el recién nacido, como sus aspectos, así como las características maternas, las complicaciones maternas y perinatales. Este instrumento constara de diferentes partes:

La primera parte, encontraremos información sobre la filiación seguida de ello se continuará con 6 preguntas relacionados a las variables intervinientes (edad, estado civil, nivel de instrucción y ocupación).

La segunda parte consta de las los antecedentes y datos obstétricas (inicio de menarquia, inicio de vida sexual, número de controles prenatales, periodo intergenesico y edad gestacional al inicio de control prenatal y al término de la gestación actual y el tipo de parto actual).



La tercera parte consta de las complicaciones o evento adverso materno (muerte materna, preeclampsia / eclampsia, Hemorragia postparto, Trauma obstétrico, Desprendimiento placentario, Anemia, Endometritis, Sepsis materna y Aborto) y perinatal (Parto pre término, Bajo peso al nacer, Óbito fetal, APGAR menor a 7 a los 5 minutos, Ingreso a UCIN, Sepsis neonatal y Malformaciones).

3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos

Se desarrolló dos fichas para la recolección de datos, los cuales fueron completados con la búsqueda de información de las historias clínicas.

Se aplicó el criterio de expertos. Para lo cual se recurrió a 4 expertos a quienes se les proporcionó los objetivos de la investigación, la encuesta y una hoja de preguntas; con su respectiva escala de valoración, para la calificación.

Los resultados de la calificación, se procesaron de acuerdo a la tabla y fórmulas que presentamos a continuación:

TABLA DE PROCESAMIENTO DE CRITERIO DE EXPERTOS

Nº ITEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	4	5	3	4
2	3	3	4	4	3.5
3	5	5	4	4	4.5
4	4	4	3	4	3.75
5	4	3	4	4	3.75
6	4	4	4	4	4
7	4	4	4	4	4
8	4	4	4	4	4
9	4	4	4	4	4



Con los promedios hallados se procedió a determinar la distancia del punto múltiple (Dpp), a través de la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem (4 ó 5 en la presente investigación).

Y = El promedio de cada ítem.

Reemplazando:

$$DPP = \sqrt{(5 - 4)^2 + (5 - 3.5)^2 + (5 - 4.5)^2 + (5 - 3.75)^2 + (5 - 3.75)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4)^2 + (5 - 4)^2}$$

$$Dpp = \sqrt{4.2}$$

$$Dpp = 3,0$$

Si Dpp = 3,1 significa que el instrumento tiene una adecuación total con lo que se pretende medir y por consiguiente puede ser aplicado para obtener la información.

Siendo Dpp = 2 entonces debe de calcularse la distancia máxima.

Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la siguiente ecuación:

$$Dmax = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo cancelado en la escala para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala, para cada ítem (en este caso el valor es = 1).

Reemplazando:



$$D_{\max} = \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

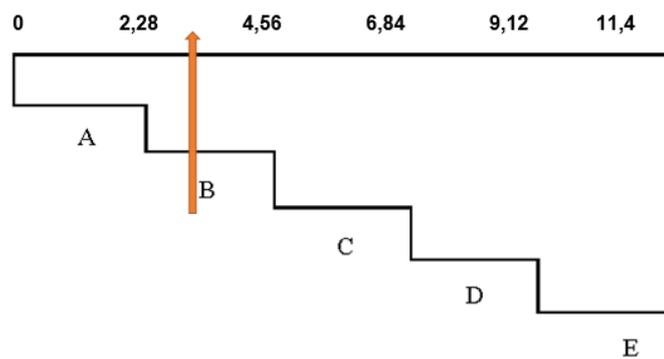
$$D(\max) = 12$$

D (máx.) se dividió entre el valor máximo de la escala:

$$\text{Resultado: } 12 / 5 = \mathbf{2.4}$$

La Dmáx obtenida se divide entre el valor máximo de la escala, siendo: $12 = \mathbf{2.4}$

Con el valor obtenido (2.4), se construyó una nueva escala valorativa a partir de la escala de 0 hasta llegar al valor Dmax (12), y se obtuvo lo siguiente:



Donde:

A= Adecuación total.

B= Adecuación en gran medida. C= Adecuación promedio.

D= Escasa adecuación. E= Inadecuación.

En la escala construida, se ubicó la distancia del punto múltiple obtenida (Dpp), y se emite el juicio de valor. Dónde: $Dpp = 3.0$; que está ubicado en el intervalo A, indicando que el instrumento de investigación tiene “adecuación total” al fenómeno que se desea investigar, y por tanto puede ser utilizada.

Si el valor calculado de Dpp, cayese en las escalas C, D o E; significa que el instrumento, en este caso el cuestionario, requiere de una reestructuración y/o modificación, entonces



después de la reestructuración o modificación, se somete nuevamente al juicio de expertos, con la secuencia metodológica ya conocida, situación que no fue necesaria para este instrumento.

3.7. Plan de análisis de datos

Para realizar el análisis de datos entre la variable dependiente e independiente, se realizará un análisis univariado y bivariado

Primero se llevará a cabo un análisis univariado, donde se utilizará la estadística descriptiva, para describir las características que presenta la población en estudio a través de tablas con medida de frecuencia, utilizando el número absoluto y porcentaje.

Para el análisis bivariado se buscará establecer la significancia estadística de las variables de estudio. Para que los resultados sean estadísticamente significativos se utilizará la significancia estadística la que será evaluada a través de los Intervalos de Confianza al 95%. Los resultados se presentarán a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas multivariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia. Se aplicará la prueba de Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher según corresponda para determinar la relación entre las variables.



CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla N° 1 Prevalencia del embarazo adolescente reincidente

	n
Embarazos reincidentes	166
Embarazos no reincidentes	437
población total	603
Prevalencia	27.49%

Con una población de 603 madres adolescentes en el hospital Regional del Cusco durante el periodo del 2020-2022, la prevalencia de embarazos reincidentes es aproximadamente del 27.49%. Esto indica que alrededor de una cuarta parte (27.49%) de las madres adolescentes en esta población han experimentado más de un embarazo previo durante su adolescencia

Tabla N° 2 Características sociodemográficas

	Media	Rango
Edad	17.88 (± 1.15)	(14-19)
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Procedencia		
Urbano	74	44.58
Rural	92	55.42
Estado civil		
Conviviente	127	76.51
Soltera	28	16.87
Casada	11	6.63
Nivel de instrucción		
Primaria incompleta	4	2.41
Primaria completa	5	3.01
Secundaria incompleta	64	38.55
Secundaria completa	66	39.76
Superior	26	15.66
Sin Estudios	1	0.60
Ocupación		
Estudiante	30	18.07
Ama de casa	126	75.9
Independiente	10	6.02



Del total de la población (166), El rango de edades de las adolescentes embarazadas reincidentes va desde los 14 hasta los 19 años. La media de edad es de 17 (± 1.15) años.

Referente a la procedencia, la distribución es casi equitativa entre las adolescentes embarazadas provenientes de áreas urbanas y rurales presentando un porcentaje de 55.42%, y 44.58% respectivamente.

En cuanto al estado civil, el 76.51% de las embarazadas adolescentes reincidentes en mayor porcentaje son convivientes, seguido con un 16.87% son solteras y el 6.63 % son casadas.

En relación al nivel de instrucción; el 39.76% de las embarazadas adolescentes reincidentes tienen secundaria completa, 38.55% tienen secundaria incompleta, 15.66% tiene superior, 3.01 % tiene primaria completa, 2.41% tiene primaria incompleta y el 1% no tiene estudios.

La ocupación de las embarazadas adolescentes reincidentes, la mayoría pertenecen al grupo de amas de casa con un 75.9%, seguido de estudiantes con un 18.07% y con menor frecuencia son independientes con un 6.02%.



Tabla N° 3 Características obstétricas

	Media	Rango
Edad de inicio de menarquia	12.48 (± 1.28)	(8 -16)
Inicio de relaciones sexuales	15.40 (± 1.24)	(11-18)
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Método de planificación familiar		
Preservativos	12	7.23
MAH Oral	7	4.22
MAH inyectable	19	11.45
Ninguno	128	77.11
Periodo intergenesico		
>o= 18 meses	80	48.19
<18 meses	86	51.81
Número de CPN		
1-5 CPN	115	69.28
>6 CPN	45	27.12
Sin CPN	6	3.60
EG al inicio de control prenatal		
I trimestre	60	36.1
II trimestre	78	47.0
III trimestre	22	13.3
Sin control	6	3.60
Fin de embarazo anterior		
Vaginal	42	25.3
Cesárea	29	17.47
Aborto	95	57.23
EG fin de parto actual		
Pretermino	41	24.7
A termino	124	74.7
Posttermino	1	0.60
Tipo de parto actual		
Vaginal	108	65.06
Cesárea	53	31.93
Aborto	5	3.01

En la Tabla N° 3, Se presentan las características obstétricas, donde la edad de inicio de la menarquia se registra con una media de 12.48 años (± 1.28). Este rango oscila desde los 8 hasta los 16 años. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, la media es de 15.40 años, (± 1.24) y un rango que va desde los 11 hasta los 18 años.

En lo que respecta al uso de métodos de planificación familiar, se destaca que la mayoría, con un 77.11%, no utiliza ningún método anticonceptivo. Entre aquellos que sí optan por



métodos de prevención, el anticonceptivo hormonal inyectable es el más empleado, representando el 11.45% del total. Los demás métodos agruparon porcentajes menores, como se detalla en la tabla N°3.

En relación al periodo intergenésico, se observa que el 48.19% de las participantes tienen un intervalo > 18 meses entre embarazos, mientras que el 51.81% presenta un periodo intergenésico < 18 meses.

En cuanto al número de controles prenatales, se observa que la mayoría de las adolescentes, con un 69.28%, llevaron a cabo entre 1 – 5 revisiones prenatales. En una proporción menor, el 27.11% realizó más de seis controles, mientras que un mínimo porcentaje, el 3.61%, optó por no realizar ningún control prenatal.

La edad gestacional (EG) al inicio del control prenatal muestra que el 47.0% de las participantes comenzaron sus revisiones en el II trimestre, mientras que el 36.10% inició el control prenatal durante el I trimestre. Además, el 13.3% empezó el CPN en el III trimestre. Por otro lado, un pequeño porcentaje, el 3.61%, optó por no realizar ningún control prenatal.

En referencia al término de embarazos anteriores, el 57.23% culminó en aborto. Además, el 25.3% se resolvió de manera vaginal, mientras que un 17.47% concluyó mediante cesárea.

En cuanto a la edad gestacional (EG) al finalizar el parto actual, destaca que el 74.7% de los eventos ocurrieron A término. Por otro lado, el 24.7% se consideró pre-término, mientras que un pequeño porcentaje, el 0.60%, se clasificó como post-término.

En relación al tipo de parto actual, se observa que el 65.06% de los eventos fueron de naturaleza vaginal. En contraste, el 31.93% de los partos se llevaron a cabo mediante cesárea. Además, un 3.01% concluyó en aborto.



Tabla N^o 4 Complicaciones

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Complicaciones en el embarazo		
Sin complicaciones	22	13.25
1 complicación	80	48.19
2 complicaciones	50	30.12
3 a más complicaciones	14	8.43
Complicaciones en el parto		
Sin complicaciones	65	39.16
1 complicación	41	24.70
2 complicaciones	51	30.72
3 a más complicaciones	9	5.42
Complicaciones en el puerperio inmediato		
Sin complicaciones	116	69.88
1 complicación	40	24.10
2 complicaciones	10	6.02
3 a más complicaciones	0	0
Complicaciones perinatales		
Sin complicaciones	121	70.76
1 complicación	18	10.53
2 complicaciones	7	4.09
3 a más complicaciones	25	14.62

Como se observa en la tabla N^o 4 se evidencia que casi la mitad (48.19%) de las adolescentes embarazadas experimentaron al menos una complicación durante su embarazo, De igual forma alrededor del 39% de los partos ocurrieron sin complicaciones aparentes. Sin embargo, casi el 60% de los casos presentaron al menos una complicación durante el parto. La mayoría de las adolescentes no experimentaron complicaciones en el puerperio inmediato (69.88%). y alrededor del 70.76% de los casos no presentaron complicaciones perinatales significativas. Sin embargo, un porcentaje considerable (alrededor del 25%) experimentó al menos una complicación, y un 14.62% presentó tres o más complicaciones.



Tabla N° 5 Complicaciones durante el embarazo

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Anemia		
Sí	108	65.06
No	58	34.94
Infección del tracto urinario		
Sí	64	38.55
No	102	61.45
Ruptura prematura de membrana		
Sí	15	9.04
No	151	90.96
Oligohidramnios		
Sí	10	6.02
No	156	93.98
Amenaza de aborto		
Sí	9	5.42
No	157	94.58
Preeclampsia		
Sí	8	4.82
No	158	95.18
DPP		
Sí	3	1.81
No	163	98.19

En la Tabla N° 5, se detallan las complicaciones maternas durante el embarazo de las adolescentes que participaron en el estudio sobre embarazos reincidentes. De la totalidad de participantes (166), se observa que el 65.06% presentaron anemia, el 38.55% experimentaron infección del tracto urinario, el 9.04% experimentaron ruptura prematura de membranas, el 6.02% presentaron oligohidramnios, el 5.42% experimentaron amenaza de parto pretérmino, el 4.82% desarrollaron preeclampsia, y el 1.81% sufrieron desprendimiento prematuro de placenta.



Tabla N° 6 Complicaciones durante el parto

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cesárea		
Sí	53	31.93
No	113	68.07
Distocia del canal del parto		
Sí	29	17.47
No	137	82.53
Desgarro perineal		
Sí	26	15.66
No	140	84.34
Retención placentaria		
Sí	25	15.06
No	141	84.94
Parto pretérmino		
Sí	23	13.86
No	143	86.14
Distocia fetal		
Sí	12	7.23
No	154	92.77
Prolapso de cordón		
Sí	2	1.20
No	164	98.80
SFA		
Sí	3	1.81
No	163	98.19

En la Tabla N° 6, se detallan las complicaciones maternas durante el parto en adolescentes con embarazo reincidente. Se observa que el 31.93% de las participantes experimentaron cesáreas, el 15.66% presentaron desgarro perineal, y el 13.86% tuvieron parto pretérmino. En relación a las distocias del trabajo de parto, el 17.46% presentaron distocias de canal del parto, mientras que el 7.23% experimentaron distocias fetales. Además, el 15.06% de las adolescentes presentaron retención placentaria, 1.82% experimentaron sufrimiento fetal agudo, y el 1.20% sufrieron prolapso de cordón.



Tabla N° 7 Complicaciones durante el puerperio inmediato

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Anemia		
Sí	32	19.28
No	134	80.72
Infección del tracto urinario		
Sí	18	10.84
No	148	89.16
Hemorragia posparto		
Sí	11	6.62
No	155	96.99
Endometritis		
Sí	1	0.60
No	165	99.40

En la Tabla 7, se detallan las complicaciones maternas experimentadas durante el periodo postparto por adolescentes con embarazo recurrente. Los resultados muestran que el 19.28% de las participantes sufrieron de anemia, el 10.84% enfrentaron infecciones del tracto urinario, el 6.62% experimentaron hemorragia posparto, y un 0.60% desarrollaron endometritis.



Tabla N° 8 Complicaciones perinatales

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Prematuro		
Sí	34	19.88
No	137	80.12
Bajo peso al nacer		
Sí	28	16.37
No	143	83.63
Síndrome de distres respiratorio del RN		
Sí	22	12.87
No	149	87.13
Ingreso a UCIN		
Sí	22	12.87
No	149	87.13
APGAR < 7 a los 5 minutos		
Sí	12	7.02
No	159	92.98
Malformación congénita		
Sí	5	2.92
No	166	97.08
Óbito fetal		
Sí	5	2.92
No	166	97.08
Peso elevado (riesgo metabólico)		
Sí	4	2.34
No	167	97.66
RCIU		
Sí	4	2.34
No	167	97.66
Muerte neonatal		
Sí	4	2.34
No	167	97.66

Las complicaciones perinatales se manifestaron con diversas incidencias, siendo las más frecuentes las siguientes: el 19.88% de los casos presentaron prematuridad, el 16.37% evidenciaron bajo peso al nacer, el 2.34% estuvieron asociados con peso elevado (riesgo metabólico), el 2.34% se relacionaron con el retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU), el 7.02% mostraron un puntaje APGAR < 7 a los 5 minutos, el 12.87% requirieron ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la misma



proporción (12.87%) experimentó el Síndrome de Distrés Respiratorio del Recién Nacido (RN), el 2.92% presentaron malformaciones congénitas, el 2.92% estuvo asociado con óbito, y finalmente, el 2.34% lamentablemente resultó en muerte neonatal

Tabla N° 9 Relación de características sociodemográficas y obstétricas con complicaciones durante el embarazo

Características sociodemográficas	Complicaciones		Valor de P
	SI	NO	
Nivel de instrucción			
Primaria incompleta	3 (75%)	1 (25%)	0.071*
Primaria completa	4 (80%)	1(20%)	
Secundaria incompleta	57 (89.06%)	7 (10.94%)	
Secundaria completa	60 (90.91%)	6 (9.09%)	
Superior	20 (76.92%)	6 (23.08%)	
Sin estudios	0 (0%)	1 (100%)	
Procedencia			
Urbano	62 (83.78%)	12 (16.22%)	0.313*
Rural	82 (89.13%)	10 (10.87%)	
Características obstétricas			
Periodo intergenesico			
>18 meses	69 (86.25%)	11(13.75%)	0.855**
<18 meses	75 (87.21%)	11(12.79%)	
Fin del embarazo anterior			
Vaginal	33(78.57%)	9(21.43%)	0.195**
Cesárea	26(89.47%)	3(10.34%)	
Aborto	85(89.47%)	10(10.53%)	
Numero de CPN			
1-5CPN	104(90.42%)	11(9.57%)	0.041*
>6CPN	36(80.43%)	9(19.57%)	
Sin CPN	4(60%)	2(40%)	
EG al inicio de control prenatal			
I trimestre	52 (86.70%)	8 (13.30%)	0.037**
II trimestre	68 (87.2%)	10 (12.8%)	
III trimestre	21(95.5%)	1 (4.5%)	
Ninguno	3(50%)	3(50%)	
Total	144 (86.75%)	22(13.25%)	

*= prueba exacta de Fisher **=Chi cuadrado

En la tabla N° 9 Se muestra que existe una relación significativa (valor de P = 0.041) entre el número de controles prenatales y las complicaciones durante el embarazo. Las adolescentes que se realizaron entre 1 - 5 controles prenatales tienen una proporción más alta de complicaciones en comparación con aquellas que realizaron más de 6 controles



prenatales. También hay asociaciones significativas entre la edad gestacional al inicio del control prenatal y las complicaciones durante el embarazo (valores de $P = 0.037$). las adolescentes que comenzaron el control prenatal en el I trimestre tienen menos complicaciones en comparación con aquellas que lo iniciaron en etapas posteriores del embarazo.

Tabla N° 10 Relación de características sociodemográficas y obstétricas con complicaciones durante el parto

Características sociodemográficas	Complicaciones		Valor de P
	SI	NO	
Nivel de instrucción			
Primaria incompleta	3 (75%)	1 (25%)	0.299*
Primaria completa	3 (60%)	2(40%)	
Secundaria incompleta	38 (59.38%)	26 (40.62%)	
Secundaria completa	45 (68.18%)	21 (31.82%)	
Superior	12 (46.15%)	14(53.85%)	
Sin estudios	0 (0%)	1 (100%)	
Procedencia			
Urbano	41 (55.41%)	33 (44.59%)	0.198*
Rural	60 (65.22%)	32 (34.78%)	
Características obstétricas			
Periodo intergenesico			
>18 meses	53 (66.25%)	27 (33.75%)	0.169**
<18 meses	48 (55.81%)	38 (44.19%)	
Fin del embarazo anterior			
Vaginal	26 (61.90%)	16 (38.10%)	0.319**
Cesárea	21 (72.41%)	8 (27.59%)	
Aborto	54 (56.84%)	41 (43.16%)	
Numero de CPN			
1-5CPN	68 (59.13%)	47 (40.87%)	0.392*
>6CPN	30 (67.39%)	15 (32.61%)	
Sin CPN	2 (40%)	4 (60%)	
EG al inicio de control prenatal			
I trimestre	40 (66.7%)	20 (33.3%)	0.523**
II trimestre	47 (60.3%)	31 (39.7%)	
III trimestre	11 (50%)	11 (50%)	
Ninguno	3(50%)	3(50%)	
Total	101 (60.84%)	65 (39.16%)	

*= prueba exacta de Fisher

**=Chi cuadrado



En la tabla N° 10 Se evidencia que las características sociodemográficas y obstétricas no muestran asociación estadísticamente significativa con las complicaciones durante el puerperio inmediato.

Tabla N° 11 Relación de características sociodemográficas y obstétricas con complicaciones durante el puerperio inmediato

Características sociodemográficas	Complicaciones		Valor de P
	SI	NO	
Nivel de instrucción			
Primaria incompleta	1 (25%)	3 (75%)	0.771*
Primaria completa	1 (25%)	4 (80%)	
Secundaria incompleta	19 (26.69%)	45 (70.31%)	
Secundaria completa	18 (27.27%)	48 (72.73%)	
Superior	11 (42.31%)	15 (57.69%)	
Sin estudios	0 (0%)	1 (100%)	
Procedencia			
Urbano	23 (31.08%)	51 (68.92%)	0.809*
Rural	27 (29.35%)	65 (70.65%)	
Características obstétricas			
Periodo intergenesico			
>18 meses	28 (35.0%)	52 (65.0%)	0.186**
<18 meses	22 (25.58%)	64 (74.42%)	
Fin del embarazo anterior			
Vaginal	13 (30.95%)	29 (69.05%)	0.947*
Cesárea	8 (27.59%)	21 (72.41%)	
Aborto	29 (30.53%)	66 (69.47%)	
Numero de CPN			
1-5CPN	38 (33.04%)	77(66.96%)	0.320*
>6CPN	10 (21.74%)	35 (78.26%)	
Sin CPN	2 (40%)	4 (60%)	
EG al inicio de control prenatal			
I trimestre	14 (23.3%)	46 (76.7%)	0.446**
II trimestre	28 (35.9%)	50 (64.1%)	
III trimestre	6 (27.3%)	16 (72.7%)	
Ninguno	2 (33.3%)	4 (66.7%)	
Total	50 (30.12%)	116 (69.88%)	

*= prueba exacta de Fisher **=Chi cuadrado

En la Tabla N° 11, Se evidencia que las características sociodemográficas y obstétricas no muestran asociación estadísticamente significativa con las complicaciones durante el puerperio inmediato.



Tabla N° 12 Relación de características sociodemográficas y obstétricas con complicaciones perinatales

Características sociodemográficas	Complicaciones		Valor de P
	SI	NO	
Nivel de instrucción			
Primaria incompleta	0 (0%)	4 (100%)	0.426*
Primaria completa	2 (40%)	3 (60%)	
Secundaria incompleta	22 (33.33%)	44 (66.67%)	
Secundaria completa	18 (26.09%)	51 (73.91%)	
Superior	7 (26.92%)	19 (73.08%)	
Sin estudios	1 (100%)	0 (0%)	
Procedencia			
Urbano	17 (22.67%)	58 (77.33%)	0.095*
Rural	33 (34.38%)	63 (65.63%)	
Características obstétricas			
Periodo intergenesico			
>18 meses	30 (35.29%)	55 (64.71%)	0.186**
<18 meses	20 (23.26%)	66 (76.74%)	
Fin del embarazo anterior			
Vaginal	11 (26.19%)	31 (73.81%)	0.192*
Cesárea	5 (17.24%)	24 (82.76%)	
Aborto	34 (34%)	66 (66%)	
Numero de CPN			
1-5CPN	22 (46.81%)	93 (53.19%)	0.005*
>6CPN	26 (21.85%)	19 (78.15%)	
Sin CPN	2 (40%)	4 (60%)	
EG al inicio de control prenatal			
I trimestre	14 (23.0%)	47 (77.0%)	0.157**
II trimestre	29 (35.4%)	53 (64.6%)	
III trimestre	4 (18.2%)	18 (81.8%)	
Ninguno	3 (50%)	3 (50%)	
Total	50 (30.12%)	116 (69.88%)	

*= prueba exacta de Fisher

**=Chi cuadrado

En la tabla N° 12, Se muestra que existe una relación significativa (valor de P = 0.005) entre el número de controles prenatales y las complicaciones perinatales. Las adolescentes que se realizaron entre 1 - 5 controles prenatales tienen una proporción más alta de complicaciones perinatales en comparación con aquellas que realizaron más de 6 controles prenatales.



CAPITULO V

DISCUSION

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

En relación a la prevalencia del embarazo reincidente en adolescentes del hospital Regional durante el periodo 2020-2022 es del 27.29%. Esto indica que más de una cuarta parte del total de adolescentes embarazadas en el estudio (603 adolescentes embarazadas) experimentaron un segundo embarazo durante su adolescencia.

En cuanto a las complicaciones durante el embarazo; se muestra que la anemia afecta al 65.06% de las embarazadas en el estudio, destacando la necesidad de intervenciones específicas para abordar este problema de salud pública. Seguido de infección del tracto urinario, afectando al 38.55%, lo que resalta la importancia de la vigilancia y el tratamiento temprano de estas infecciones durante el embarazo. Otras complicaciones menos frecuentes, así como ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, preeclampsia y desprendimiento prematuro de membrana.

En relación a las complicaciones durante el parto; el 30.12% presentaron cesáreas, debido a la necesidad de intervenciones quirúrgicas ya sea por condiciones o complicaciones durante el parto. Seguido de distocias del canal del parto que afecto al 17.46%, lo que puede representar riesgos importantes para la madre y el feto. Así como desgarro perineal, aunque menos común (15.66%), también es relevante debido a sus posibles repercusiones a largo plazo para la madre. Y otra menos prevalente como retención placentaria y el parto pretérmino también fueron preocupantes, ya que pueden llevar a complicaciones adicionales y riesgos para la salud del recién nacido.

Las complicaciones durante el puerperio inmediato, la mayor prevalencia fue anemia postparto que afectó al 19.28%, generando preocupaciones sobre la atención posparto, el cual podría generar consecuencias a largo plazo para la madre y recién nacido. Seguido



de las infecciones del tracto urinario que representaron un 10.84%, y hemorragia postparto con un 6.62%. esto evidencia la necesidad de mejorar la atención posparto y las medidas preventivas para abordar las complicaciones evitables como la anemia, las infecciones y la hemorragia postparto. Para identificar y tratar estas complicaciones de manera oportuna.

Las complicaciones perinatales, como la prematuridad afecta al 19.88% seguido de bajo peso al nacer en un 16.37%, con posibles complicaciones como problemas respiratorios, infecciones y dificultades en el desarrollo. Y con menor prevalencia el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y el Síndrome de Distrés Respiratorio del Recién Nacido (RN) afectaron al 12.87%, resaltando la importancia del monitoreo cuidadoso y mejorar las intervenciones para reducir estas incidencias. Aunque menos frecuentes, la malformación congénita, el óbito fetal y la muerte neonatal son eventos extremadamente dolorosos y traumáticos para las familias, enfatizando la necesidad de un mayor enfoque en la atención perinatal.

Se encontró una asociación significativa entre características obstétricas y complicaciones durante el embarazo y perinatal. Las variables obstétricas como el número de controles prenatales y la edad gestacional al inicio del control prenatal mostraron relaciones estadísticamente significativas con las complicaciones. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas con características sociodemográficas en relación con las complicaciones durante el parto y puerperio. Estos hallazgos sugieren que un control prenatal adecuado y una edad gestacional tardía de control pueden influir en la aparición de complicaciones durante el embarazo y perinatal.



5.2. Limitaciones del estudio

- ✓ Demora en los trámites administrativos en el Hospital del Cusco, para otorgar el permiso del estudio.
- ✓ Dificultad al acceso a los sistemas de información en el Hospital del Cusco.
- ✓ Historias clínicas incompletas.

5.3. Comparación crítica con lo literatura existente

La prevalencia del embarazo reincidente en adolescentes fue del 27.49%, un aumento considerable en comparación con los estudios previos de Iza M. en 2020 (21.4%) y Bruno B. en 2021 (20.47%). Este incremento en la recurrencia de embarazos en adolescentes sugiere la necesidad de prestar una atención especial a las posibles complicaciones maternas y perinatales, ya que las mujeres jóvenes que experimentan embarazos múltiples pueden enfrentar mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto.

Las edades de las embarazadas adolescentes reincidentes oscilan entre los 14 y 19 años, con una media de 17.88 años (± 1.15). Iza M. en 2020, encontró que el rango de edades varió de 12 a 19 años y la media fue de 17.59 años, por otro lado, Fustamante C. en 2018, describió un rango de edad de 15 a 19 años. Esto sugiere una consistencia en los resultados en cuanto a la edad de las adolescentes reincidentes en embarazos, reflejando similitudes con investigaciones previas.

La procedencia, se observó que un 55.42% proviene de área rural, mientras que el 44.58% tiene origen en áreas rurales. Iza M. en 2020, con un 81.3% de zona urbana. Estas diferencias sugieren que la ubicación geográfica puede desempeñar un papel significativo en la incidencia de complicaciones maternas y perinatales.



En lo que respecta al estado civil, en nuestro estudio el 76.51% son convivientes. Fustamante C. en 2018 y Poma V. en 2018, fueron similares, siendo el 87.1% y 81.5% respectivamente. Esto según Iza M. es un factor de riesgo. para la aparición de embarazos reincidentes.

En cuanto al nivel de instrucción muestra que el 39.76% tienen secundaria completa; de manera similar, Reyes C. en 2017, menciona que en su estudio el 40.8% tienen estudios secundarios.

En relación a la ocupación en nuestro estudio revela que el 75.9% son amas de casa. Fustamante C. en 2018, menciona el 87.9% son amas de casa. Esto sugiere que muchas adolescentes embarazadas que se convierten en madres abandonan sus estudios para asumir responsabilidades domésticas.

En cuanto a las características obstétricas, se observa que la edad de inicio de la menarquia varía entre 8 y 16 años, con una media de 12.48 años (± 1.28), siendo una media igual a la encontrada por Reyes C. en 2017 (12.4 años). Asimismo, la edad de inicio de relaciones sexuales abarca un rango de 11 a 18 años, presentando una media de 15.40 años (± 1.24). Iza M. en 2020, refiere que la edad de inicio de la vida sexual osciló entre 12 y 19 años con una media de 15.6 años. Como se observa, diversos estudios refuerzan la idea de que muchas adolescentes comienzan su actividad sexual a una edad donde su cuerpo no está listo para un embarazo por lo que es necesario reforzar las estrategias de prevención en adolescentes.

Con respecto al empleo de métodos de planificación familiar, se observa que el 77.11% no utilizó métodos anticonceptivos. Iza M. en 2020, un 86.97% no utilizó ningún método anticonceptivo. Y Bruno B. en 2021, refiere que el 37.21% no utiliza ningún método anticonceptivo; esto indica la persistencia en la falta de uso de métodos anticonceptivos



entre las adolescentes, lo que resalta la necesidad de intervenciones más efectivas en educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos para la población adolescente.

En cuanto al periodo intergenésico, se destaca que el 51.81% es inferior a 18 meses. Bruno B. en 2021, refiere un 55.8% presento un periodo intergenésico menor a 24 meses. Se evidencia que los embarazos consecutivos se han dado en un periodo corto. Esto sugiere la necesidad de prevención del embarazo repetido en adolescentes y la concientización del espaciamiento adecuado entre los embarazos para garantizar la salud materna y neonatal.

En relación a los controles prenatales, se evidenció que un 69.28% de las participantes presentó entre 1 – 5 controles, y que un 47% inició su control a partir del II trimestre. Iza M. en 2020, menciona 6 controles, y el inicio del control a las semanas 4 y 39, con una media de 16.78 semanas. Esto sugiere un nivel aceptable de adherencia a los controles prenatales, aunque con un inicio relativamente tardío en el embarazo.

En cuanto a la edad gestacional se encontró que un 74.7% fueron a término; mientras que el tipo de término del embarazo, fue parto vaginal con un 65.06%. Iza M. en 2020, menciona un 60.9% de adolescentes con parto vaginal, por otro lado, Fustamante C. en 2018, refiere que la edad gestacional de las pacientes fluctuó entre 37 y 41 semanas, y el 86.3% tubo parto vaginal. Esto indica una tendencia positiva hacia el parto vaginal y la finalización del embarazo a término, lo que podría tener implicaciones positivas para la salud materna y neonatal.

Con respecto a las complicaciones durante el embarazo, se identificaron varias complicaciones, siendo la más prevalente la anemia con un 65.06%, seguida de la infección del tracto urinario con un 38.55%. También se observaron complicaciones menos frecuentes



como la ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia y desprendimiento prematuro de placenta. Fustamante C. en 2018 encontró una prevalencia del 19.4% de anemia, seguida con un 12.1% de infección del tracto urinario., Rojas G. en 2019 reportó una prevalencia del 40.2% de anemia, seguido de infección del tracto urinario y ruptura prematura de membranas.

Sobre las complicaciones durante el parto, la de mayor prevalencia fue la cesárea (31.93%), seguida de distocia del canal del parto (17.46%), desgarro perineal (15.66%), y en menor proporción retención placentaria, parto pretérmino, distocia fetal, sufrimiento fetal agudo y prolapso de cordón. Rojas G. en 2019 reportó en su estudio un 26.5% de desgarro perineal, seguido con un 6.8% de parto pretérmino y distocias del trabajo de parto. Fustamante C. en 2018 reportó un 24.2% de desgarro perineal, seguido por sufrimiento fetal en un 4%. Dichos resultados son similares a los del presente estudio, lo cual refuerza la importancia de un monitoreo cuidadoso y una atención especializada durante el parto para manejar estas complicaciones de manera efectiva y mejorar los resultados obstétricos.

En las complicaciones durante el puerperio la mayor prevalencia fue de la anemia postparto (19.28%), seguido de infecciones del tracto urinario postparto (10.84%), hemorragia posparto y endometritis. Rojas G. en 2019 menciona en su estudio un 47% para anemia posparto seguido de infección de tracto urinario e hipotonía uterina como complicaciones comunes. Por otro lado, Fustamante C. en 2018 reportó como complicación más prevalente a la anemia en un 46%, e Iza M. en 2020 a la hemorragia posparto con un 31.71%.

Respecto a las complicaciones perinatales, se muestra mayor prevalencia en un 19.88% prematuridad, seguido con un 16.37% bajo peso al nacer, y puntaje de APGAR < 7 a los 5 minutos, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), el Síndrome



de Distrés Respiratorio del Recién Nacido (RN), malformaciones congénitas, óbito fetal, y muerte neonatal. Iza M. en 2020 en su estudio reportó 46,05% Bajo peso al nacer seguido de RN pretérmino y prematuridad en el 23,6%. Estos resultados demuestran, la necesidad de enfoques de atención prenatal y perinatal adaptados a las necesidades específicas de estas mujeres.

5.4. Implicancias del estudio

El presente estudio brinda información sobre las complicaciones materno-perinatales en embarazadas reincidentes adolescentes atendidas en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo 2020-2022. Estos hallazgos no solo aportan conocimiento significativo sobre las complicaciones en cuestión, sino que también tienen consecuencias directas en la prevención y mejora de la salud materno-perinatal.

Al identificar las variables clave asociadas con complicaciones, tales como el número de controles prenatales, la edad gestacional al inicio del control prenatal y el tipo de parto, se podrá proporcionar una guía práctica para el desarrollo de intervenciones específicas dirigidas a reducir la incidencia de complicaciones.



CONCLUSIONES

1. Se determinó la prevalencia de embarazos reincidentes en adolescentes en el Hospital Regional del Cusco. De un total de 166 adolescentes embarazadas que fueron clasificadas como reincidentes, este grupo representó el 27.29% del conjunto de adolescentes gestantes evaluadas en el estudio.
2. De complicaciones maternas durante el periodo 2020-2022, se observaron complicaciones en embarazos reincidentes de adolescentes, así como anemia (65.06%), infección del tracto urinario (38.55%), cesárea 31.93 %, distocias del canal del parto (17.46%), desgarro perineal (15.66%), retención placentaria (15.06%), anemia postparto (19.28%), e infecciones del tracto urinario postparto.
3. Referente a las complicaciones perinatales se evidencio prematuridad (19.88%), bajo peso al nacer (16.37%), ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) (12.87%), Síndrome de Distrés Respiratorio del Recién Nacido (RN) (12.87%), y muerte neonatal (2.34%).
4. Se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables como el número de consultas prenatales ($p=0.041$) y la edad gestacional al inicio del control prenatal ($p=0.037$) con las complicaciones durante el embarazo en embarazadas reincidentes de adolescentes.
5. Se evidenció relación significativa entre el número de controles prenatales y las complicaciones perinatales ($p=0.005$).



RECOMENDACIONES

- ✓ AL Hospital Regional del Cusco, implementar una sala diferenciada para la atención de embarazos en adolescentes, con el fin de disminuir los embarazos reincidentes y las complicaciones materno – perinatales.
- ✓ A los establecimientos de salud, implementar programas de detección sistemática de anemia durante el embarazo adolescente en todas las instituciones de atención médica, además educar a las adolescentes embarazadas, así como a las familias y cuidadores, sobre la importancia de una nutrición adecuada para prevenir la anemia.
- ✓ Al ministerio de salud, se recomienda mejorar el acceso de las adolescentes a servicios de salud reproductiva, incluyendo atención prenatal de calidad, servicios de planificación familiar y asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva con el fin de reducir las complicaciones materno – perinatales en embarazos reincidentes de adolescentes, en especial las más prevalentes como anemia, cesáreas, prematuridad y bajo peso al nacer del neonato.
- ✓ A las Universidades, se recomienda continuar investigando sobre este tema para ampliar la comprensión de los factores que contribuyen a los embarazos reincidentes en adolescentes y las estrategias más efectivas para prevenir y abordar estas situaciones.



BIBLIOGRAFIA

1. Organización mundial de salud (OMS). Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. [citado 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
2. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. Actualizado mayo de 2023 [Internet]. [citado 14 de abril de 2024]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/doc.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2022 [citado 14 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
4. Bruno WB, Motta MC, Aranda EFM. Embarazos reincidentes de adolescentes atendidas en el hospital distrital de Presidente Franco. Ginecol Obstet Rev Of Fed Paraguay Ginecol Obstet. 31 de mayo de 2023;12-8. Disponible en: <https://revistafpgo.org/index.php/rvfpgo/article/view/9/10>
5. Ramage K, Tough S, Scott C, McLaughlin AM, Metcalfe A. Trends in Adolescent Rapid Repeat Pregnancy in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2021 May;43(5):589-595. doi: 10.1016/j.jogc.2020.09.024. Epub 2020 Nov 5. Disponible en: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(20\)30872-0/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(20)30872-0/abstract)
6. Iza Rea M. Embarazo recurrente en mujeres adolescentes y su asociación con resultados adversos maternos y perinatales, en usuarias que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Sur desde junio de 2016 hasta junio de 2019 [Tesis de especialidad en Internet]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020. [citado el 30



- de octubre del 2022]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b8f88ad8-c9c7-4498-8565-7e89fa3cbdcc/content>
7. Amongin D, Nakimuli A, Hanson C, Nakafeero M, Kaharuza F, Atuyambe L, Benova L. Time trends in and factors associated with repeat adolescent birth in Uganda: Analysis of six demographic and health surveys. PLoS One. 2020 Apr 14;15(4):e0231557. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156070/>
 8. Maravilla J, Betts K, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. abril de 2019;145(1):54-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30706467/>
 9. Rojas G. Complicaciones maternas en adolescentes con embarazo recurrente atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales de Collique durante el período 2018. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5534/rojas_mj.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 10. Poma García VG. Reincidencia del embarazo adolescente como factor de riesgo de morbilidad materna en el Hospital Rezola de Cañete, 2016. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2018 [citado 3 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3238>
 11. Fustamante Colunche C. Complicaciones obstétricas en adolescentes con embarazo recurrente en el hospital de San Juan de Lurigancho, 2017. 2018 [citado 3 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/3042>



12. Reyes Kishimoto CM. Embarazo reincidente en madres adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal 2015. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2017 [citado 3 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5407>
13. Achahui Huaman ME, Anca Cereceda EM. Factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional del Cusco en el 2017. Univ Andina Cusco [Internet]. 26 de octubre de 2017 [citado 3 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/1203>
14. Información sobre el embarazo | NICHD Español [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
15. ¿Qué es la adolescencia? | UNICEF [Internet]. [citado 9 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
16. Colegio de bachilleres del estado de veracruz.pdf [Internet]. [citado 18 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.cobaev.edu.mx/Dies1/archivos/CuadernilloEmbarazoAdolescente.pdf>
17. Favier T, Samón L, Ruiz J, et al. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Revista de Información Científica, Guantánamo, Cuba. 2018;97(1):205-214. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinformic/ric-2018/ric181w.pdf>
18. Ginecología Infanto Juvenil. Un abordaje interdisciplinario. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil - 2015 [Internet]. [citado 18 de septiembre de 2021]. Dis-



- ponible en: <http://www.alogiaonline.org/index.php/publicaciones/bibliografia-sugerida/30-ginecologia-infanto-juvenil-un-abordaje-interdisciplinario-sociedad-argentina-de-ginecologia-infanto-juvenil-2015>
19. Gonzales F, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 Oct [citado 2021 Oct 26]: 65(4):489-502. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400013&lng=es.
20. La menarquia, primera regla. Consejos. Clínica Universidad de Navarra [WWW Document], n.d.. <https://www.cun.es>. URL <https://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/primera-menstruacion> (accessed 3.10.24).
21. Balandra Ortiz JI. Obstetricia y ginecología. 7 ed. Mexico: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla; 2017
22. Influencia del periodo intergenésico largo en el riesgo de preeclampsia | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, 2022. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/273/314>
23. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13–15 June 2005 [WWW Document], n.d. URL <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-07.1>
24. GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf, n.d. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>



25. Embarazadas deben recibir como mínimo 6 atenciones durante la gestación [WWW Document], n.d. URL <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31002-embarazadas-deben-recibir-como-minimo-6-atenciones-durante-la-gestacion>
26. Edad gestacional - Pediatría [WWW Document], n.d. . Man. MSD Versión Para Prof. URL <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>
27. INHRR. Infecciones de transmisión sexual (ITS). 2012 Jun [citado 2021 Oct 26]; 43(1): 006-006. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772012000100001&lng=es.
28. Complicaciones durante el embarazo | Oficina para la Salud de la Mujer [WWW Document], n.d. URL <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/pregnancy-complications>
29. Salas B, Montero F, Alfaro G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 26 de octubre de 2021];5(7): e532. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/532>
30. Constantén B. et al. Calidad de las estadísticas de mortalidad materna en Cuba, 2013. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2018, v. 42 [Accedido 26 octubre 2021], e47. Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.47>>. Epub 03 mayo 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.47>



31. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [citado 2021 Oct 26]; 64(3): 399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es.
32. Cabrera, J.C., n.d. Manual Obstetricia y Ginecología. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2024/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2024_compressed.pdf
33. Woog Castañón, A., Arvizu Armenta, J.A., González Aldeco, P.M., Rodríguez Ayala, C., 2021. Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo. Acta Médica Grupo Ángeles 19, 204–207. <https://doi.org/10.35366/100443>
34. Gómez G, Ruiz P, Garrido I, Rodríguez Calvo María Dolores. Bajo peso al nacer, una problemática actual. AMC [Internet]. 2018 Ago [citado 2021 Oct 26] ; 22(4): 408-416. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400408&lng=es.
35. Ramírez, J.V., n.d. distocias mecánicas. [https://www.uv.es/jvramire/apuntes/pas-sats/obstetricia/TEMA%20O-31%20\(2008\).pdf](https://www.uv.es/jvramire/apuntes/pas-sats/obstetricia/TEMA%20O-31%20(2008).pdf)
36. Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF, Allen L, Millar D, et al. Adolescent Pregnancy Guidelines. J Obstet Gynaecol Can. 1 de agosto de 2015;37(8):740-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474231/>
37. Unicef. Uruguay [Internet]. [citado 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
38. MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>



ANEXOS



TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Complicaciones maternas – perinatales en el embarazo reincidente en adolescentes en el Hospital Regional del Cusco, 2020-2022.”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones maternas - perinatales en el embarazo reincidente en adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>-¿Cuál es la prevalencia del embarazo reincidente en adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022?</p> <p>-¿Cuáles son las complicaciones maternas en el embarazo reincidente de las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022?</p> <p>-¿Cuáles son las complicaciones perinatales en el embarazo reincidente de las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022?</p> <p>-¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas y las características sociodemográficas y obstétricas en el embarazo reincidente de las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022?</p> <p>-¿Cómo se relacionan las complicaciones perinatales con las características sociodemográficas y obstétricas en el embarazo reincidente de las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Demostrar las complicaciones maternas y perinatales en el embarazo reincidente de las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>-Determinar la prevalencia de embarazo reincidente en adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022.</p> <p>-Precisar las complicaciones maternas en el embarazo reincidente en adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022.</p> <p>-Describir las complicaciones perinatales en el embarazo reincidente en las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022.</p> <p>-Relacionar la frecuencia de las complicaciones maternas y las características sociodemográficas y obstétricas en el embarazo reincidente de las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022.</p> <p>-Relacionar las complicaciones perinatales con las características sociodemográficas y obstétricas en el embarazo reincidente de las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020-2022.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe complicaciones maternas – perinatales en el embarazo reincidente en las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020 - 2022.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>-Existe una alta prevalencia de embarazo reincidente en adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020 - 2022.</p> <p>-Existe complicaciones maternas (Preeclampsia – eclampsia, hemorragia postparto, trauma obstétrico, anemia, endometritis, sepsis materna, desprendimiento de placenta normoinsera, aborto) en el embarazo reincidente de las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020 - 2022.</p> <p>-Existe complicaciones perinatales (bajo peso al nacer, parto pretérmino, óbito fetal, APGAR menor a 7 a los 5 minutos, ingreso a UCIN, sepsis neonata, Malformaciones) en el embarazo reincidente en las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020 - 2022.</p> <p>-Existe relación entre las características sociodemográficas y las complicaciones maternas en el embarazo reincidente en las adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020 - 2022.</p> <p>-Existe relación entre las características sociodemográficas y las complicaciones perinatales en el embarazo reincidente en adolescentes en un Hospital del Cusco, 2020 - 2022.</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Complicaciones maternas Complicaciones perinatales</p> <p>Variables Independientes</p> <p>-Edad -Estado civil -Nivel de Instrucción -Ocupación -Embarazo en la adolescencia</p> <p>HERRAMIENTAS DE RECOLECCION DE DATOS</p> <p>Historias clínicas</p>



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES EN EL EMBARAZO

REINCIDENTE EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, 2020-
2022.”

HCL: _____ fecha: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS		
1	Edad	_____
2	Estado Civil:	a. () Soltera b. () Conviviente c. () Casada
3	Nivel de Instrucción	a. () Primaria incompleta b. () Primaria completa c. () Secundaria incompleta d. () Secundaria completa e. () Superior f. () Analfabeta
4	Ocupación	a. () Estudiante b. () Ama de casa c. () Independiente
5	Procedencia	a. () Urbano b. () Rural
DATOS OBSTETRICOS		
6	Edad en que inicio Menarquia.	_____
7	Inicio de relaciones sexuales	_____
8	Periodo Intergenesico	a.() < 18 meses b. () >18 meses
9	Uso métodos anticonceptivos	a. () Preservativos b. () Método anticonceptivo hormonal oral c. () Método anticonceptivo hormonal inyectable d. () Ninguno
10	Nº de controles prenatales	a. () >6citas b. () 1 - 5citas c. () Sin CPN
11	EG al inicio de control prenatal.	a. () I Trimestre b. () II Trimestre c. () III Trimestre d. () Ninguno
12	Tipo de parto	a. () Vaginal b. () Cesárea c. () Aborto
13	EG en el parto	a. () Pretermino <36.6 sem b.() A termino 37 - 41.6sem



		c. ()Pos termino > 42 sem
14. Complicaciones Maternas		
	Durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none">➤ Anemia: SI/NO➤ Amenaza de aborto: SI/NO➤ Preeclampsia: SI/NO➤ Placenta previa: SI/NO➤ Desprendimiento prematuro de placenta (DPP): SI/NO➤ Ruptura prematura de membranas (RPM): SI/NO➤ Infección del tracto urinario (ITU): SI/NO➤ Oligohidramnios / polihidramnios: SI/NO➤ No presenta complicaciones: SI/NO
	Durante el parto	<ul style="list-style-type: none">➤ Sufrimiento fetal: SI/NO➤ Parto pretermino: SI/NO➤ Desgarro perineal: SI/NO➤ Distocia de canal de parto: SI/NO➤ Distocia fetal: SI/NO➤ Cesárea: SI/NO➤ No presenta complicaciones: SI/NO
	Durante el puerperio inmediato	<ul style="list-style-type: none">➤ Anemia postparto: SI/NO➤ Infección del tracto urinario: SI/NO➤ Hemorragia postparto: SI/NO➤ No presenta complicaciones: SI/NO
15	Complicaciones perinatal	<ul style="list-style-type: none">➤ Prematuridad: SI/NO➤ Bajo peso al nacer: SI/NO➤ Peso elevado (riesgo metabólico) : SI/NO➤ Óbito fetal: SI/NO➤ APGAR < 7 a los 5 minutos: SI/NO➤ Ingreso a UCIN: SI/NO➤ Malformaciones congénitas: SI/NO➤ Muerte neonatal: SI/NO➤ Ninguno: SI/NO