

“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**MORBILIDAD Y CARACTERISTICAS DE LAS
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD, HUANCAYO 2018**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL

PRESENTADO POR:
MARCELO ZEVALLOS, KERLY ASTRID

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

HUANCAVELICA – PERÚ
2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 10 días del mes de junio a las 16:30 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado:

Marcelo Zavallos Kerly Astrid

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares

Secretario : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman

Vocal : Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre

Para calificar la Tesis titulada:

Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 318-2019 concluyendo a las 17:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 10 de junio 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

[Signature]
PRESIDENTA SUSANA GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
SECRETARIO
Mg. YENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. P. OBSTETRICIA

[Signature]
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
VOCAL

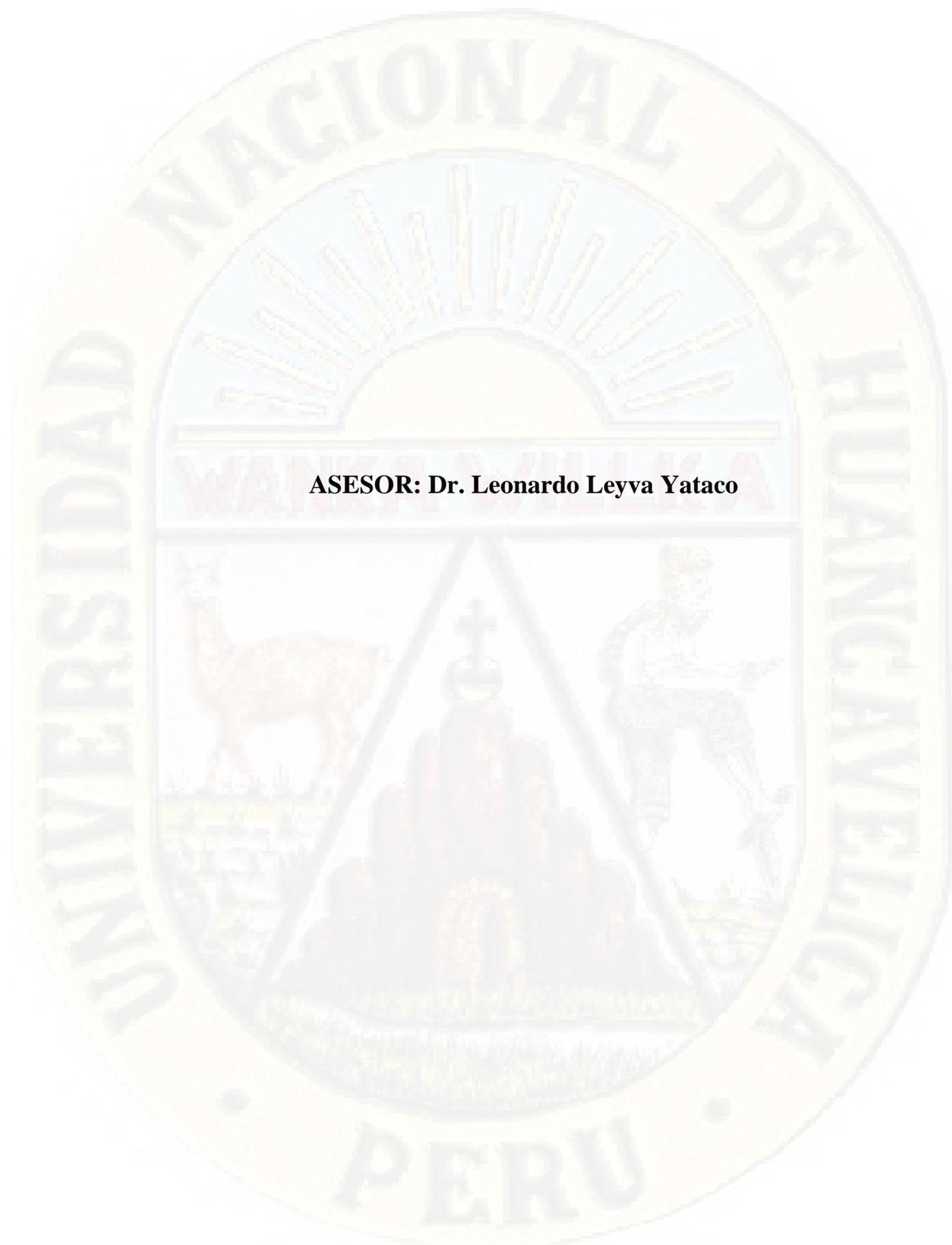


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

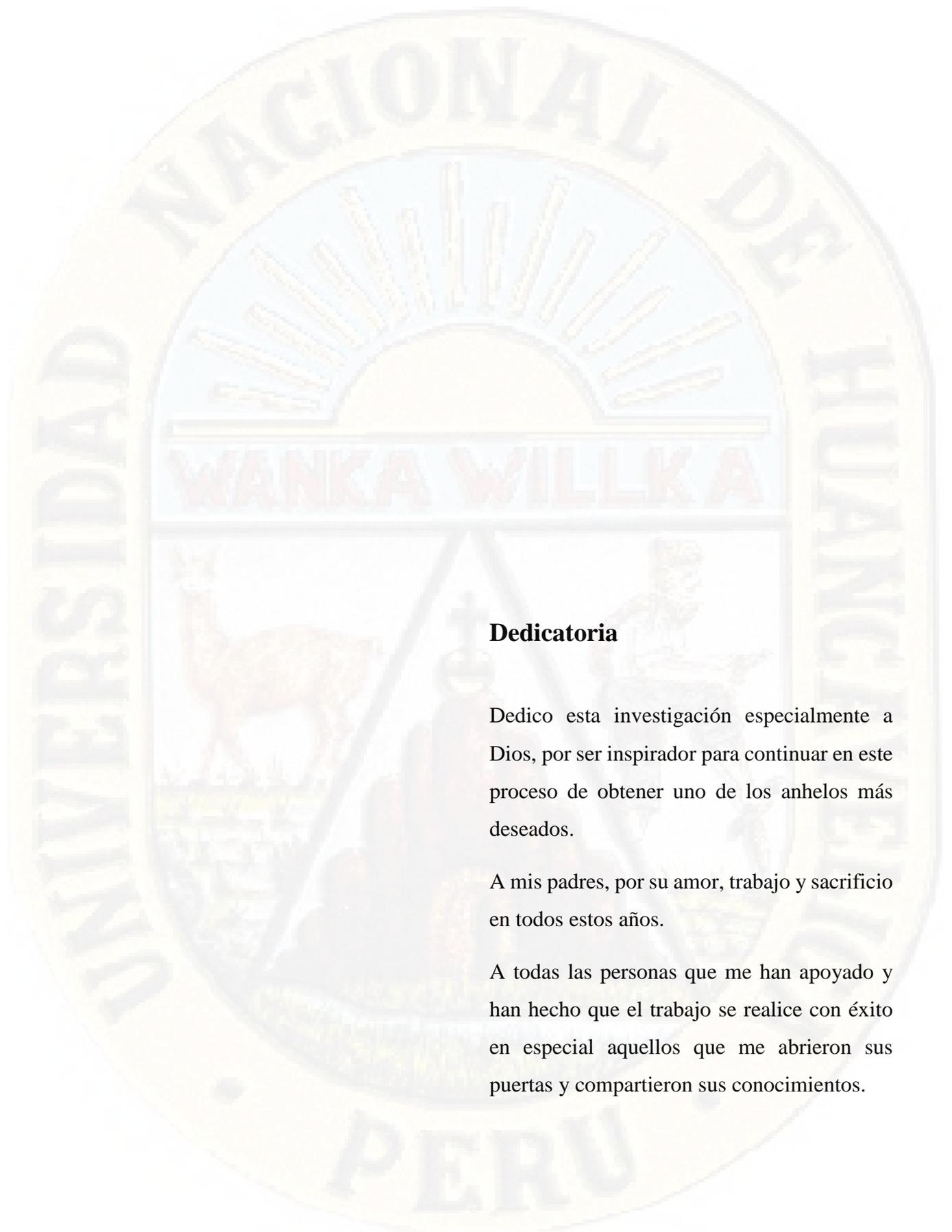
[Signature]
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
V° B° DECANA



[Signature]
Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N° 36759
B° SECRETARIA DOC.



ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco

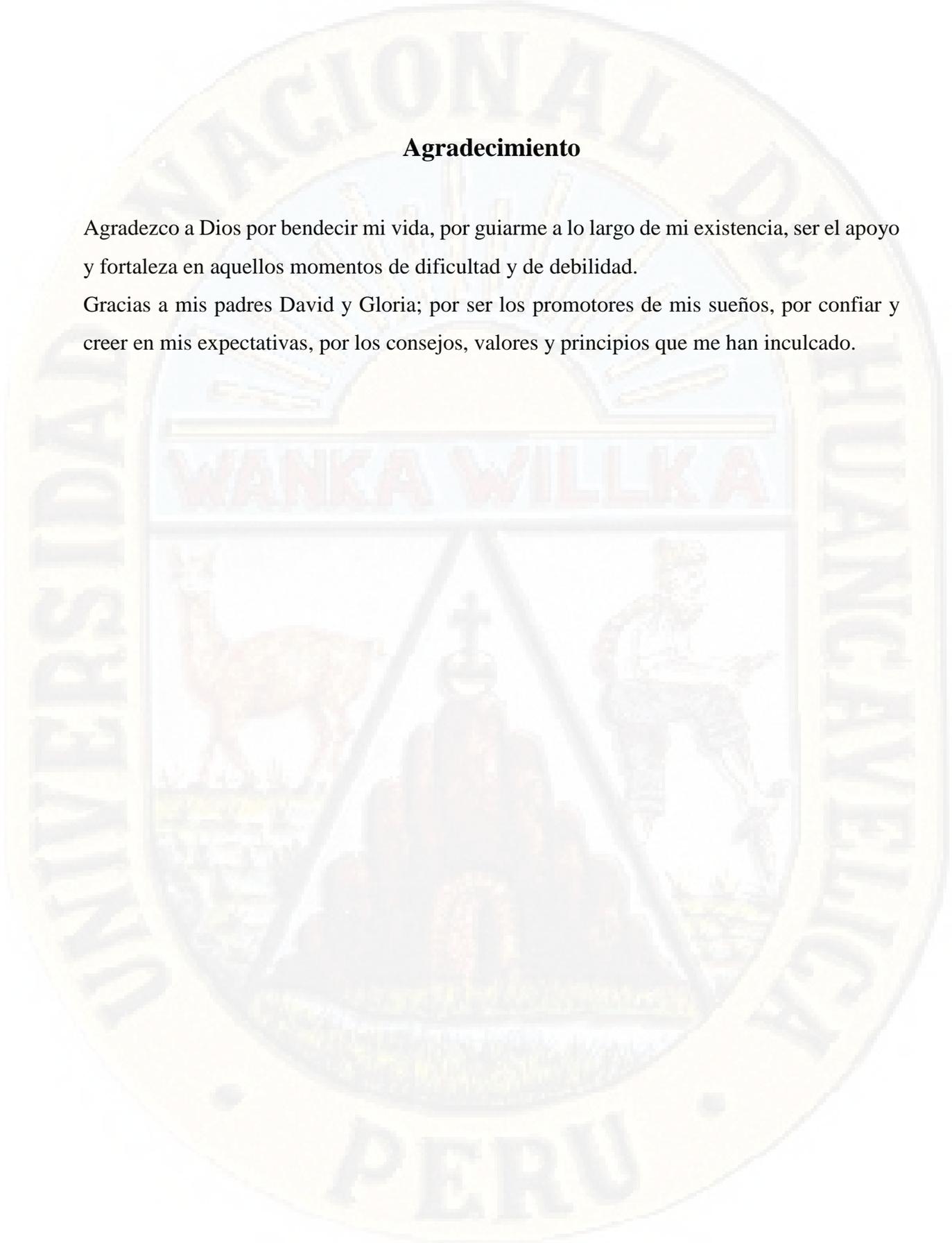


Dedicatoria

Dedico esta investigación especialmente a Dios, por ser inspirador para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial aquellos que me abrieron sus puertas y compartieron sus conocimientos.



Agradecimiento

Agradezco a Dios por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres David y Gloria; por ser los promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I	
PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.4. Justificación	14
1.5. Limitaciones y factibilidad	15
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	16
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Variables de Estudio.....	46
2.4. Definición de términos	48
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito de estudio.....	49
3.2. Tipo de investigación	49
3.3. Nivel de investigación	49
3.4. Métodos de investigación	50
3.5. Diseño de investigación.....	50
3.6. Población, muestra y muestreo	51
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.8. Procedimiento de recolección de datos	52
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	52
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
4.1. Presentación e Interpretación de Datos	54
4.2. Discusión	63
Conclusiones.....	65
Recomendaciones	66
Referencias bibliográficas	67
Anexos:.....	72

Anexo 1: Matriz de consistencia	73
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	75
Anexo 3: Juicio de expertos	78
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	81



Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de la gestante adolescente, edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.	54
Tabla 2.	Nivel de instrucción en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.	55
Tabla 3.	Estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.	56
Tabla 4.	Tipo de ocupación en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.	57
Tabla 5.	Paridad antes del embarazo actual en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.	58
Tabla 6.	Índice de masa corporal pregestacional en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.	59
Tabla 7.	Número de atenciones prenatales en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018..	60
Tabla 8.	Proporción de gestantes adolescentes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.	61
Tabla 9.	Tipo de morbilidad que presentaron las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018	62

Resumen

Objetivo. Determinar las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018. **Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad en el 2018; según registros estadísticos fueron un total de 98 gestantes adolescentes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados.** Se encontró como características que la edad promedio de la gestante adolescente fue de 16.05 años, el 75% tuvo menos de 17 años. El 50% tuvo su primera relación antes de los 15 años, el 75% tuvo menos de dos parejas sexuales, el 75% tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14.25 semanas. El 63.3% (62) tuvieron primaria completa, el 21.4% (21) tuvieron secundaria incompleta y el 15.3% (15) tuvieron secundaria completa. El 78.6% (77) fueron solteras y el 21.4% (21) fueron convivientes. El 89.8% (88) fueron estudiantes, el 8.2% (8) fueron amas de casa y el 2% (2) fueron comerciantes. El 94.9% (93) fueron nulíparas. El 18.4% (18) tuvieron bajo peso pregestacional, el 74.5% (73) tuvieron un peso normal antes de la gestación y un 7.1% (7) tuvieron sobrepeso antes de la gestación. El 80.6% (79) tuvieron seis a más atenciones prenatales, el 19.4% (19) tuvieron cinco o menos atenciones prenatales. El 37.8% (37) tuvieron al menos una morbilidad en el embarazo. El 30.6% (30) presentaron infección de tracto urinario, el 13.3% (13) presentaron anemia, el 7.1% (7) presentaron hemorragia en la primera mitad del embarazo, el 4.1% (4) presentaron amenaza de parto pretérmino y el 3.1% (3) tuvieron trastornos hipertensivos en el embarazo. **Conclusiones.** Se encontró como características de las gestantes adolescentes que tres de cada cuatro tuvieron menos de 17 años, la mitad tuvo su primera relación antes de los 15 años, tres de cada cuatro tuvieron menos de dos parejas sexuales y tres de cada cuatro tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14.25 semanas de embarazo. La mayoría tuvieron un bajo nivel educativo, fueron solteras, de ocupación estudiante, nulíparas, con seis a más atenciones prenatales y una de cada cuatro gestantes adolescentes no tuvo un peso normal antes del embarazo. La proporción gestantes adolescentes con morbilidad en el embarazo fue del 37.8%. Las principales morbilidades encontradas fueron la infección de tracto urinario y la anemia; en mínimas proporciones se encontró la hemorragia en la primera mitad del embarazo, la amenaza de parto pretérmino y los trastornos hipertensivos en el embarazo.

Palabras clave: Gestante adolescente, morbilidad, características de las gestantes, complicaciones obstétricas.

Abstract

Objective. To determine the characteristics of adolescent pregnant women and the morbidities they presented in their care at the La Libertad Health Center, Huancayo 2018. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all adolescent pregnant women attended at the La Libertad Health Center in 2018; According to statistical records, there were a total of 98 pregnant teenagers. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument was the data collection card. **Results:** It was found that the average age of the pregnant woman was 16.05 years, 75% were under 17 years old. 50% had their first relationship before age 15, 75% had less than two sexual partners, 75% had their first prenatal care before 14.25 weeks. 63.3% (62) had complete primary, 21.4% (21) had incomplete secondary and 15.3% (15) had complete secondary. 78.6% (77) were single and 21.4% (21) were cohabiting. 89.8% (88) were students, 8.2% (8) were housewives and 2% (2) were merchants. 94.9% (93) were nulliparous. 18.4% (18) had low pre-pregnancy weight, 74.5% (73) had a normal weight before pregnancy and 7.1% (7) were overweight before gestation. 80.6% (79) had six to more prenatal care, 19.4% (19) had five or less prenatal care. 37.8% (37) had at least one morbidity in pregnancy. 30.6% (30) had urinary tract infection, 13.3% (13) had anemia, 7.1% (7) had hemorrhage in the first half of pregnancy, 4.1% (4) had threatened preterm delivery and 3.1 % (3) had hypertensive disorders in pregnancy. **Conclusions:** It was found as characteristics of adolescent pregnant women that three out of four had less than 17 years, half had their first relationship before age 15, three out of four had less than two sexual partners and three out of four had their first attention prenatal before 14.25 weeks of pregnancy. The majority had a low educational level, were single, student occupation, nulliparous, with six more prenatal care and one in four pregnant women did not have a normal weight before pregnancy. The proportion of pregnant women with morbidity in pregnancy was 37.8%. The main morbidities found were urinary tract infection and anemia; in minimal proportions, hemorrhage was found in the first half of pregnancy, the threat of preterm delivery and hypertensive disorders in pregnancy.

Keywords: Adolescent pregnancy, morbidity, characteristics of pregnant women, obstetric complications

Introducción

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana. La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas (3).

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la hipertensión, anemia, peso bajo al nacer, parto pretérmino, determinan mayor morbimortalidad materna e incremento estimado en 2 a 3 veces de la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de madres con edad entre 20 y 29 años (5, 6).

En el Perú, según el instituto nacional de estadística e informática (INEI), en el 2016, el 12.7% de las adolescentes de 15 a 19 años estuvieron alguna vez embarazadas. Si bien esta cifra ha disminuido, todavía es significativa, más aún si el 23.9% de estas jóvenes pertenece a un sector con menos ingresos económicos. El índice de embarazos adolescente se eleva al 23 % en zonas rurales, más del doble que en las zonas urbanas, donde es del 10 %. (7).

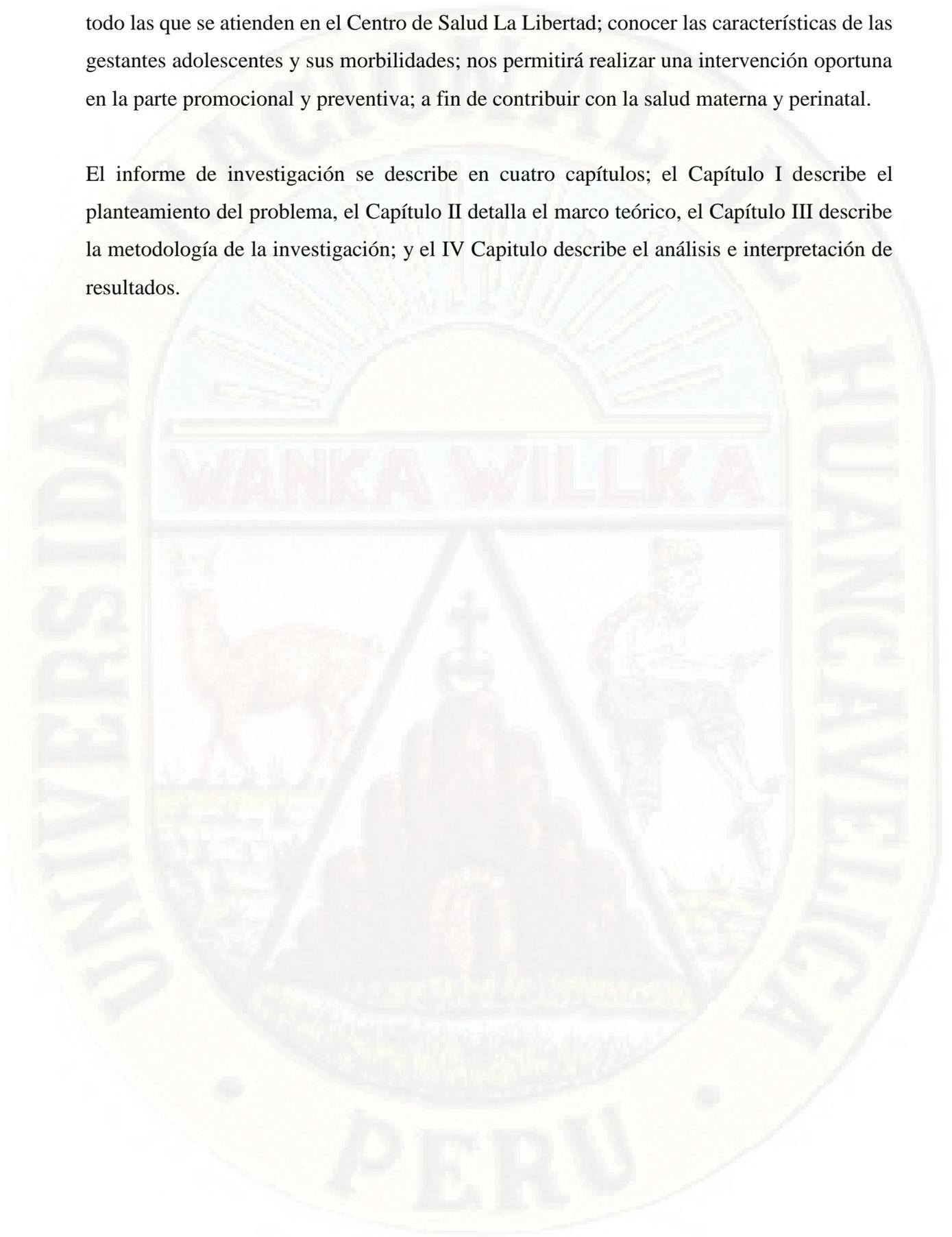
En el Hospital EsSalud de Ica; el embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones o morbilidades encontradas fueron anemia (18,2%), infecciones urinarias (14,1%). La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes (8).

Según el reporte de la Dirección Regional de Salud de Junín. En el año 2016, se reportó a 1270 menores de 12 a 17 años embarazadas, y hasta setiembre del 2017, se registró 1669 gestantes adolescentes, es decir 400 más que el año pasado.

Ante lo expuesto consideramos que existen todavía vacíos de conocimiento sobre las características de las gestantes adolescentes y sus morbilidades en el contexto andino; sobre

todo las que se atienden en el Centro de Salud La Libertad; conocer las características de las gestantes adolescentes y sus morbilidades; nos permitirá realizar una intervención oportuna en la parte promocional y preventiva; a fin de contribuir con la salud materna y perinatal.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.



CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el “período de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años (1, 2).

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana. La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas (3).

Según informes de la organización mundial de la salud, unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo (1).

El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de adolescentes en países en desarrollo. En el mundo alrededor de 20 000 adolescentes dan a luz todos los días; en torno a 70,000 muertes en adolescentes por complicaciones del embarazo y del parto son registradas todos los años y se estima que ocurren 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes cada año. La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud (4).

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la hipertensión, anemia, peso bajo al nacer, parto pretérmino, determinan mayor morbimortalidad materna e incremento estimado en 2 a 3 veces de la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de madres con edad entre 20 y 29 años (5, 6).

En el Perú, según el instituto nacional de estadística e informática (INEI), en el 2016, el 12.7% de las adolescentes de 15 a 19 años estuvieron alguna vez embarazadas. Si bien esta cifra ha disminuido, todavía es significativa, más aún si el 23.9% de estas jóvenes pertenece a un sector con menos ingresos económicos. El índice de embarazos adolescente se eleva al 23 % en zonas rurales, más del doble que en las zonas urbanas, donde es del 10 %. (7).

En el Hospital EsSalud de Ica; el embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones o morbilidades encontradas fueron anemia (18,2%), infecciones urinarias (14,1%). La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes (8).

Según el reporte de la Dirección Regional de Salud de Junín. En el año 2016, se reportó a 1270 menores de 12 a 17 años embarazadas, y hasta setiembre del 2017, se registró 1669 gestantes adolescentes, es decir 400 más que el año pasado.

Ante lo expuesto consideramos que existen todavía vacíos de conocimiento sobre las características de las gestantes adolescentes y sus morbilidades en el contexto andino; sobre todo las que se atienden en el Centro de Salud La Libertad; conocer las características de las gestantes adolescentes y sus morbilidades; nos permitirá realizar una intervención oportuna en la parte promocional y preventiva; a fin de contribuir con la salud materna y perinatal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018?
- ¿Cuál es la proporción de gestantes adolescentes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018?
- ¿Cuáles son las morbilidades que se presentan en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.
- Identificar la proporción de gestantes adolescentes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.
- Identificar las morbilidades que se presentan en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

1.4. Justificación

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción, es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el

principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, el que se define como la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez (9).

La identificación temprana de los factores de riesgo, características o determinantes de la salud, seguida de una atención adecuada, puede prevenir o modificar los resultados maternos y perinatales desfavorables (10).

Es importante conocer las características de las gestantes adolescentes y sus morbilidades; para un manejo estratégico en el primer y segundo nivel de atención, para la prevención de complicaciones, el tratamiento adecuado, el manejo de caso; así como la identificación oportuna de factores o características para una atención integral continua. Conociendo las realidades del contexto los profesionales de la salud pueden desarrollar acciones en salud familiar con enfoque preventivo promocional, así como un diagnóstico y tratamiento oportuno a las morbilidades de las adolescentes y educar para disminuir los embarazos en este grupo de edad.

1.5. Limitaciones y factibilidad

El estudio no tuvo limitaciones que impidieran su desarrollo, ya que se previó todos los aspectos básicos operativos, técnicos y económicos. Se identificó todas aquellas actividades que fueron necesarias para lograr el objetivo, se evaluó y determino todo lo necesario para la ejecución de la investigación; el proyecto considero los recursos técnicos actuales suficientes (conocimientos, habilidades, experiencia) que fueron necesarios para efectuar las actividades o procesos del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Solís et al (11), investigaron sobre el embarazo en la adolescencia y su perspectiva sociocultural. Objetivo: describir los factores socioculturales que influyen en el aumento de la incidencia del embarazo en la adolescencia. Metodología: estudio descriptivo, de corte longitudinal que incluyó a 417 adolescentes femeninas entre 12 y 19 años de edad pertenecientes al cantón Carlos Julio Arosemena de la provincia Napo en Ecuador. Se diseñó un cuestionario específico para la investigación que facilitó recopilar la información necesaria para cumplir con las variables definidas para la investigación. Se utilizó la entrevista como técnica de investigación y se tuvieron en cuenta los elementos éticos de las investigaciones en seres humanos. Resultados: promedio de edad de 14,56 años, predominio de adolescencia temprana (42,68 %). El 18,71 % tiene antecedentes de embarazo. Existió predominio de adolescentes que se dedican únicamente a estudiar (61,63 %, el 70,74 % se mantienen estudiando, aunque un porcentaje de ellos vincula el estudio y el trabajo (9,11 %). Predominaron las pacientes adolescentes solteras (69,31 %). El 32,05 % de las adolescentes con antecedentes obstétricos comenzaron su vida sexual antes de los 16 años de edad; las adolescentes con antecedentes obstétricos se encuentran mayoritariamente casadas (52,56 %), mientras que el 37,18 % se encuentran solteras aún. Las que no presentan antecedentes obstétricos comenzaron prioritariamente a tener relaciones sexuales después de los 16 años de edad (75,81 %) y se encuentran, en su mayor porcentaje solteras (76,70 %). La secundaria sin terminar es el nivel educacional de mayor significación tanto en las adolescentes con antecedentes obstétricos (46,15 %), como en las que no los tienen (77,00 %). El 77,22 % no utilizan métodos anticonceptivos para prevenir embarazos y enfermedades, y dentro de los que si utilizan anticonceptivos predominó el uso de tabletas anticonceptivas (86,32

%). La negativa de los padres, esposo o pareja es la causa que con mayor frecuencia incide negativamente en la utilización de métodos anticonceptivos (73,29 %), a la que le sigue el desconocimiento de las complicaciones que puede generar el embarazo en la adolescencia (58,70 %) Conclusiones: existe un elevado por ciento de embarazos en la adolescencia motivados por condicionantes socioculturales como es el bajo nivel educacional, el comienzo precoz de las relaciones sexuales, el estado civil casado y el escaso uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Estos últimos se encuentran limitados principalmente por la negativa a su uso por parte de los padres, esposos o parejas de las adolescentes femeninas.

Huatatoca (12), investigó sobre el embarazo y sus complicaciones en adolescentes atendidas en gineco-obstetricia del hospital Marco Vinicio Iza, Nueva Loja 2018. Con el objetivo de determinar las complicaciones en Adolescentes embarazadas atendidas en Gineco-Obstetricia del Hospital Marco Vinicio Iza, se trató de una investigación cuantitativa, no experimental, de tipo descriptivo, transversal y retrospectiva, se tomó una muestra no probabilística a conveniencia de todas las historia clínicas completas de pacientes que presentaron complicaciones durante el embarazo en el periodo enero-diciembre 2018, mediante la estructura ficha de recolección de datos, obteniéndose los siguientes resultados: entre los datos sociodemográficos se encontraron mujeres adolescentes en su mayoría de 14 a 16 años de edad, de estado civil unión libre en su mayoría, auto identificándose como mestizos, se dedican a amas de casa el 52%, con instrucción primaria y analfabetismo del 17%, residentes en zonas rurales, la menarquia se presentan entre los 10 y 12 años con un 74%, iniciaron su vida sexual a partir de los 12 y 14 años 77%, con una tasa de incidencia de adolescentes que presentaron complicaciones durante el embarazo del 39% por cada 100 adolescentes embarazadas, entre las complicaciones más frecuentes se mencionan; preeclampsia, anemia, infección de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, aborto espontaneo e Hipertensión gestacional, entre otras que se relacionan con factores como la edad, etnia, residencia, número de controles y número de gestas. Concluyendo que las complicaciones durante el embarazo en adolescentes están relacionadas ya por la edad misma que representan un retraso en

el desarrollo óseo, psicológico ya que se encuentran en una etapa de inmadurez y no toman conciencia y responsabilidad de sus actos.

Velastegui et al (13), investigaron sobre las complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Objetivo: Determinar las complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas en el servicio de emergencia del hospital "Juan Carlos Guasti", de la ciudad de Atacames, entre enero y junio del 2016. Métodos: Estudio no experimental, cuantitativo de corte transversal y correlacional, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, partes diarios del servicio de emergencia, libros de registros de partos, legrados y cesáreas, los que fueron tabulados, analizada y representada en gráficos y tablas. Resultados: Se determinó que de las 69 embarazadas adolescentes que presentaron complicaciones perinatales, el 28 % fue por abortos y el 23 % se hospitalizaron por: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infección de vías urinarias, oligoamnios y ruptura prematura de membrana, entre otras. La histerectomía y hemorragia postparto que correspondió al 1 %. En los recién nacidos, el 12 % presentó complicaciones, siendo el 6 % distrés respiratorio. Conclusiones: El aborto fue la principal complicación presentada en las embarazadas, seguido por otras como la ruptura prematura de membrana, amenaza de aborto, infección de vías urinarias, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal, antecedentes patológicos personales, entre otras.

A nivel nacional.

Pillaca (14), investigó sobre las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el periodo 2018. Objetivo: Determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el período 2018. Materiales y Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo observacional. La muestra estuvo constituida por 140 gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante su embarazo, en el Hospital Vitarte durante el período 2018. Dichos pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio. Resultados: Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes encontradas en

este estudio fueron: infección del tracto urinario con 54,3% siendo la complicación obstétrica más frecuente, ruptura prematura de membrana 25,7%, vaginosis bacteriana 15%, y otros con un 5% respectivamente. Conclusiones: Las complicaciones obstétricas más frecuentes en las gestantes adolescentes fue infección del tracto urinario con un 54,3%. Así mismo se evidenció predominio de complicaciones en gestantes adolescentes dentro del tercer trimestre con un 83,6%. Se encontró una mayor población de gestantes adolescentes en el grupo etáreo de 17 a 19 años con un 76,4%.

Ramírez (15), investigó sobre complicaciones obstétricas en madres adolescentes y adultas en el hospital de Ventanilla-Callao de enero a diciembre del 2017. El objetivo es determinar las principales complicaciones obstétricas en madres adolescentes y adultas en el Hospital de Ventanilla de enero a diciembre del 2017. Material y Método: descriptivo simple; la población de 1626 mujeres, siendo la muestra 104 madres adolescentes y 104 adultas. Resultados: la complicación en la gestación fue infección del tracto urinario con 21.2% (22) en adolescentes y 37.5% (39) en gestantes adultas, el 10.6% (11) de madres adolescentes presentaron ruptura prematura de membranas y en adultas fue el 21.2% (22). Además 38% (40) de madres adolescentes tuvieron anemia al igual que las adultas con 38.5% (40). En cuanto a las complicaciones durante el parto, la más frecuente fue desgarro perineal siendo el 17.3% (18) de adolescentes y 6.7% (7) en mujeres adultas. Además, durante el puerperio se observó que la complicación más frecuente fue infección del tracto urinario; 15.4% (16) de adolescentes y el 20.2% (21) de adultas; seguidamente de anemia en el post parto con 10.6% (11) y 22.1% (23) de madres adolescentes y adultas respectivamente. Conclusiones: las complicaciones obstétricas que se presentaron en mayor porcentaje en adolescentes fue: desgarro perineal; mientras que las adultas presentaron en mayor porcentaje de ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario y anemia post parto.

Yucra (16), investigó sobre las complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno

Infantil El Carmen, en el periodo julio-diciembre del 2017. Tuvo como objetivo evaluar las complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” durante el periodo de julio a diciembre del 2017, el estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 214 gestantes adolescentes, el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos, se realizó un análisis estadístico utilizando el programa SPSS Versión 23. Los resultados encontrados fueron para las características sociodemográficas se encontró 13 años como edad mínima y 19 años como máxima edad, teniendo como edad promedio 17 años; la edad gestacional menor fue de 29 semanas y la edad gestacional mayor fue de 41 semanas, con edad gestacional promedio 37 semanas; el 70.56% son ama de casa, el 78.04% tuvieron como grado máximo la secundaria y el 67.29% son convivientes. Dentro de complicaciones obstétricas las infecciones del tracto urinario obtuvieron un 52.34%, seguido de ruptura prematura de membranas con un 36.92%, trastornos hipertensivos del embarazo en un 17.76%; desprendimiento prematuro de placenta en un 1.87% al igual que placenta previa en un 1.87% de los casos. Se concluye que las principales complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo se presentan en la etapa tardía de la adolescencia y son: infección del tracto urinario, RPM y trastornos hipertensivos teniendo como finalización del embarazo el parto vaginal.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Adolescencia (17)

La adolescencia es definida, según la Organización Mundial de la Salud, como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, en la cual se suceden una serie de transformaciones en la esfera biopsicosocial características del paso de la niñez a la vida adulta, adquiriendo la capacidad para la reproducción (1, 2). Esta transición está influida tanto por variables genéticas como ambientales (alimentación, salud personal y ambiental, higiene, deporte, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales, etc.). Debido a la continua mejora de las condiciones de vida, salud y nutrición,

se está produciendo un adelanto progresivo del inicio de la pubertad, con menarquias cada vez más tempranas.

Durante la adolescencia, el ser humano busca su identidad y empieza a participar en la dinámica social de una manera activa e independiente. Hasta los 10-11 años, el niño va madurando, estableciendo vínculos emocionales y expresando sus sentimientos; adquiriendo la capacidad de razonar con lógica, de mejorar su esfera psicomotora, y comienza a sentirse sexuado, aunque con una psicosexualidad aún muy plástica. En todos esos años vive el presente, juega y generalmente es alegre y le gusta ir al colegio y estar con sus amigos. Pero, a partir de los 11 años, empieza la adolescencia y comienzan los cambios y las dificultades.

El paso de la infancia a la adolescencia no es nada fácil. Al adolescente se le exige cada vez más, tanto física como psíquicamente, mayor capacidad de adaptación y autorresolución. Y todo esto, además, unido a las demandas internas que presenta, como la irrupción del sexo.

Esta etapa es crucial para madurar la personalidad definitiva de la persona, ya que es cuando se configura y cobra sentido todo el desarrollo psicológico y biológico al integrarse en el ámbito social, en las relaciones interpersonales. Solo así es posible la constitución del devenir existencial del individuo, a través de comportamientos interactivos con otras personas.

Una de las barreras a la atención del adolescente la constituye la propia personalidad del mismo, pues niega o infravalora sus problemas. Durante el desarrollo psicológico con el pensamiento de omnipotencia e inmortalidad, piensa que a él no le va a pasar nada y por ello suele retrasarse en consultar sus problemas. Por otro lado, el adolescente no sabe a dónde acudir, no tiene o no sabe quién es su médico, le falta la confianza y/o no conoce los recursos sanitarios. Si a ello le sumamos la burocratización del sistema, que exige pedir cita e identificarse, impidiendo muchas veces la confidencialidad, que es una de las bases de una buena relación profesional/adolescente, y la falta de una adecuada atención por parte del profesional (debido a múltiples razones como la falta de tiempo, de capacidad de escucha o de interés, entre

otras), son puntos que obstaculizan el acceso de los jóvenes a los servicios sanitarios.

La personalidad del adolescente se caracteriza por una dinámica psicológica de cambios, de transiciones, de dualidades y de ambivalencias; todos ellos muy activos, intensos y decisivos:

1. Coincidencia de sentimientos y actos contradictorios, con conflicto entre dependencia/independencia.
2. Inseguridad y necesidad de afirmación, egocentrismo solidario. Hay una necesidad grupal y de intimidad para encontrarse a sí mismos. También presentan altibajos emocionales.

La adolescencia ha pasado de ser considerada una de las etapas más saludables y menos conflictivas desde el punto de vista de la salud, a convertirse hoy en día en los países desarrollados en un foco de atención médica y sociológica, propiciado por la crisis económica mundial de 2007, la gran irrupción de las tecnologías de la comunicación.

Aún se presentan muchas limitaciones a la hora de estudiar la adolescencia debido a la falta de estudios sobre el uso que hacen de los centros de salud, en general, y a que la mayoría de las investigaciones se centran en pacientes hospitalizados o con un problema específico. De igual forma, en la mayor parte de las ocasiones quedan excluidos los adolescentes fuera del «círculo social» habitual (drogas, etc.).

Finalmente, es importante resaltar que la adolescencia no es una masa homogénea. Cada adolescente va a ser definido por su edad, su grado de maduración física y psíquica, por los riesgos que se le presenten, influencias, patologías según su procedencia y estatus económico y social; todo ello los va a condicionar de manera distinta según la etapa de la vida en la que se encuentren, haciéndolos diferentes y únicos.

A ello hay que añadir una mayor vulnerabilidad a los tóxicos medioambientales en la etapa de la adolescencia que se debe en gran medida a una serie de factores:

1. Inmadurez anatómica funcional: todos los sistemas y órganos presentan diferentes fases de maduración tanto anatómica como fisiológica y, sobre todo, el sistema nervioso, inmune y endocrino no van a concluir dicha maduración hasta el final de la adolescencia. Esto va a condicionar una especial susceptibilidad a los tóxicos, los cuales van a producir efectos tanto a corto, medio y a largo plazo, condicionando en muchos casos enfermedades futuras que se presentan en la etapa adulta.
2. Mayor consumo energético y metabólico. Durante la etapa infantojuvenil se produce un rápido y continuo crecimiento y desarrollo, lo que implica la necesidad de un mayor aporte de oxígeno y nutrientes. Esto, a su vez, se traduce en un aumento de la inhalación y absorción transdérmica de sustancias tóxicas medioambientales en comparación con un adulto, que unido a su menor capacidad de detoxificación va a provocar efectos adversos más intensos y persistentes en el tiempo.
3. Formas particulares de exposición y comportamiento social. En esta etapa, el adolescente se suele apoyar más en su grupo de amigos que en su familia, y además presenta mayor confianza hacia su entorno, lo que supone, en muchos casos, que minimicen los riesgos a los que se exponen y presenten conductas de riesgo (como el inicio de las prácticas sexuales sin medidas de protección, etc.).
4. Nula capacidad de decisión de los adolescentes en temas medioambientales como el cambio climático o la sostenibilidad.

Cada una de las etapas de la adolescencia va a tener caracteres psicológicos relativamente diferenciados, aunque pueden variar de manera notable según los individuos y las culturas:

1. Adolescencia temprana (10-13 años en niñas; 12-14 años en niños) que se caracteriza por presentar un rápido crecimiento y desarrollo sexual. Comienzan a cuestionarse su imagen corporal y la oposición a la autoridad paterna, disminuyendo la relación con la familia y apoyándose más en su grupo de amigos.

2. Adolescencia media (13-16 años en chicas; 14-17 años en chicos). Se potencia el desarrollo cognoscitivo, comienzan a proponerse objetivos de futuro. Se suceden los conflictos con la familia, se sienten independientes. Van a actuar según su grupo de amistades y empiezan a experimentar la sexualidad.
3. Adolescencia tardía (previo a adulto joven). Se consigue la emancipación, con lo que ya empiezan a ser conscientes de sus acciones. Establecen un código moral y aceptan su imagen corporal. Aumentan las relaciones íntimas y son capaces de hablar y discutir sobre temas vitales.

Por tanto, la adolescencia es una etapa de continuo desarrollo y maduración biopsicosocial en la segunda década de la vida; en ella van a sucederse múltiples e importantes transformaciones en todas las esferas del individuo que van a producirle gran inestabilidad y susceptibilidad, a la hora de enfrentarse a diferentes situaciones, lo que en muchas ocasiones va a favorecer determinadas actitudes y comportamientos de riesgo, sin tener en cuenta las consecuencias que puedan acarrear.

2.2.2. Problemas de salud asociados con el embarazo en la adolescencia (18)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado el embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33% del total.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición insuficiente, determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29

años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes. La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede destacar el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo se encuentran los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado. Los problemas de salud de los hijos de madres adolescentes se relacionan con bajo peso al nacer, valoraciones bajas en el test de Apgar, traumatismo en el momento del nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida, el cual es dos veces mayor que en otras edades maternas. El hijo de madre adolescente es, sin duda, un niño que causa preocupación ya que se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la dependencia de otro individuo que no ha completado el suyo⁸. El embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo. Existen indicadores de que, dentro del propio grupo de adolescentes, las menores de 15 años son las que corren mayor riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente ya que al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer se suma el de la adolescencia.

Por tanto, ésta es en sí una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. Sin embargo, otros de los riesgos a que se exponen la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente dependen de la edad de la madre en sí, sino que pueden reflejar una serie de condiciones tanto de salud como sociales, económicas, psicológicas y familiares que se atribuyen a la sexualidad precoz y desprotegida de estas jóvenes. Quizá la convergencia de ambos tipos de factores de riesgo, tanto los que no son inherentes al embarazo en la adolescencia como los que se asocian con este fenómeno, determinan que sea tan importante proporcionar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes¹⁰ tipos de factores de

riesgo, tanto los que no son inherentes al embarazo en la adolescencia como los que se asocian con este fenómeno, determinan que sea tan importante proporcionar una atención e intervención preventiva especial para este grupo de pacientes.

2.2.3. Desarrollo del embarazo en la adolescente (18)

El embarazo de una adolescente, sobre todo cuanto más joven es, suele descubrirse de forma tardía, por varios motivos: desconocimiento, miedo de hablar de ello, ansiedad respecto al seguimiento médico, miedo de ser obligada a abortar y, en algunos casos, negación de una realidad deseada, pero al final temida cuando se produce. Todo ello confluye para retrasar la declaración y, por tanto, el seguimiento de la gestación. Algunos casos extremos pueden evolucionar hasta el término sin que se hayan identificado, ni siquiera sospechado en el entorno próximo, lo que culmina en un parto inesperado en el domicilio o, peor aún, en un lugar público o en la escuela. Esta clandestinidad es un problema grave, pues impide cualquier seguimiento médico y de ese modo hace que la gestación sea más vulnerable y coloca a la futura madre en un aislamiento perjudicial desde todos los puntos de vista.

El diagnóstico de este embarazo aún es difícil por la frecuencia de las menstruaciones prolongadas e irregulares de este período y el recuerdo de la fecha de la regla, que es caprichosa. Por lo tanto, nunca hay que contentarse con la fecha de la última regla, con más razón si es imprecisa. Con mucha frecuencia, la adolescente consulta a su médico sin relación causal con su estado y con una sintomatología poco clara. Siempre hay que plantear de forma sencilla la cuestión de un posible embarazo.

La ecografía sigue siendo la exploración fundamental para datar la gestación en el primer trimestre y permitir la opción de una posible interrupción voluntaria. En el estudio francés se escogió centrarse específicamente en las jóvenes menores de edad (es decir, las chicas menores de 18 años) porque plantean problemas especiales. Se realizó un estudio retrospectivo del 1 de enero de 1996 al 30 de junio de 2003 con adolescentes que dieron a luz en el servicio de ginecología obstétrica del hospital Jean Verdier de Seine-

Saint-Denis. Se incluyeron 328 adolescentes de 12-18 años, lo que representa el 2,3% del número total de partos durante el mismo período. La mayoría de las adolescentes eran primíparas (86,5%), pero se señala que el 5,4% tenía un antecedente de aborto espontáneo y el 6,7% ya se había sometido a una IVE. En el departamento donde el estudio tuvo lugar, los orígenes étnicos son muy variados. En estos embarazos, el seguimiento es escaso o inadecuado, pues el 48% de las adolescentes consultaron por primera vez en el 3.er trimestre o el único tratamiento se aplica en el parto; el 28% acudió a menos de tres consultas. La situación familiar de estas adolescentes muestra que el 49% está casada o vive en pareja y el 51% está soltera, pero de ellas un 66% conoce al padre del niño.

Sólo el 24,6% de estas adolescentes está escolarizada en el momento de la gestación, con una gran dificultad para reanudar una escolarización tras el parto, lo que ocasiona una marginación aún más grave de estas jóvenes.

2.2.4. Complicaciones obstétricas (18)

El embarazo en adolescentes se considera de riesgo, debido a un aumento de los niños nacidos con bajo peso y de la prematuridad. En el estudio de los autores, la tasa de prematuridad es del 8,8%, lo que es comparable a los datos de la literatura, pues se estima en un 10%. Es probable que esta tasa de prematuridad sea más bien responsable de bajo peso al nacer, porque la tasa de los auténticos crecimientos intrauterinos retardados (CIR) en el 10.º percentil es del 17,6%. Hay que señalar un aumento de estos CIR, pues en 1998 (informe Uzan) esta tasa era del 13%, apenas más frecuente que en la población general. Las dos complicaciones principales están relacionadas directamente con el seguimiento tardío y con la conducta de «borrado» del estado de gestación asociados con la ausencia de cualquier precaución física o dietética, con la continuación, e incluso acentuación, de las conductas adictivas. No se ha observado un aumento de la tasa de complicaciones de tipo de preeclampsia (2,7%) o hemorragia del parto (5,4%) y las adolescentes menores de 15 años no se encuentran en situación de riesgo. Los déficits nutricionales suelen ser más frecuentes porque las necesidades proteicas son considerables, debido a la mayor frecuencia de vómitos al

principio de la gestación y más tarde, por un nivel socioeconómico muy bajo. Por el contrario, en un 20% de casos se observa una ganancia de peso excesiva, que puede causar una obesidad definitiva debido a un aporte glucídico excesivo. La anemia ferropénica es frecuente y debe prevenirse de forma sistemática a partir de la segunda mitad de la gestación. En el estudio de los autores, el 31,4% de las adolescentes tenía una anemia antes del parto. Está claro que, en los países industrializados, al contrario que en los países en vías de desarrollo, la gestación ya no debe considerarse como un problema exclusivamente médico. El problema no está tanto relacionado con la edad como con el contexto social: malas condiciones económicas y sociales, carencia de apoyo afectivo, ausencia frecuente de seguimiento. Esto subraya la relevancia del acompañamiento psicosocial que se proporciona a estos embarazos para procurar la mejor acogida neonatal posible. Algunos de los factores sólo son poco o nada modificables: la edad muy joven, la precariedad, el escaso nivel educativo y el insuficiente apoyo familiar o social. Algunos factores pueden modificarse: la clandestinidad y la insuficiencia del seguimiento prenatal, las carencias nutricionales, los hábitos de vida inadecuados al estado de gestación (tabaco, tóxicos), el estrés o el riesgo de actividad inadecuada y las infecciones genitales de transmisión sexual. En la práctica, se trata de un tratamiento global, que puede responder a las distintas facetas médicas, obstétricas, de higiene de vida y psicosocial de la situación.

2.2.5. Riesgo pre concepcional

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre- feto o neonato, durante el embarazo, parto o puerperio. Por eso, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis

individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí se deben tener en cuenta los criterios principales que ayuden a su identificación (10).

Antecedentes y condiciones generales

Edad (menos de 18 y más de 30 años)

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como el hábito de fumar, las enfermedades crónicas y la multiparidad (10).

Peso (malnutridas)

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar relacionadas con la preeclampsia, la toxemia y la hipertensión arterial, pero también con la prematuridad y bajo peso (10).

Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas

Estas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato y violencia familiar.

Antecedentes obstétricos y reproductivos (10).

- Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos.
- Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos,

y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente.

- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.
- Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.
- Preeclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos y a otros factores.
- Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar.
- Rh negativo sensibilizado: es un importante riesgo, aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

Antecedentes patológicos personales

Principales enfermedades crónicas

Entre estas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva (10).

2.2.6. Morbilidad y complicaciones comunes en el embarazo

2.2.6.1. Infección de las vías urinarias en la gestación.

Las infecciones de las vías urinarias son afecciones frecuentes y potencialmente graves durante el embarazo. Los cambios hormonales, anatómicos, químicos e inmunológicos relacionados con el embarazo favorecen su aparición. La contaminación es principalmente ascendente. *Escherichia coli* es responsable del 75-90% de las infecciones urinarias gravídicas. Los factores de riesgo para la colonización y la infección urinaria durante el embarazo son: antecedentes de infección urinaria, bajo nivel socioeconómico, actividad sexual regular y diabetes pregestacional. La colonización urinaria se define por una bacteriuria asintomática significativa mayor o igual a 105 unidades formadoras de colonias por mililitro. Su prevalencia se estima en el 2-10%. Puede complicarse en el 30% de los casos por pielonefritis aguda. Por lo tanto, la detección sistemática de la colonización urinaria está indicada durante el embarazo. El tratamiento de la colonización urinaria durante el embarazo debe adaptarse a los resultados del antibiograma. La duración recomendada del tratamiento es de 7 días (a excepción del tratamiento de dosis única con fosfomicina-trometamol). La prevalencia de cistitis aguda en el embarazo se estima en el 1-2%. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos sugestivos y un examen citobacteriológico de orina (ECBO) que muestra leucocituria y bacteriuria significativas. El tratamiento de la cistitis aguda es probabilista y secundariamente adaptado a los resultados del antibiograma. La fosfomicina-trometamol en dosis única es el tratamiento probabilista de elección. La prevalencia de pielonefritis aguda gravídica se estima en el 0,5-2%. El principal riesgo de la pielonefritis aguda en el embarazo es la sepsis materna o incluso el shock séptico. También parece estar asociada con un mayor riesgo de prematuridad. En primer lugar, se deben buscar los signos de gravedad a favor de la sepsis materna, la

pielonefritis obstructiva aguda o la amenaza de parto prematuro. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos sugestivos, asociados con la detección de leucocituria y bacteriuria significativas en el ECBO. Para evaluar las repercusiones en la madre, se solicita un análisis de sangre con hemograma, proteína C reactiva y creatinina sérica, así como una ecografía renal y de vías urinarias. Una evaluación de la repercusión fetal también es esencial. La hospitalización inicial generalmente es necesaria. El tratamiento de la pielonefritis aguda gravídica es probabilista y secundariamente adaptado a los resultados del antibiograma. Debe iniciarse tan pronto como sea posible después de obtener las muestras bacteriológicas. Las cefalosporinas inyectables de tercera generación representan el tratamiento probabilista de elección para la pielonefritis aguda no grave y grave durante el embarazo, sin factor de riesgo de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro amplio. En presencia de signos de gravedad, se recomienda una biterapia que incluya amikacina durante 1-3 días. La duración total recomendada del tratamiento es de 10-14 días. En estas tres situaciones de infecciones urinarias durante el embarazo, se debe realizar un ECBO de control 8-10 días después del final del tratamiento y luego una vigilancia mensual hasta el parto (19).

2.2.6.2. Infección vaginal en la gestación.

La flora vaginal normal, conformada por múltiples microorganismos, juega un rol fundamental en la mantención de un ambiente adecuado de defensa contra ciertas infecciones durante el embarazo. Cuando se altera puede dar origen a Vaginosis Bacteriana, caracterizada por la presencia de múltiples bacterias en número mayor a lo habitual y que en el embarazo pueden potencialmente desencadenar efectos adversos, tanto en la madre como en el feto. Lo mismo ocurre con otro tipo de infecciones vaginales, como Clamydia y Gonorrea, que además

de tener un impacto por ser las principales infecciones de transmisión sexual, sus consecuencias en el feto pueden implicar secuelas de por vida. Si bien *Estreptococo grupo B* en la vagina no corresponde a una infección propiamente tal, su oportuna identificación y tratamiento durante el embarazo y parto, ha mostrado ser útil en la prevención de secuelas del recién nacido (20).

2.2.6.3. Anemia en la gestación.

A partir de su sexta semana de gestación, la mujer embarazada presenta aumento en su volumen plasmático y en la masa eritrocitaria. Sus valores se incrementan aún más a medida que la gestación avanza¹. Sin embargo, existe un desequilibrio entre dichos parámetros, ya que mientras el volumen plasmático aumenta un 40%, la masa eritrocitaria lo hace en un 25%². Estos cambios se explican por la estimulación de la secreción de aldosterona y por el aumento de la actividad de la eritropoyetina plasmática³, estimulada a su vez por el lactógeno placentario. En consecuencia, aun cuando la masa eritrocitaria aumente, paradójicamente se produce una anemia por dilución. Sabemos por otra parte que los cambios que conducen a esa hemodilución son adaptaciones necesarias para una gestación sana. Estas variaciones fisiológicas que se llevan a cabo durante un embarazo normal provocan además un lógico descenso en los niveles de hemoglobina (Hb) que no siempre constituirán anemia. Por esta razón, sería incorrecto considerar las cifras de Hb estipulados como límites para el diagnóstico de anemia en una mujer adulta no grávida⁴, y aplicarlo a las mujeres embarazadas. Es más racional entonces utilizar valores de Hb < 11 g/dl para establecer este diagnóstico en las mujeres grávidas, cifra que se considera como estándar por la mayoría de los sistemas sanitarios⁵. Si una mujer embarazada presenta valores de Hb < 11 g/dl, existe un incremento del riesgo tanto para ella como para su hijo, como por

ejemplo complicaciones hemorrágicas durante el embarazo, niños con bajo peso al nacer o bien mayor número de enfermedades neonatales. La anemia se considera entonces como el problema hematológico más frecuente del embarazo en el mundo entero. Se tienen informes de su existencia en un 60% de las embarazadas del continente americano, pero existe una amplia variabilidad entre las diferentes regiones, con valores tan dispares como 1,3% en Santiago de Chile, 18% en México o 70,1% en Pucallpa, Perú (21).

2.2.7. Atención prenatal

Casi un siglo después de su introducción, la atención prenatal se ha convertido en uno de los servicios de salud más usados. Desde principios de la década de 1990, los grupos minoritarios son los que más se han beneficiado de la atención prenatal oportuna. Sin embargo, las disparidades continúan. De los 27 estados que usan el certificado de nacimiento revisado, el porcentaje de mujeres caucásicas, hispanas y afroamericanas que no recibieron atención prenatal en 2008 fue 1.1, 2.7 y 3.3, respectivamente (Osterman, 2011). (22)

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento. (23)

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico. La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas. (24)

La atención prenatal (25) comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio. Sus principales objetivos son:

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.
- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.8. Valoración de la atención prenatal apropiada

Un sistema usado con frecuencia para medir la eficacia de la atención prenatal es el índice de Kessner et al. (1973). Este Índice de Kessner incorpora tres elementos del acta de nacimiento: duración de la gestación, momento de la primera consulta prenatal y número de consultas. Aunque no mide la calidad de la atención, el índice se conserva como medida útil de la atención prenatal adecuada. Con este índice, el National Center for Health Statistics concluyó que 12% de las mujeres estadounidenses que dieron a luz en 2000 recibió atención prenatal adecuada (Martin, 2002a). Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2000) analizaron los datos de actas de nacimiento de los años 1989 a 1997 y observaron que la mitad de las mujeres que no recibieron atención prenatal o lo hicieron de forma tardía deseaba iniciarla antes. Las dificultades para la atención variaron según el grupo étnico, edad y método de pago. La razón citada con mayor frecuencia

fue la identificación tardía del embarazo por parte de la paciente. La segunda dificultad citada más a menudo fue la falta de dinero o seguro médico para recibir tal atención. La tercera fue la imposibilidad de obtener una cita. (22)

2.2.9. Eficacia de la atención prenatal

La atención prenatal diseñada a principios del siglo XX se orientaba a disminuir los elevados índices de mortalidad materna. No hay duda que esta atención contribuyó al descenso drástico de los índices de mortalidad materna de 690 por 100,000 nacimientos en 1920, a 50 por 100,000 para 1955 (Loudon, 1992); quizá la actual tasa de mortalidad materna relativamente baja de aproximadamente 10 a 15 por 100,000 se relacione con la elevada atención prenatal (Xu, 2010). De hecho, en un análisis de datos de 1998 a 2005 del Pregnancy Mortality Surveillance System (PRAMS), Berg et al. (2010) identificaron un aumento de cinco veces en el riesgo de muerte materna en mujeres que no recibieron atención prenatal. Otros estudios certifican la eficacia de la atención prenatal. Herbst et al. (2003) observaron que la falta de atención prenatal se relaciona con un aumento a más del doble de parto prematuro. Los datos del National Center for Health Statistics mostraron que las mujeres con atención prenatal tenían una tasa general de mortinatos (óbitos) de 2.7 por 1000, comparada con 14.1 por 1000 entre las mujeres sin atención prenatal (Vintzileos, 2002a). Más tarde, estos mismos investigadores publicaron que la atención prenatal se acompaña de menores tasas de parto prematuro y muerte neonatal relacionada con placenta previa, restricción del crecimiento fetal y embarazo postérmino (Vintzileos, 2002b, 2003). Al valorar el formato de atención, Ickovics et al. (2007) compararon la atención prenatal individual y la atención prenatal en grupo. En este último se mantuvo la vigilancia habitual del embarazo en circunstancias grupales, con enfoque especial en el apoyo, educación y participación activa en la atención de salud. Las mujeres incluidas en la atención prenatal en grupo tuvieron tasas mucho más bajas de parto prematuro que aquellas que recibieron atención individual. (22)

2.2.10. La atención integral de salud materna (26)

2.2.10.1. Atención preconcepcional / pregestacional

La atención es realizada por profesional calificado: médico gineco obstetra, médico cirujano, obstetra, según nivel de complejidad. Dentro de la atención integral materna, la enfermera participa en inmunizaciones, visita domiciliaria y educación para el autocuidado de la salud.

La intervención es predominantemente en la mujer con vida sexual activa en la anamnesis también debe incluir a la pareja. Se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo.

La atención incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología. La primera atención es de detección del riesgo gestacional y la segunda de seguimiento o mantenimiento. De acuerdo al caso, se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente.

Incluye:

- Evaluación clínica (realizado por el profesional médico), del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas (realizado por el profesional médico). Incluye educación para el autoexamen.
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.
- Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.

- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.
- Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.
- Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc.).

Evaluación del riesgo gestacional:

Historia clínica:

Factores sociodemográficos:

- Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)
- Obesidad o delgadez extrema
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Violencia de género
- Actividad física o laboral de riesgo
- Nivel socioeconómico bajo
- Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales

Antecedentes reproductivos:

- Esterilidad previa
- Aborto o parto pre término a repetición
- Muerte perinatal
- Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos

Antecedentes médicos:

- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardíaca o renal
- Endocrinopatías
- Epilepsias

- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedades hematológicas o hepáticas

Evaluación nutricional

- Índice de masa corporal – IMC

Exploración física:

- Presión arterial
- Pulso
- Temperatura
- Examen cardiovascular
- Examen respiratorio
- Peso
- Talla

Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina/hematocrito
- Grupo y Factor Rh
- Orina completa
- Prueba rápida de sífilis
- Prueba rápida de VIH previa consejería
- Glucosa

2.2.10.2. Atención prenatal reenforcada

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenforcada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.

- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos.
- La atención prenatal reenfocada debe ser realizada por el profesional de la salud: médico Gineco-Obstetra o médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En ausencia de estos profesionales podrá ser asistido por la enfermera.
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra.
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.
- En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gineco-

obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gineco-obstetra.

- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención.

2.2.10.3. Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante

- Educación en auto cuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.
- Informar a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
- Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
- Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet prenatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/consejería.
- Identificación de Violencia Basada en Género y Depresión.
- Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
- Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.

2.2.10.4. Plan de Parto:

De aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Primera Entrevista: se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijan la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.
- Segunda entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- Tercera entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas. La gestante con la tercera entrevista realizada se considera gestante con plan de parto completo.
- En caso sea atendida la gestante en un hospital, las entrevistas del plan de parto serán realizadas en dicho establecimiento de salud.

En el caso de gestante adolescente, previo consentimiento de la adolescente y en calidad de confidencialidad, la tercera entrevista se realiza en la institución educativa, con la participación del tutor o docente encargado del aula para asegurar: permanencia en la institución educativa, apoyo en caso de emergencia, para garantizar el parto institucional y la reinserción escolar después del mismo.

En el segundo y tercer nivel de atención, las entrevistas pueden realizarse durante la consulta pre natal

Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

2.2.11. Características de las gestantes

Son diversos factores entre ellos sociales, económicos, biológicos entre otros, de la gestante en una realidad concreta o sistema social.

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (27).

2.2.11.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

2.2.11.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación

paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (28).

2.2.11.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (29).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás. Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente) (30). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra.

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades.

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (31).

2.2.11.4. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico. Según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tienen una alta correlación con el aborto y mortalidad materna; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. Por otro lado, la multiparidad también ha

sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (32).

2.2.11.5. Índice de masa corporal (IMC) pregestacional

El IMC es una útil herramienta que es utilizada comúnmente por los profesionales de la salud para determinar si una persona está por debajo su peso normal, exceso de peso u obesidad en adultos.

El estado nutricional deficiente por exceso o por defecto en las mujeres antes y durante el embarazo, está asociado a un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la morbilidad y mortalidad materno-perinatal (33, 34).

El índice de masa corporal (IMC) pregestacional afecta a la salud de la madre durante y después del embarazo, y se relaciona con un aumento del riesgo a sufrir diabetes gestacional, preeclampsia o muerte fetal. Además, el IMC pregestacional elevado aumenta los niveles de ansiedad, estrés y depresión, lo que conlleva al aumento de riesgo de aborto, bajo peso al nacer y prematuridad (35).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia de obesidad en la embarazada se encuentra en un rango comprendido entre 1,8 y 25,3 %, dependiendo de las series (36). La obesidad aumenta de forma considerable la morbimortalidad asociada al embarazo; no sólo por el exceso de peso presente al inicio de la gestación, sino también de la variación en él a medida que el embarazo progresa. Algunos de estos riesgos aumentan con el desarrollo de sobrepeso y varían de acuerdo a la severidad del rango, o debido a la progresión hacia los diferentes subtipos de obesidad (37).

2.3. Variables de Estudio

2.3.1. Identificación de Variable

Variable: Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en centro de salud la Libertad.

Subvariables

Presencia de morbilidad en la gestante adolescente

Tipo de morbilidad que presentó la gestante adolescente

Edad de la gestante adolescente en años

Edad de la primera relación sexual

Número de parejas sexuales incluida la actual

Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal

Nivel de Instrucción de la adolescente embarazada

Estado civil de la adolescente embarazada

Tipo de ocupación de la adolescente embarazada

Paridad antes del embarazo actual en la adolescente

Índice de masa corporal pregestacional en la adolescente embarazada

Número de atenciones pre natales de la gestante adolescente

2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador (es)	Ítem	Valor
Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en centro de salud la Libertad	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, biológica, medica demográfica, económica entre otros que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad; Sobre las características de la gestante adolescente y morbilidades presentes. y registro en la ficha de recolección de datos	Presencia de morbilidad en la gestante adolescente	Gestante adolescente presento morbilidad	Si(1) No(2)
			Tipo de morbilidad presentada en la gestante adolescente	Tipo de morbilidad que tuvo la gestante adolescente	Nominal
			Edad de la gestante adolescente en años	Edad de la gestante adolescente	Numérico
			Edad de la primera relación sexual en años	Edad de la primera relación sexual en la gestante adolescente	Numérico
			Número de parejas sexuales incluida la actual	Número de parejas sexuales incluida la actual	Numérico
			Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal	Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal	Numérico
			Nivel de Instrucción de la adolescente embarazada	Sin estudios	1
				Primaria incompleta	2
				Primaria completa	3
				Secundaria incompleta	4
				Secundaria completa	5
				Superior incompleta	6
				Superior completa	7
			Estado civil de la adolescente embarazada	Soltera	1
				Conviviente	2
				Casada	3
				Viuda	4
				Divorciada	5
			Tipo de ocupación de la adolescente embarazada	Tipo de ocupación de la adolescente embarazada	Nominal
			Paridad antes del embarazo actual en la adolescente	Nulípara	1
				Primípara	2
				Múltípara	3
			Índice de masa corporal pregestacional en la adolescente embarazada	Bajo peso (menos de 19,8)	1
Peso Normal (de 19,8 a 26,0)	2				
Sobrepeso (de 26,1 a 29,0)	3				
Obesidad (mayor de 29,0)	4				
Número de atenciones prenatales de la gestante adolescente	Ninguna atención prenatal	1			
	Una atención prenatal	2			
	Dos atenciones prenatales	3			
	Tres atenciones prenatales	4			
	Cuatro atenciones prenatales	5			
	Cinco atenciones prenatales	6			
	Seis a más atenciones prenatales	7			

2.4. Definición de términos

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

Gestante. Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Adolescente. Individuo de edad entre los 10 y los 19 años.

Gestante adolescente. Adolescente embarazada menor de 20 años.

Morbilidad Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento.

Morbilidad en la gestante Es la complicación o problema de salud que se presenta o se desarrolla durante el embarazo, que pone en riesgo la salud o vida de la mujer y el feto, el cual requiere de una atención inmediata.

Riesgo El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud

Factor de riesgo Son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o efecto.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación sobre morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad; se realizó en el distrito de Huancayo, el cual es uno de los veintiocho que conforman la Provincia de Huancayo, ubicada en el Departamento de Junín, bajo la administración del Gobierno Regional de Junín. Limita por el norte con el Distrito de El Tambo; por el este con el Distrito de Pariahuanca; por el sur con los distritos de Chilca y Sapallanga así como con el Departamento de Huancavelica; y, por el oeste la provincia de Chupaca. Tiene un área de 237,55 kilómetros cuadrados, tiene una población aproximada de 116,953 habitantes

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, retrospectivo porque recolecta y analiza la información que se produjo con anterioridad, los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), transversal porque todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos serán utilizados con finalidades puramente descriptivas. Su propósito es describir la variable y analizarla en un momento dado (38-40).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, buscan especificar las propiedades de la variable, la

caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Es decir, pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (38, 41-43).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (44) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (44).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (40, 42, 43).

Donde:

M O

M: Gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad en el 2018.

O: Características de las gestantes adolescentes y morbilidad.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad en el año 2018; según registros estadísticos fueron un total de 98 gestantes adolescentes. Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (40, 42, 45, 46).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad en el año 2018. (40, 42, 45, 46).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió el análisis documental de las Historias Clínicas, registros de seguimiento, de las usuarias atendidas en el establecimiento de salud. La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, registro de seguimiento de los usuarios.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido.

La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del establecimiento de salud, el permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, historia clínica, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y registro en la ficha de recolección de datos.

Quinto: Con la debida autorización del director del establecimiento de salud, se tuvo una reunión con el responsable de los servicios de salud de obstetricia y con la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información.

Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, historias clínicas, libro de seguimiento entre otros; se aplicó la ficha de recolección de datos a toda la muestra de estudio.

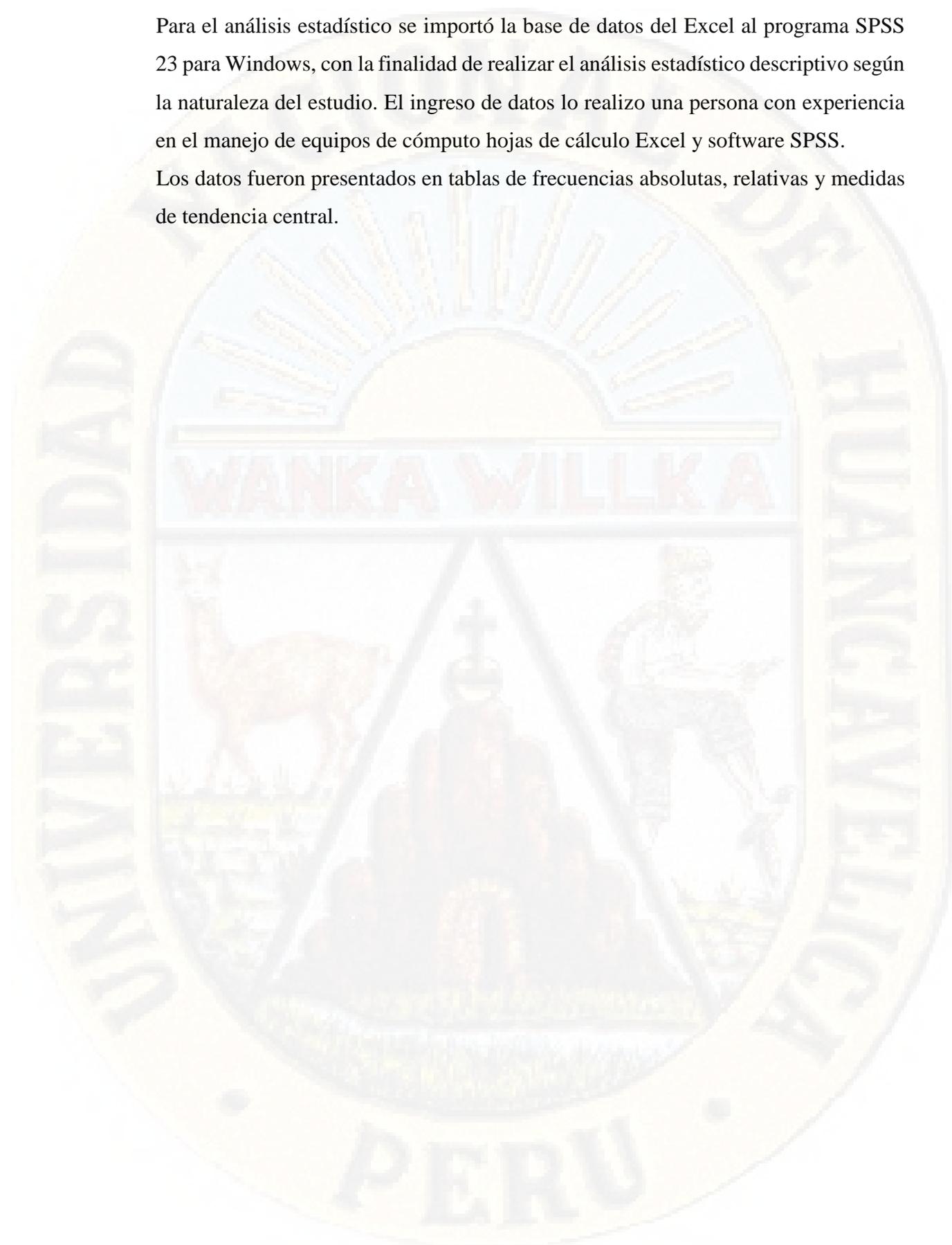
Sexto: Se codificó y tabuló los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exportó la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.



CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos

En el presente estudio, se investigaron las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Tabla 1. Edad de la gestante adolescente, edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Estadísticos	Edad de la gestante adolescente en años	Edad de la primera relación sexual	Número de parejas sexuales	Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal
Numero de gestantes adolescente	98	98	98	98
Media	16.05	15.49	1.42	12.20
Mediana	16.00	15.00	1.00	11.00
Moda	16	15	1	9
Mínimo	14	13	1	5
Máximo	17	17	4	27
Percentiles 25	15.00	15.00	1.00	8.00
Percentiles 50	16.00	15.00	1.00	11.00
Percentiles 75	17.00	16.00	2.00	14.25

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 1. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018. Se encontró como características que la edad

promedio de la gestante adolescente fue de 16.05 años, el 50% tuvo menos de 16 años, el 75% tuvo menos de 17 años. La edad promedio de la primera relación sexual fue 15.49 años, el 50% tuvo su primera relación antes de los 15 años. El número promedio de parejas sexuales en el grupo estudiado fue de 1.42, el 75% tuvo menos de dos parejas sexuales. La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 12.2 semanas, el 75% tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14.25 semanas.

Tabla 2. Nivel de instrucción en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Nivel de Instrucción de la gestante adolescente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria completa	62	63.3	63.3
Secundaria incompleta	21	21.4	84.7
Secundaria completa	15	15.3	100.0
Total	98	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 2. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 63.3% (62) tuvieron primaria completa, el 21.4% (21) tuvieron secundaria incompleta y el 15.3% (15) tuvieron secundaria completa. El 84.7% (83) de las gestantes adolescentes tuvieron nivel de instrucción primaria o secundaria incompleta.

Tabla 3. Estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Estado civil de la gestante adolescente	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	77	78.6
Conviviente	21	21.4
Total	98	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 3. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 78.6% (77) fueron solteras y el 21.4% (21) fueron convivientes.

Tabla 4. Tipo de ocupación en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Tipo de ocupación de la gestante adolescente	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	88	89.8
Ama de casa	8	8.2
Comerciante	2	2.0
Total	98	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 4. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 89.8% (88) fueron estudiantes, el 8.2% (8) fueron amas de casa y el 2% (2) fueron comerciantes.

Tabla 5. Paridad antes del embarazo actual en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Paridad en la gestante adolescente	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	93	94.9
Primípara	5	5.1
Total	98	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 5. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 94.9% (93) fueron nulíparas, el 5.1% (5) fueron primíparas.

Tabla 6. Índice de masa corporal pregestacional en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Índice de masa corporal pregestacional en las gestantes adolescentes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso (menos de 19,8)	18	18.4	18.4
Peso Normal (de 19,8 a 26,0)	73	74.5	92.9
Sobrepeso (de 26,1 a 29,0)	7	7.1	100.0
Total	98	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 6. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 18.4% (18) tuvieron bajo peso pregestacional, el 74.5% (73) tuvieron un peso normal antes de la gestación y un 7.1% (7) tuvieron sobrepeso antes de la gestación.

Tabla 7. Número de atenciones prenatales en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Número de atenciones prenatales en las gestantes adolescentes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Una atención prenatal	6	6.1	6.1
Dos atenciones prenatales	3	3.1	9.2
Tres atenciones prenatales	3	3.1	12.2
Cuatro atenciones prenatales	2	2.0	14.3
Cinco atenciones prenatales	5	5.1	19.4
Seis a más atenciones prenatales	79	80.6	100.0
Total	98	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 7. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 80.6% (79) tuvieron seis a mas atenciones prenatales, el 19.4% (19) tuvieron cinco o menos atenciones prenatales.

Tabla 8. Proporción de gestantes adolescentes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Morbilidad en la gestante adolescente	Frecuencia	Porcentaje
Gestante con morbilidad	37	37.8
Gestante sin morbilidad	61	62.2
Total	98	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 8. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 37.8% (37) tuvieron al menos una morbilidad en el embarazo y el 62.2% (61) no presentaron ninguna morbilidad en el embarazo.

Tabla 9. Tipo de morbilidad que presentaron las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

Morbilidad en la gestantes	Frecuencia	Porcentaje
Infección de tracto urinario	30	30.6
Anemia	13	13.3
Hemorragia en la primera mitad del embarazo	7	7.1
Amenaza de parto pretérmino	4	4.1
Trastorno hipertensivo en el embarazo	3	3.1

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.

En la tabla 9. Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 30.6% (30) presentaron infección de tracto urinario, el 13.3% (13) presentaron anemia, el 7.1% (7) presentaron hemorragia en la primera mitad del embarazo, el 4.1% (4) presentaron amenaza de parto pretérmino y el 3.1% (3) tuvieron trastornos hipertensivos en el embarazo.

4.2. Discusión

Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018. Se encontró como características que la edad promedio de la gestante adolescente fue de 16.05 años, el 75% tuvo menos de 17 años. El 50% tuvo su primera relación antes de los 15 años, el 75% tuvo menos de dos parejas sexuales, el 75% tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14.25 semanas. El 63.3% (62) tuvieron primaria completa, el 21.4% (21) tuvieron secundaria incompleta y el 15.3% (15) tuvieron secundaria completa. Lo hallado concuerda en algunos aspectos con Solís et al (11), Huatatocha (12); quienes encontraron características similares en los grupos de adolescentes estudiados, cabe mencionar que el inicio temprano de las relaciones sexuales expone a riesgos a las adolescentes no solo de embarazos no deseados, sino también a contraer alguna infección de transmisión sexual, por lo cual es pertinente la educación sexual en este grupo estudiado; por otra parte el bajo nivel educativo puede limitar los procesos de educación sanitaria brindados por el sistema de salud.

El 78.6% (77) fueron solteras y el 21.4% (21) fueron convivientes. El 89.8% (88) fueron estudiantes, el 8.2% (8) fueron amas de casa y el 2% (2) fueron comerciantes. El 94.9% (93) fueron nulíparas, el 5.1% (5) fueron primíparas. Los resultados hallados son similares a lo encontrado por Solís et al (11) y difieren de lo hallado por Yucra (16); probablemente estas diferencias se deben a los diferentes contextos sociales. Es importante destacar que un gran grupo de estas adolescentes fueron estudiantes y probablemente sus estudios se vieron truncados; por lo cual es pertinente que el sector educación impulse acciones y estrategias que permitan culminar sus estudios a las madres adolescentes.

El 18.4% (18) tuvieron bajo peso pregestacional, el 74.5% (73) tuvieron un peso normal antes de la gestación y un 7.1% (7) tuvieron sobrepeso antes de la gestación. El 80.6% (79) tuvieron seis a más atenciones prenatales, el 19.4% (19) tuvieron cinco o menos atenciones prenatales. No se encontró estudios similares en adolescentes gestantes para contrastar estos resultados. Es importante mencionar que el estado

nutricional antes de iniciar un embarazo debe ser adecuado, por lo cual se debe fortalecer los servicios de salud en el grupo adolescente para prevenir riesgo y daños en el proceso reproductivo y de su vida sexual. En cuanto a las atenciones prenatales aún sigue encontrándose limitaciones que impiden el acceso al servicio de calidad y continuo.

Del 100% (98) de gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El 37.8% (37) tuvieron al menos una morbilidad en el embarazo. El 30.6% (30) presentaron infección de tracto urinario, el 13.3% (13) presentaron anemia, el 7.1% (7) presentaron hemorragia en la primera mitad del embarazo, el 4.1% (4) presentaron amenaza de parto pretérmino y el 3.1% (3) tuvieron trastornos hipertensivos en el embarazo. Estos resultados son similares a lo hallado por Huatatocha (12), Velastegui et al (13), Pillaca (14), Ramírez (15), Yucra (16), Las morbilidades encontradas en mayor proporción como infección de tracto urinario y anemia; son prevenibles y tratables en un 100%; por lo cual las acciones preventivo promocionales aunadas a una buena atención preconcepcional y prenatal permitirían controlar y disminuir este problema.

Conclusiones

- Primero. Se encontró como características de las gestantes adolescentes que la edad promedio de la gestante adolescente fue de 16.05 años, tres de cada cuatro tuvieron menos de 17 años, la mitad tuvo su primera relación antes de los 15 años, tres de cada cuatro tuvieron menos de dos parejas sexuales y tres de cada cuatro tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14.25 semanas de embarazo.
- Segundo. En el aspecto social, la mayoría tuvieron un bajo nivel educativo, fueron solteras, de ocupación estudiante.
- Tercero. La gran mayoría fueron nulíparas, una de cada cuatro gestantes adolescentes no tuvo un peso normal antes del embarazo.
- Cuarto. Ocho de cada diez gestantes adolescentes tuvieron seis a más atenciones prenatales.
- Quinto. La proporción gestantes adolescentes con morbilidad en el embarazo fue del 37.8%.
- Sexto. Las principales morbilidades encontradas fueron la infección de tracto urinario y la anemia; en mínimas proporciones se encontró la hemorragia en la primera mitad del embarazo, la amenaza de parto pretérmino y los trastornos hipertensivos en el embarazo.

Recomendaciones

Al gobierno regional, en su plan de Desarrollo Regional Concertado debe incorporar políticas públicas integrales que mejoren el acceso a la educación y a la salud.

Al sector salud desarrollar acciones integrales de atención primaria en salud en los adolescentes enfatizando la promoción de la salud, la salud familiar y comunitaria; identificación, prevención y control de riesgos en salud; sobre todo obstétricos para una buena salud materna neonatal.

Seguir mejorando los procesos de accesibilidad a los servicios de salud, servicios diferenciados a la adolescente, atención preconcepcional, medicina familiar, atención prenatal de calidad y mejora de la cartera de servicios.

El personal de salud debe estar capacitado para incentivar e impulsar la atención preconcepcional e identificar condiciones de morbilidad y/o factores de riesgo en la gestante adolescente para una intervención oportuna.

Fortalecer el seguimiento a la gestante por el equipo de salud con involucramiento familiar, fomentando el auto cuidado de la salud.

Las familias, la comunidad, los gobierno locales y regionales deben impulsar y priorizar en la agenda pública políticas de educación en salud sexual para adolescentes y desarrollo personal.

Referencias bibliográficas

1. OMS. El embarazo en la adolescencia. Centro de prensa. Nota descriptiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [updated 23 de febrero del 2018; cited 2018 Sep 5]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología. 2002;28(2):84-8.
3. OPS, UNFPA, UNICEF. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Lima: Representación OPS/OMS en Perú; 2018 [updated 28 de febrero de 2018 cited 2018 Sep 5]. Available from: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0.
4. Gómez OSM, González KO. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. Revista Panamericana de Salud Pública. 2018;42:e99.
5. Belitzky R, Cruz C, Marinho E, Tenzer S. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. La salud del adolescente y el joven en las Americas: Organización Panamericana de la Salud; 1985. p. 221-32.
6. Elster AB, Lamb ME, Tavaré J, Ralston CW. The medical and psychosocial impact of comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. Jama. 1987;258(9):1187-92.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2015. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mayo; 2016.
8. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016;62(1):13-8.
9. Morejón AdJT, Hernández ME, Bofill SD, Díaz AA. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No. 1 del Policlínico “Carlos Verdugo”. 2008. Revista Médica Electrónica. 2008;30(6):764-71.
10. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.

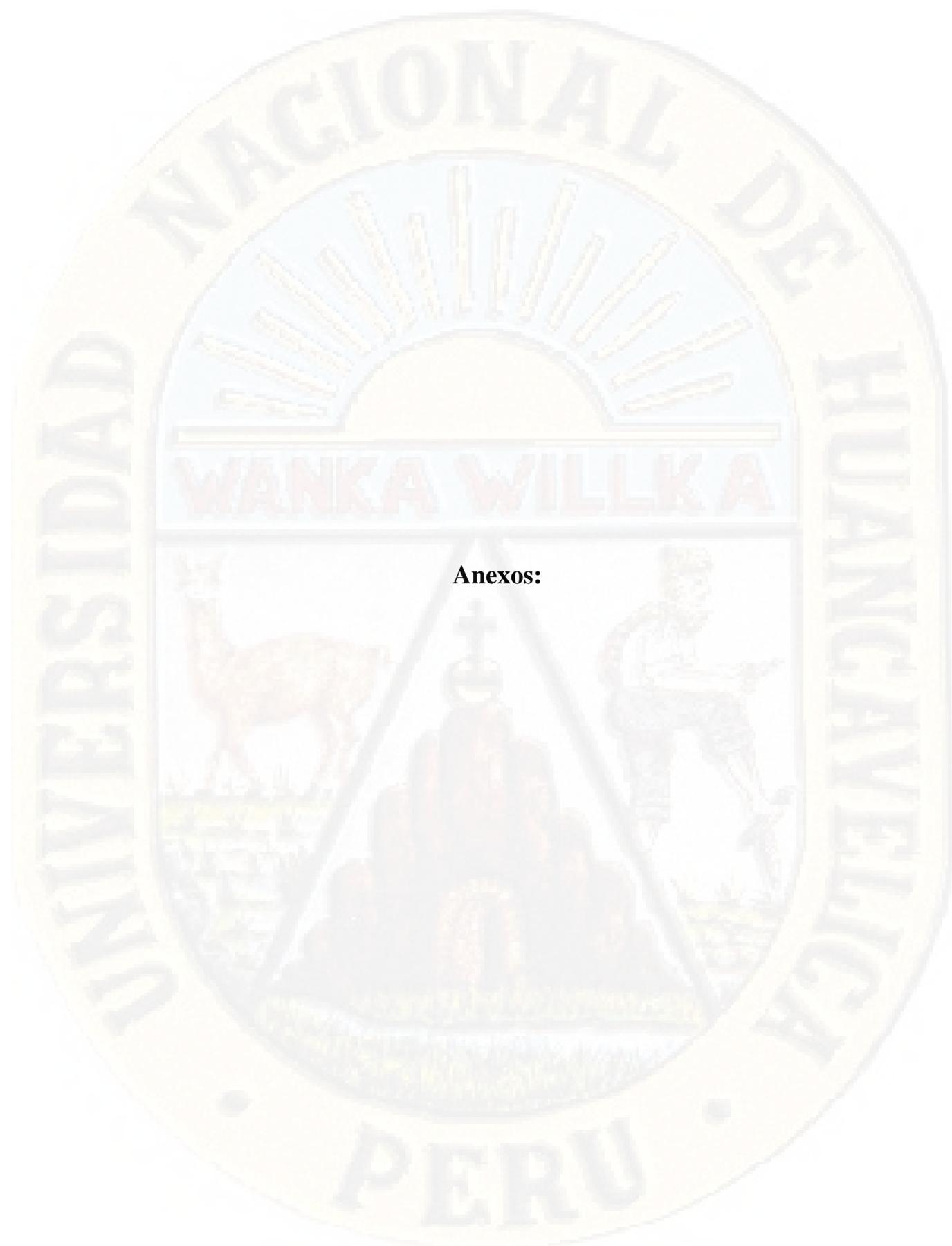
11. Solis Cartas U, Valdés González JL. El embarazo en la adolescencia y su perspectiva sociocultural. *Caribeña de Ciencias Sociales*. 2019(marzo).
12. Huatatoaca Shiguango EK. El embarazo y sus complicaciones en adolescentes atendidas en gineco-obstetricia del hospital Marco Vinicio Iza, Nueva Loja 2018 [Tesis de Titulación]. Ibarra - Ecuador: Universidad Técnica del Norte; Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
13. Velasteguí Egüez JE, Hernández Navarro MI, Cotto R, Joe J, Roby Arias AJ, Franco A, et al. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2018;34(1):37-44.
14. Pillaca Obregón S. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el periodo 2018 [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
15. Ramirez Palma CAY. Complicaciones obstétricas en madres adolescentes y adultas en el hospital de Ventanilla-Callao de enero a diciembre del 2017 [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2019.
16. Yucra Gonzales NM. Complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, en el periodo julio-diciembre del 2017 [Tesis de Titulación]. Huancayo: Universidad Peruana del Centro; Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
17. Cortés MB, Pérez JM. Atención de la salud en el adolescente. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2018;12(61):3553-61.
18. Robaina-Castillo JI, Hernández García F, Ruiz Gómez L. Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia. 2019. 2019;15(1):11.
19. Mattuizzi A, Madar H, Froeliger A, Brun S, Sarrau M, Bardy C, et al. Infección urinaria y embarazo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2018;54(4):1-20.
20. Marcelo Pradenas A. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(6):925-35.
21. Marín GH, Fazio P, Rubbo S, Baistrocchi A, Sager G, Gelemur A. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. *Atención Primaria*. 2002;29(3):158-63.

22. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
23. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
24. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
25. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
26. Ministerio de Salud del Perú. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
27. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
28. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
29. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
30. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
31. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
32. Rodríguez EC, Roura LC, Staff V, Martínez LA, Obstetricia SEdGy. Segó: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, 2 Tomos + Cd-Rom: Panamericana Editorial; 2003.
33. Magriples U, Boynton MH, Kershaw TS, Lewis J, Rising SS, Tobin JN, et al. The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. American journal of obstetrics and gynecology. 2015;213(5):688. e1-. e9.
34. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso ML, Boyle JA, Harrison CL, et al. Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and meta-

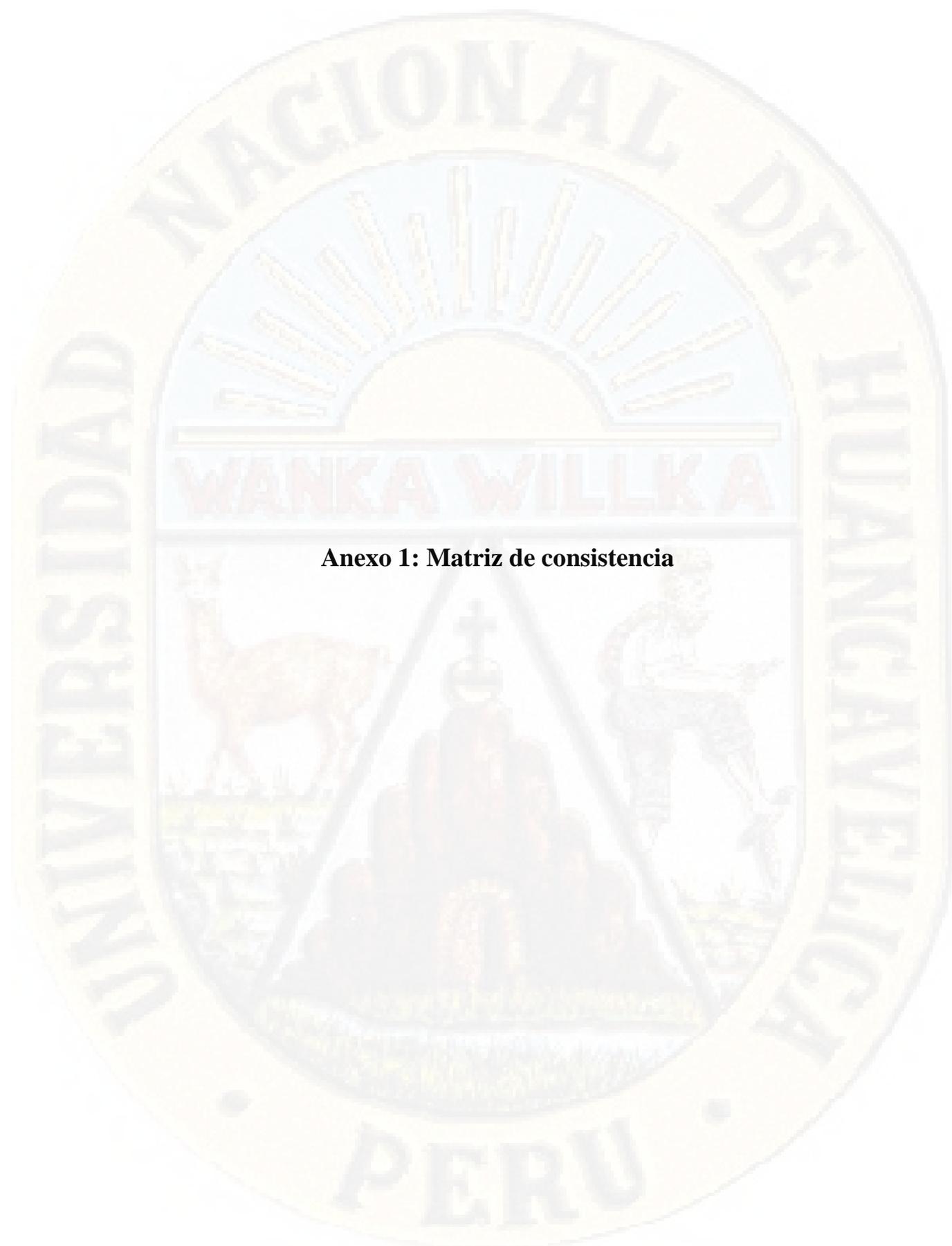
- analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. *BMC medicine*. 2018;16(1):153.
35. Romero-González B, Caparrós-González R-A, Strivens-Vílchez H, Peralta-Ramírez M-I. ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? *Nutrición Hospitalaria*. 2018;35:332-9.
 36. Sirimi N, Goulis DG. Obesity in pregnancy. *Hormones*. 2010;9(4):299-306.
 37. De la Plata Daza M, Pantoja Garrido M, Frías Sánchez Z, Rojo Novo S. Influencia del índice de masa corporal pregestacional y ganancia ponderal materna en los resultados perinatales materno-fetales. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;44(1):1-9.
 38. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. *Metodología de la investigación para las ciencias de la salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
 39. Londoño Fernández JL. *Metodología de la investigación epidemiológica*. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
 40. Martínez Montañó MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
 41. Arias Odón FG. *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
 42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. *Metodología de la investigación*. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
 43. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. *Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias*. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
 44. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. *Metodología de la investigación*. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
 45. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. *Bioestadística*. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
 46. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. *Metodología de la investigación bioestadística y*

bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL
Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.





Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA
INVESTIGACIÓN: Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en centro de salud la Libertad, Huancayo 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuáles son las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las características de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018? ▪ ¿Cuál es la proporción de gestantes adolescentes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018? ▪ ¿Cuáles son las morbilidades que se presentan en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018? 	<p>Objetivo general Determinar las características de las gestantes adolescentes y las morbilidades que presentaron en su atención en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar las características de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018. ▪ Identificar la proporción de gestantes adolescentes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018. ▪ Identificar las morbilidades que se presentan en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo 2018. 	<p>La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbilidad materna y perinatal (2). Sin embargo, no todas las mujeres acceden a la atención prenatal reenfocada y al paquete básico de atención. Algunas no logran la adherencia a las</p>	<p>Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en centro de salud la Libertad.</p>	<p>Morbilidad</p> <p>Características de las gestantes adolescentes</p>	<p>Presencia de morbilidad en la gestante adolescente</p> <p>Tipo de morbilidad presentada en la gestante adolescente</p> <p>Edad de la gestante adolescente en años</p> <p>Edad de la primera relación sexual en años</p> <p>Número de parejas sexuales incluida la actual</p> <p>Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal</p> <p>Nivel de Instrucción de la adolescente embarazada</p> <p>Estado civil de la adolescente embarazada</p> <p>Tipo de ocupación de la adolescente embarazada</p> <p>Paridad antes del embarazo actual en la adolescente</p> <p>Índice de masa corporal pregestacional en la adolescente embarazada</p> <p>Número de atenciones pre natales de la gestante adolescente</p>	<p>Gestante adolescente presenta morbilidad</p> <p>Tipo de morbilidad que tuvo la gestante adolescente</p> <p>Edad de la gestante adolescente</p> <p>Edad de la primera relación sexual en la gestante adolescente</p> <p>Número de parejas sexuales incluida la actual</p> <p>Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal</p> <p>Sin estudios</p> <p>Primaria incompleta</p> <p>Primaria completa</p> <p>Secundaria incompleta</p> <p>Secundaria completa</p> <p>Superior incompleta</p> <p>Superior completa</p> <p>Soltera</p> <p>Conviviente</p> <p>Casada</p> <p>Viuda</p> <p>Divorciada</p> <p>Tipo de ocupación de la adolescente embarazada</p> <p>Nulipara</p> <p>Primipara</p> <p>Multipara</p> <p>Bajo peso (menos de 19.8)</p> <p>Peso Normal (de 19.8 a 26.0)</p> <p>Sobrepeso (de 26.1 a 29.0)</p> <p>Obesidad (mayor de 29.0)</p> <p>Ninguna atención prenatal</p> <p>Una atención prenatal</p> <p>Dos atenciones prenatales</p> <p>Tres atenciones prenatales</p> <p>Cuatro atenciones prenatales</p> <p>Cinco atenciones prenatales</p> <p>Seis a más atenciones prenatales</p>	<p>Si(1) No(2)</p> <p>Nominal</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>Nominal</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p>Tipo de investigación investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo.</p> <p>Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno</p> <p>Esquema:</p> <p align="center">M O</p> <p>M: Gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud La Libertad, Región Junín</p> <p>O: Características de las gestantes adolescentes y morbilidades que presenta.</p> <p>Población, muestra, muestreo</p> <p>La población Fueron todas las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud La Libertad en el año 2018; que según registros estadísticos fueron un total de 98 gestantes adolescentes.</p> <p>Muestra: El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud La Libertad en el año 2018.</p>



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

FORMATO N° 01

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE MORBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES
ADOLESCENTES**

Investigación: Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en centro de salud la Libertad, Huancayo 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, e informe; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____/____/2018. Hora del llenado: ____:____ horas
- 1.4. Región de procedencia de la gestante: _____
- 1.5. Provincia de procedencia de la gestante: _____
- 1.6. Distrito de procedencia de la gestante: _____
- 1.7. N° de historia clínica: _____

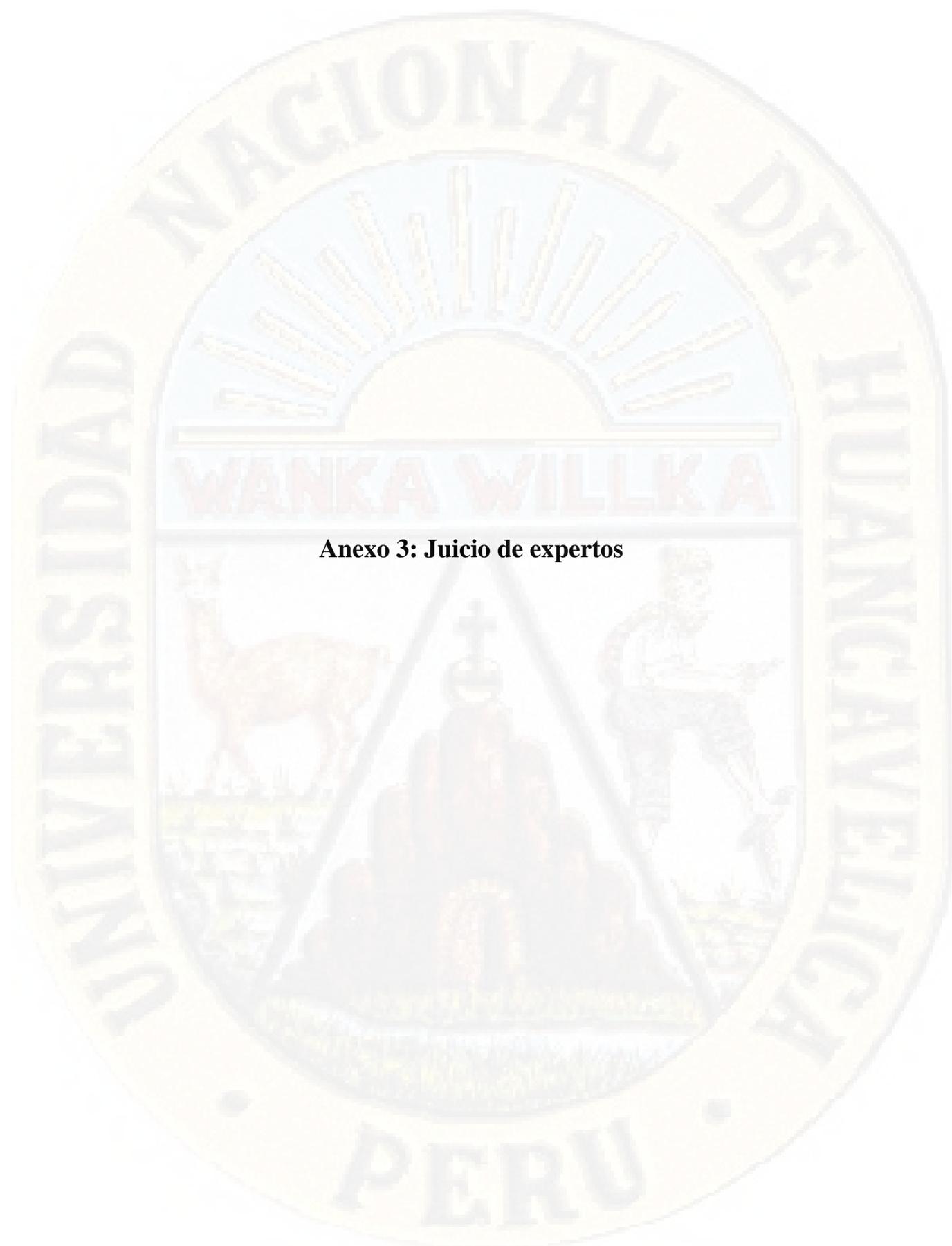
II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

- a. Edad de la adolescente embarazada _____ años.
- b. Edad de la primera relación sexual _____ años.
- c. Número de parejas sexuales _____
- d. Tipo de ocupación de la adolescente embarazada:

- e. Estado civil de la adolescente embarazada
 - a) Soltera (1)
 - b) Conviviente (2)
 - c) Casada (3)
 - d) Viuda (4)
 - e) Divorciada (5)
- f. Nivel educativo de la adolescente embarazada
 - a) Sin instrucción (1)
 - b) Inicial (2)
 - c) Primaria Incompleta (3)
 - d) Primaria completa (4)

- e) Secundaria incompleta (5)
- f) Secundaria completa (6)
- g) Superior incompleta (7)
- h) Superior completa (8)
- g. Paridad de la adolescente (Número de partos antes del embarazo actual) _____
- h. Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal _____
- i. Peso antes del embarazo _____._____ kilogramos
- j. Talla antes del embarazo _____._____ metros
- k. Número de atenciones pre natales de la adolescente embarazada
 - a) Ninguna atención prenatal (0)
 - b) Una atención prenatal (1)
 - c) Dos atenciones prenatales (2)
 - d) Tres atenciones prenatales (3)
 - e) Cuatro atenciones prenatales (4)
 - f) Cinco atenciones prenatales (5)
 - g) Seis a más atenciones prenatales (6)
- l. Morbilidad de la gestante adolescente:
 - 1 No presenta ninguna morbilidad ()
 - 2 Presenta morbilidad () Si la gestante presenta morbilidad mencione cada una de las morbilidades que presenta:
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____
 - d) _____

Observaciones:



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en centro de salud la Libertad, Huancayo 2018.

Investigador: *Obsta. Marcelo Zevallos Kerly*

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la "FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE MORBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES" que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

	Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
Variable						
1	Presencia de morbilidad en la gestante adolescente					
2	Tipo de morbilidad que presento la gestante adolescente					
3	Edad de la gestante adolescente en años					
4	Edad de la primera relación sexual					
5	Número de parejas sexuales incluida la actual					
6	Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal					
7	Nivel de Instrucción de la adolescente embarazada					
8	Estado civil de la adolescente embarazada					
9	Tipo de ocupación de la adolescente embarazada					
10	Paridad antes del embarazo actual en la adolescente					
11	Índice de masa corporal pregestacional en la adolescente embarazada					
12	Número de atenciones pre natales de la gestante adolescente					

Recomendaciones:

.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	DNI N°
Dirección:	Teléfono/Celular:
Título Profesional:	
Grado Académico:	
Mención:	

Firma

Lugar y Fecha

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE MORBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

Investigación: Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en centro de salud la Libertad, Huancayo 2018.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓ A	↓ B	↓ C	↓ D	↓ E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$

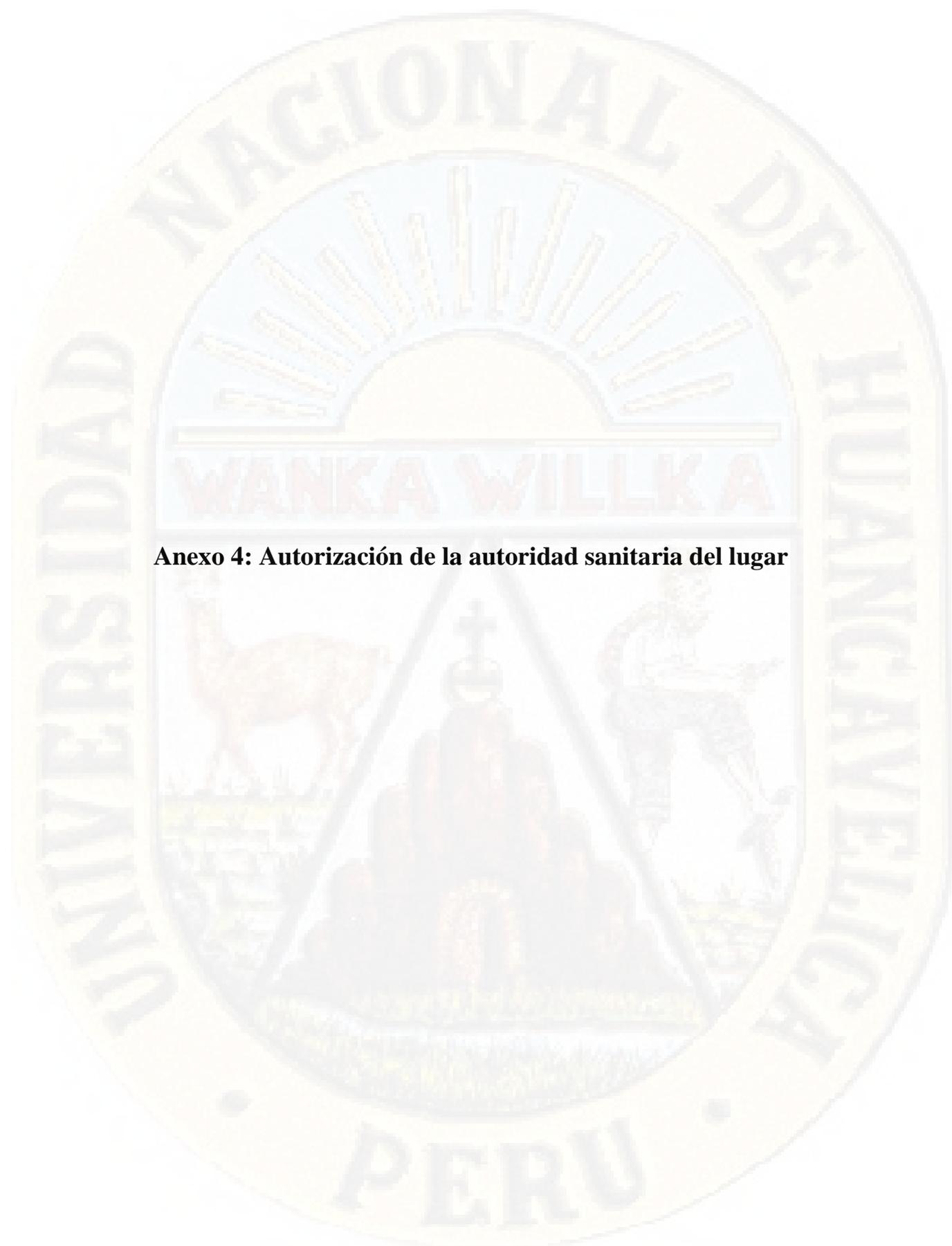
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	○	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	○	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	○	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	○	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....
.....

.....
Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD - JUNÍN

SD.

Yo, Obsta. Marcelo Zevallos, Kerly identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en Emergencias y alto riesgo obstétrico, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en centro de salud la Libertad, Huancayo 2018.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Concepción, 19 de febrero del 2019.

Firma del Interesado