



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS  
RELACIONADOS A LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL DISTRITAL  
SANTA ISABEL. 2010 – 2014.**

**AUTORA:**

**GLADYS VERÓNICA CASTRO GRADOS.**

**ASESORAS:**

**DRA. LADYS KARIN SANTOS REBAZA.**

**Dra. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE.**

**Dra. IRMA YUPARI AZABACHE.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**SALUD MATERNA Y PERINATAL.**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2016**



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS  
RELACIONADOS A LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL DISTRITAL  
SANTA ISABEL. 2010 – 2014.**

**AUTORA:**

**GLADYS VERÓNICA CASTRO GRADOS.**

**ASESORAS:**

**DRA. LADYS KARIN SANTOS REBAZA.**

**Dra. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE.**

**Dra. IRMA YUPARI AZABACHE.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**SALUD MATERNA Y PERINATAL.**

**TRUJILLO - PERÚ**

**2016**

## PÁGINA DEL JURADO

.....  
Dra. Ladys Karin Santos Rebaza.

Presidente

.....  
Dra: Irma Yupari Azabache.

Secretario

.....  
Dra. Ana Vilma Peralta Iparraguirre.

**Vocal**

## DEDICATORIA

A la Universidad César Vallejo y nuestra querida maestra Ana Peralta Iparraguirre, por permitirme ser mi guía para la realización de mi tesis, el cual mi agradecimiento es infinito por tanto apoyo.

A mi madre por brindarme los recursos necesarios para cumplir con mis objetivos como persona y estudiante, también por sus consejos, enseñanzas y amor.

*Gladys Verónica Castro Grados.*

## AGRADECIMIENTO

A mis padres quien me inculcaron valores, y fuerza de voluntad por mostrarme el camino hacia el mundo, sin temor y sin vergüenza alguna, para superar todo obstáculos que nos pone el día con día en la vida.

A nuestra asesora por orientarnos eficazmente en todos los momentos de elaboración, ejecución y desenlace de nuestra investigación.

A los bibliotecarios de la Universidad César Vallejo, porque nos brindaron una correcta atención y nos prestaron todos los libros y tesis que requerimos para el desarrollo de este trabajo.

Al personal de salud; por brindarnos la información necesaria para la ejecución del proyecto y nos dejaron interactuar activamente con las gestantes que acuden al “Hospital Distrital Santa Isabel”.

*Gladys Verónica Castro Grados.*

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Gladys Verónica Castro Grados con DNI N° 71327517, estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada “FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y OBSTETRICOS RELACIONADOS A LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL 2010-2014”, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada-

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Noviembre del 2016.

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante Ustedes la Tesis titulada:

“Factores Sociodemográficos y obstétricos relacionados a la morbilidad y mortalidad en Adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel 2010-2014.

Este estudio de investigación ha sido realizado con la finalidad de constatar los factores sociodemográficos como obstétricos y así mismo relacionar su importancia e implicancia con la morbi –mortalidad materna en adolescentes embarazadas, para una posterior concientización del personal de salud, identificando sus debilidades y asumiendo la responsabilidad de esta labor servicial, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Obstetra.

*Gladys Verónica Castro Grados*

# INDICE

PÁGINA DEL JURADO .....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD .....	v
PRESENTACIÓN .....	vi
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Realidad problemática.....	1
1.2. Trabajos Previos.....	1
1.3. TEORIAS RELACIONADOS AL TEMA .....	5
1.4. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	12
1.5. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO .....	12
1.6. HIPOTESIS.....	12
<b>II. METODO .....</b>	<b>15</b>
2.1. DISEÑO DE INVESTIGACION: .....	15
2.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	15
VARIABLES 1:.....	15
OPERALIZACION DE VARIABLES .....	16
2.3. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO.....	1
<b>POBLACION:</b> .....	<b>1</b>
<b>Criterios de inclusión .....</b>	<b>1</b>
<b>Criterios de exclusión .....</b>	<b>1</b>
<b>MUESTRA.....</b>	<b>2</b>
2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	4
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	4
2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:.....	5
2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	5
<b>III. RESULTADOS.....</b>	<b>7</b>
<b>IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>23</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>31</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>32</b>



## **RESUMEN**

Con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y obstétricos con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas del Hospital Distrital Santa Isabel se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivos y correlacional con información del periodo 2010 – 2014, obtenido de las historias clínicas de 136 adolescentes embarazadas, las mismas que debieron tener la información completa para cumplir con los objetivos de la presente investigación; los resultados demostraron que si se relacionan los factores sociodemográficos como edad, grado de instrucción, procedencia y factores obstétricos como paridad, antecedente de aborto, inicio de las relaciones sexuales, menarquia y edad gestacional con la morbimortalidad materna en adolescentes debido a la significancia estadística realizada donde  $p < 0.05$ .

Palabras clave: Factores sociodemográficos, factores obstétricos, morbilidad, mortalidad materna

## **ABSTRACT**

In order to determine the relationship between socio-demographic and obstetric factors with morbidity and mortality in pregnant adolescents District Hospital Santa Isabel quantitative, retrospective correlational study was conducted with information for the period 2010 - 2014, obtained from medical records 136 pregnant adolescents, the same that should have complete information to meet the objectives of this research; the results showed that if socio-demographic factors such as age, level of education, origin and obstetrical factors such as parity relate, history of abortion, onset of sexual relations, menarche and gestational age with maternal morbidity and mortality in adolescents because of the significance where  $p = \text{statistical performed} < 0.05$ .

Keywords: socio-demographic factors, obstetrical factors, morbidity, maternal mortality

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad problemática.

La adolescencia es la etapa más difícil, donde se presentan nuevos cambios físicos y psicológicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que este es la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva y se va formando patrones biológicos y psicológicos que los acompañarán durante toda su vida<sup>1</sup>.

En el Perú actualmente el 49.2% de los adolescentes son mujeres de las cuales el 12.5% están embarazadas; de este grupo el 9.9% ya son madres y el 2.6% por primera vez están gestando. Esto demuestra un gran problema de salud pública, debido a que el embarazo adolescente es una de las causas de muerte materna, siendo una de las opciones para la mayoría de ellas acudir a lugares clandestinos e inadecuados donde se realizan abortos, poniendo en riesgo su vida de ellas y del bebe<sup>1</sup>.

Una serie de estudios realizados, demuestra que el riesgo de parto pre término es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. Además existe epidemiológicamente una alta asociación entre el nacimiento de un niño antes las 37 semanas son la ocupación materna (mayormente amas de casa), grado de instrucción (predominante primaria), estado civil (solteras) y aquellas provenientes de lugares considerados de clase social baja, así mismo en los factores obstétricos encontramos que la nuliparidad, el antecedente de parto pre término, ausencia o deficiencia de atención prenatal y ruptura prematura de membrana son factores que de alguna manera se relacionan con esta entidad<sup>2</sup>.

### 1.2. Trabajos Previos

Al respecto, Tapia M, Jiménez A, Pérez I.<sup>3</sup> (Guatemala, 2011), realizaron un estudio descriptivo transversal realizado en el periodo de septiembre-noviembre de 2011, en una muestra por conveniencia de 100 adolescentes que se encontraban en la segunda mitad del embarazo, de las cuales 96% tuvo riesgo medio para la edad (15 a 19 años); aunque 9 tuvieron mayor riesgo debido a que tenían 15 años o menos; 27% eran solteras, 23% correspondían a un nivel

socioeconómico bajo, dos terceras partes reportó una escolaridad de 9 años o menos. Respecto a los factores biológicos cuatro de cada 10 tuvieron riesgo medio o alto en función de su peso (35% entre 41 a 50 kg. y 6.1% con menos de 40 kg.); la gran mayoría eran nulíparas; 12% con tabaquismo positivo; 16% tuvo amenaza de aborto; 11% con amenaza de parto pre término; el problema de salud más importante fue la infección de vías urinarias 28% la tenía controlada y 10% activa.

Serrano D.<sup>4</sup> (Bolivia, 2011), en su estudio registró 28.060 partos de los cuales 1856 (33,2 %) correspondían a embarazadas adolescentes. Al evaluar las características personales de las adolescentes embarazadas encontró que el intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, registrándose 432 casos (77,6%); El nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (99,6 %); Según el estado civil 502 (90,1%) de las adolescentes estudiadas la mayoría eran solteras y el 73,8% eran procedentes de zonas urbanas. Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes embarazadas se evidenció que la edad promedio de la menarquia fue a los 12 años; el 73,1% se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad; el 97,7% eran primigestas el 73,6% habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo; así mismo el 87,6% no se habían realizado citología y el 88,2% no usaron métodos anticonceptivos.

Saez V.<sup>5</sup> (Cuba, 2012), realizó un estudio retrospectivo de caso control, con la finalidad de conocer la morbilidad del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital "Clodomira Acosta Ferrales" desde el 1ro enero de 2008 al 31 de marzo del 2012. El grupo estudio fue de 184 adolescente y comparó con un grupo control representado por las gestantes de 15 a 20 años (n = 439) atendidas en dicho centro, en igual periodo de tiempo. Datos referentes a antecedentes patológicos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se recogieron en una encuesta habilitada al efecto y se procesaron utilizando el sistema estadístico SPSS. Entre los resultados más relevantes se destacan la alta incidencia de bajo peso materno, la mayor frecuencia de infecciones vaginales,

anemia, hipertensión inducida y parto instrumentado, así como desgarros cervicales y hemorragia puerperal entre las adolescentes.

López M. <sup>6</sup> (Cuba, 2013), realizó una investigación observacional, analítica con una muestra de 1200 adolescentes menores de 18 años atendidas de junio hasta diciembre 2013, en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil; las mismas que cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión. El promedio de edad de las adolescentes fue de 16 años. El 56,3 % de sus nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer, el cual fue mayor en el grupo de adolescentes menores de 15 años; cuyo factor de riesgo persistente para bajo peso al nacer fue la falta de controles prenatales.

Romero y et al <sup>7</sup> (Perú, 2013) desarrollaron una investigación con la finalidad de determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo de tipo caso y control, conformado por 105 casos (todas aquellas pacientes con parto pretérmino) y 105 controles (pacientes con parto a término), tomados entre el periodo de septiembre 2010 a marzo 2011. La frecuencia encontrada de parto pretérmino fue de 8,57% (105) de un total de 1225 partos, con una media de edad de 25,7; se encontró como factores de riesgo el número de controles prenatales menores de seis 95%, ruptura prematura de membranas al 95%, anemia 95% y preeclampsia 95%. Se concluyó que los factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo – Perú son: número de controles prenatales menores de seis, ruptura prematura de membranas, anemia y preeclampsia.

Iparraguirre M <sup>8</sup>(Perú 2013), en su estudio que hizo sobre los factores que condicionan el parto pre termino en el Servicio de Maternidad del Hospital Daniel Alcides Carrión y el Hospital del Carmen de Huancayo, identifico los factores de mayor incidencia del Hospital Carrión; fueron: ruptura prematura de membranas (26%), infección de tracto urinario (22%) y es más frecuente en primíparas de 15 a 18 años y que el 80 % fueron gestantes no controladas; mientras que el Hospital El Carmen los factores de mayor incidencia fueron: ruptura prematura

de membranas (26%), infección del tracto Urinario (20%) preeclampsia (12%) y es más frecuente en primíparas de 15 a 18 años, teniendo un 52% de gestantes no controladas.

Zelada, P. <sup>9</sup> (Perú, 2013), realizó un estudio de casos y controles, del 1ro de Enero del 2004 al 31 de Diciembre del 2008, siendo los casos 165 mujeres que culminaron su embarazo antes de las 37 semanas y controles 355 mujeres con parto a término del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna. La incidencia fue de 4.44%. La edad predominante para que se produzca el parto pre término fue de 12 a 18 años. No hubo diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) fueron tener 1 a 3 controles prenatales, presentar antecedentes de recién nacido pre termino y ruptura prematura de membranas.

A nivel nacional tenemos a Heredia I. <sup>10</sup> (Perú, 2015), realizó un estudio observacional y caso – control; de tipo transversal y retrospectivo; constituido por las gestantes con pre-eclampsia atendidas y hospitalizadas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Loreto durante los años 2010 – 2014, siendo los controles gestantes sin diagnóstico de cualquier enfermedad hipertensiva, cuyos resultados fueron que en las preeclámpticas el 58,2% tenía de 15 a 20 años, encontrando la edad menor de 15 años y la edad mayor de 20. El 1,8% presentó IMC bajo, el 62,7% ÍMC normal, el 24,5% sobrepeso y el 10,9% fueron obesas. Se encontró relación con la preeclampsia a la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas con la nuliparidad, el embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional la Hipertensión arterial crónica y el antecedente familiar Enfermedad Hipertensiva. Concluyendo que los factores de riesgo asociados a preeclampsia fueron la edad menor de 15 años, la edad mayor de 20 años, la obesidad, la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas, la nuliparidad, el embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional, la hipertensión arterial crónica y el antecedente familiar Enfermedad hipertensiva.

Bendezu G, Espinoza D. <sup>11</sup> (Perú, 2015), realizo un estudio de 177 adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, EsSalud,

lca entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014 y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes y registros de partos, cuyas principales medidas de resultados: Características obstétricas y perinatales; obteniendo así que el embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Conclusiones: El embarazo en la adolescencia tiene riesgo elevado de complicaciones, haciendo necesario el desarrollo de políticas de salud, de educación sexual y sanitaria encaminadas a reducir las tasas de embarazo en este grupo etario.

### **1.3. TEORIAS RELACIONADOS AL TEMA**

Es por eso la importancia del presente estudios radica en identificar los principales factores demográfico como obstétricos que condicionan al parto en una población de alto riesgo obstétrico como son las adolescentes que tienen una elevada incidencia de esta patología, contribuyendo al mejor conocimiento de estos factores, lo que servirá como punto de partida esencial para el planteamiento y desarrollo de los estudios, por ello resulta la inquietud de plantearme el siguiente problema de investigación. La situación de salud en Perú se caracteriza por las altas tasas de mortalidad materna e infantil que presentan en comparación con otros países en vías de desarrollo. La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con mayor claridad evidencia la inequidad y la exclusión social, así como la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales <sup>12</sup>.

En los países subdesarrollados la mortalidad materna es cien veces más alta que en los países desarrollados, lo cual afecta, principalmente, a las mujeres pobres y más vulnerables. Estos índices reflejan la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres. Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las residentes de zonas urbanas y rurales. La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el embarazo. En el caso de los varones, no existe ninguna causa de muerte que se acerque en magnitud a la de la mortalidad y morbilidad materna <sup>13</sup>.

Los especialistas señalaron que la mayoría de las muertes maternas se pueden evitarse, y que para ello deben acceder a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Aseguraron que pese a que la mortalidad materna disminuyó en Perú casi 50% aún tenemos tareas pendientes para cumplir las “Metas del Desarrollo del Milenio”, que implica alcanzar para el 2015 la cifra de 66 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Según el ENDES 2013, en el Perú mueren 93 madres por cada 100 mil nacidos vivos . La calidad de vida y de salud de las mujeres están, en gran medida, influenciadas por muchos factores, entre ellos, los culturales, socioeconómicos, educativos, y por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. La salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal debe promoverse, pues constituye un determinante importante del desarrollo social y económico. La articulación de los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad materna nos permite reconocer que la falla en la reducción efectiva de la muerte materna representa una de las grandes injusticias sociales de nuestros tiempos <sup>14</sup>.

Por otro lado se dice que en los últimos tres años, la mortalidad materna en adolescentes ha registrado una tendencia al aumento, pasando de 4.6% en el 2010 a 9.6% en el 2012, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes 2012) debido especialmente a casos de violencia sexual, la poca información sobre métodos de planificación familiar y la falta de educación sexual en los colegios. De estas dijeron, el 80% de las causantes de mortalidad materna



(según la OMS) son las hemorragias graves, que en su mayoría se presentan durante el parto; también las infecciones, que se registran tras el parto; la preeclampsia y la eclampsia o hipertensión gestacional y los abortos peligrosos<sup>15</sup>.

En la actualidad, el concepto de salud materna, se ha ampliado primero al análisis de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital, y en segundo lugar a la integración de aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género. El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias y necesidades de las gestantes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades <sup>16</sup>.

El Ministerio de Salud (MINSA), define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 12 años hasta los 17 años 11 meses y 29 días. Surge con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca, psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales y personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física<sup>17</sup>.

Durante la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo y por lo tanto es la edad promedio a la que se presenta el primer embarazo <sup>18</sup>.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para

interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de mortalidad y morbilidad, tanto para la madre como para el niño. Las jóvenes adolescentes no sólo están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores o ya adultas para tener un hijo, sino que también están menos preparadas físicamente para dar a luz. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor ya que pueden sufrir complicaciones médicas como toxemia, hipertensión, inducida por el embarazo, anemia grave, parto a pre término y/o placenta previa<sup>19</sup>.

La población adolescente se encuentra rodeada de múltiples factores de riesgo, crecen en una cultura donde los compañeros, el Internet, la televisión, el cine y la música, transmiten mensajes a favor de las relaciones sexuales, como consecuencia de ello, el inicio de la actividad sexual a edad más temprana, en búsqueda posiblemente de respuestas a interrogantes sobre las relaciones sexuales, o a vivir experiencias que escuchan o ven en los medios de comunicación; el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo de tener embarazos, abortos, partos, que en esta edad traen consecuencias adversas para el feto . En la historia reproductiva, la paridad influye en esta entidad ya que el número de gestaciones previas es un factor de riesgo para presentar parto pre término, las gestantes nulíparas tienen mayor riesgo, pero las gestantes con un número de partos igual o superior de tres, también tienen aumentado el riesgo de prematuridad <sup>20</sup>.

El concepto de alto riesgo obstétrico incide en forma específica sobre el peligro potencial de morbilidad y mortalidad materna. Comprende la investigación de todos los parámetros condicionantes de peligro durante el embarazo y el parto. Considerando factores de alto riesgo, la falta de control prenatal, el estado

socioeconómico y cultural bajo, edad, paridad, antecedentes obstétricos no deseados y periodo intergenésico corto <sup>21</sup>.

Por otro lado la edad como factor de riesgo se relaciona con la morbilidad y mortalidad materna, es alta entre las gestantes menores de 15 años y mayores de 35 años. La mortalidad en las mujeres adolescentes se asocia a la actividad sexual precoz y al embarazo a muy temprana edad, debido a su escasa preparación social, psicológica y física para la gestación. Generalmente se tratan de embarazos no deseados, que algunas veces terminan en aborto clandestino. En el embarazo de las adolescentes las complicaciones obstétricas son más frecuentes debido a que no ha completado el desarrollo corporal para soportar el embarazo que con frecuencia se suman a estos factores económicos y sociales <sup>22</sup>.

En cualquier edad el embarazo en la adolescencia es un proceso psicosocial de gran importancia, que va acompañado de una serie de situaciones adversas. La OMS (2001) considera el embarazo como un grave problema de salud pública que aumenta año tras año en todos los países. En esta etapa de la vida se asocia con factores relacionados al bajo nivel socioeconómico, inestabilidad de la familia e influencia de los compañeros en la iniciación de la vida sexual activa; hay poco control prenatal, y este factor contribuye a la morbilidad y mortalidad maternas. El embarazo de la adolescente, igual que otros problemas de salud, pone de relieve la desigualdad social, ya que no todas las jóvenes tienen acceso a los servicios de salud, y por tanto están más expuestas a enfermedades y muerte por causas que se pueden prevenir y curar. Algunas adolescentes consideran el embarazo como un rito iniciativo para la vida adulta, y es más frecuente que se produzca en adolescentes deprimidas, inseguras de su atractivo físico o perteneciente a matrimonios conflictivos<sup>23</sup>.

Los factores condicionantes a un embarazo adolescente son: los factores biológicos y los factores psicológicos en donde la pubertad no implica madurez psicológica, por tanto, los adolescentes no siempre son capaces de comprender todas las consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual. La experiencia

sexual en la joven adolescente no responde únicamente a un simple deseo de sexo, sino más bien a un interés por ser aceptada, cuidada y protegida <sup>24</sup>. Por otra parte, las mujeres con escasa autoestima, dependientes o con insuficiente o ninguna comunicación con sus padres están expuestas a un inicio sexual temprano, con el consiguiente riesgo de quedar embarazadas; así mismo, también se considera a los factores culturales, en donde diversos estudios muestran mayor frecuencia de embarazos en grupos sociales de menor grado cultural. La falta de educación sexual adecuada contribuye en gran medida al aumento del número de embarazos y finalmente los factores socio-económicos donde se considera a la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, la iniciación a las drogas, alcohol, e incluso la indigencia favorece de forma notable su incremento<sup>24</sup>.

El parto pre término, según el Ministerio de Salud (MINSA), se define como aquel nacimiento que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer, y cuando hay Ruptura Prematura de Membranas, se define como la pérdida de la integridad del saco gestacional (membranas corioamnióticas) antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas, independiente de la edad gestacional. En la cual se evidencia pérdida de líquido por vagina, con olor a lejía, de color transparente, o verdoso si se asocia a sufrimiento fetal; Visión directa de salida de líquido amniótico por cérvix al examen con espéculo <sup>25</sup>.

En las adolescentes embarazadas es muy importante tener en cuenta y evaluar en cada consulta médica, para prevenir la preeclampsia, ya que es más frecuente en las embarazadas jóvenes, bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que se reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas; en el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se involucra una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped; además se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, cuyas manifestaciones clínicas pueden presentarse por

separado o asociadas. Este mecanismo común podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que se muestran en mayor frecuencia en las adolescentes: estados hipertensivos gestacionales, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino. También en la adolescente embarazada, durante el trabajo de parto, observamos los desgarros del canal del parto, que se dice que es un traumatismo perineal ocasionado en el periodo expulsivo <sup>26</sup>.

Los desgarros de la vagina y del perineo se clasifican como primero, segundo, tercero o cuarto grado. Los desgarros de primer grado afectan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y músculos subyacentes, los desgarros de segundo grado también afectan la fascia y el musculo del cuerpo perineal, peso sin comprometer el esfínter anal (estos desgarros por lo general se extienden en dirección superior en uno o ambos lados de la vagina y determinan una lesión triangular irregular), los desgarros de tercer grado abarcan la piel, la mucosa y el cuerpo perineal y también afectan el esfínter anal, los desgarros de cuarto grado se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto<sup>27</sup>.

Así mismo, la amenaza del parto durante la adolescencia es un factor de riesgo para el parto pre término. A la prematuridad contribuyen una serie de condiciones presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones. El trabajo de parto prolongado se asoció principalmente a distocias de posición, desproporción céfalo pélvica y dilatación estacionaria<sup>28</sup>. La prevención del embarazo en adolescentes aumento en el mundo entero en la última década, y constituye una situación de riesgo social y biológico. Una atención sistematizada de toda gestante es sin duda alguna, la mejor garantía un óptimo resultado perinatal. El evidente desarrollo experimentado por parte de las consultas prenatales en los últimos años se ha convertido en el centro de gravedad de buena parte de la obstetricia actual. <sup>28</sup>

#### **1.4. FORMULACION DEL PROBLEMA**

Es por ello que analizando todo lo mencionado se propuso el siguiente problema: ¿Qué factores sociodemográficos y obstétricos se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el registro. Hospital Distrital Santa Isabel durante el periodo del 2010-2014?

#### **1.5. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

Cabe resaltar que el embarazo en la adolescencia se considera como un problema de salud pública puesto que se le atribuye relación con el incremento acelerado de la población, contribución a la persistencia de la pobreza, y a esto tenemos que el índice de embarazos en la adolescentes con complicaciones del mismo es cada vez es más frecuente debido a la falta de atención y vigilancia prenatal adecuada, por la ignorancia, y por las características fisiológicas y psicosociales de esta etapa del desarrollo humano<sup>29</sup>.

En muchas zonas rurales de América Latina, la falta de un profesional obstetra al momento del parto es la causa de muerte más generalizada entre las madres. Este problema se sobredimensiona si consideramos que en muchos centros de salud, además de no existir infraestructura médica adecuada, no se brindan servicios de calidad como control prenatal, atención adecuada del parto y emergencias obstétricas. A los consultorios acuden muchas gestantes de las cuales algunas son aun adolescentes que están embarazadas por primera vez y que empiezan a tomar responsabilidades a las que todavía no estaban preparadas<sup>30</sup>.

#### **1.6. HIPOTESIS**

Es de suma importancia que el personal obstetra conozca o esté informado de la opinión de las gestantes adolescentes, ya que no está en juego la vida de una persona si no de dos; con su ayuda se podrá mejorar e identificar precozmente alguna complicación para su adecuado manejo. Es así que se plantea las siguientes Hipótesis: H<sub>1</sub> (Alternativa) Los factores sociodemográficos como la edad, grado de instrucción y la procedencia y obstétricos como paridad, antecedente de aborto, inicio de relaciones sexuales, menarquia, régimen catamenial y la edad gestacional se relacionaban con la morbilidad y mortalidad en adolescentes

embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel durante el periodo 2010-2014; así mismo se plantea la  $H_0$  (Nula): Los factores sociodemográficos como la edad, grado de instrucción y la procedencia y obstétricos como Paridad, antecedente de aborto, inicio de relaciones sexuales, menarquia, régimen catamenial y la edad gestacional no se relacionaban con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010-2014.

Si los resultados proyectan una relación importante entre las variables, contribuirá en la prevención del embarazo precoz en las adolescentes, enfermedades como hipertensión en el embarazo, abortos, partos pre términos, ruptura prematura de membrana, anemia y así reducir la tasa de morbilidad y mortalidad materna durante el embarazo y parto. Es importante conocer y enfrentar este problema, para así mejorar las condiciones de educación y salud de la mujer, posibilitando el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud de buena calidad, realizando la detección temprana del riesgo, y así reducimos el número de muerte materna, a través de las atenciones prenatales y suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados. Mejorar la salud materna es uno de los principales objetivos del milenio, donde reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015 son las dos metas consideradas dentro del quinto Objetivo.<sup>15</sup>

### **1.7. OBJETIVOS**

Objetivo principal:

Determinar qué factores sociodemográficos y obstétricos se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas del Hospital Distrital Santa Isabel. 2010-2014.

Objetivos Específicos: 1. Identificar si el factor sociodemográfico edad se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas; 2. Identificar si el factor sociodemográfico grado de instrucción se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas; 3. Identificar si el factor sociodemográfico procedencia se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas; 4. Identificar si el factor obstétrico paridad se

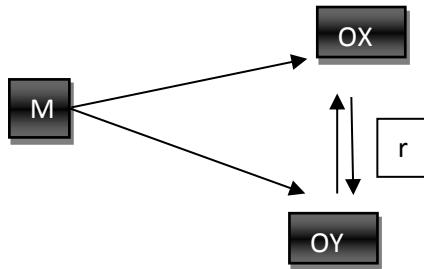
relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas; 5. Identificar si el factor obstétrico antecedente de aborto se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas; 6. Identificar si el factor obstétrico inicio de relaciones sexuales se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas; 7. Identificar si el factor obstétrico menarquía se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas; 8. Identificar si el factor obstétrico edad gestacional se relacionan con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas.



## II. METODO

### 2.1. DISEÑO DE INVESTIGACION:

El diseño de investigación fue no experimental de tipo longitudinal correlacional<sup>31</sup>.



Dónde:

M: Muestra, Adolescentes embarazadas del Hospital de Cajamarca

OX: Factores sociodemográficos y Obstétricos

OY: Morbilidad y mortalidad materna

R: Relación entre las variable

### 2.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

#### VARIABLES 1:

- Morbilidad en adolescentes embarazadas
  - Parto pre término
  - Preeclampsia
  - Diabetes mellitus
  - Infección de Tracto Urinario
  - Polihidramnios
  - Oligohidramnios
  - Ruptura prematura de Membranas
  - Placenta previa
  - Desprendimiento Prematuro de Placenta
  - Antecedente de aborto
  - Desgarro perineal durante el parto
  - Hemorragia post parto

- Sepsis
- Sífilis
- Anemia
- Mortalidad en adolescentes embarazadas

**VARIABLES 2:**

- Factores Sociodemográficos
  - Edad
  - Grado de instrucción
  - Procedencia
- Factores Obstétricos.
  - Paridad
  - Antecedente de aborto
  - Inicio de Relaciones Sexuales
  - Menarquia
  - Régimen Catamenial
  - Edad gestacional

**OPERALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	SUB VARIABLES	DEF.CONCEPTUAL	DEF.OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO Y ESCALA DE VARIABLES
<b>FACTORES SOCIODEMOGRA FICOS</b>	<b>EDAD</b>	Año de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad <sup>32</sup> .	Se evaluará el número de años cumplidos por la adolescentes embarazada, registrado en la historia clínica; así se clasificara como adolescencia temprana (12-14 años) o tardía ( 15-18 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12-14 años</li> <li>• 15-18 años</li> </ul>	Ordinal
	<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Nivel educativo de una persona <sup>32</sup> .	Se evaluará el grado de instrucción registrada en la historia clínica de adolescentes embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>	Ordinal
	<b>PROCEDENCIA</b>	Origen de una persona <sup>32</sup> .	Se evaluará la procedencia de las adolescentes registrada en la historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana</li> <li>• Rural</li> <li>• Urbano</li> <li>• Marginal.</li> </ul>	Nominal

<b>FACTORES OBSBTERICOS</b>	<b>PARIDAD</b>	Mujer que ha parido, por vía vaginal o por cesárea uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más o que poseen más de 20 semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad). Si el producto no alcanza este peso o edad gestacional se denomina aborto <sup>33</sup> .	Se evaluará la paridad de la adolescente registrada en la Historia Clínica considerarse como nulípara (0 hijos), primípara (1 hijo) o múltipara (2 a más hijos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulípara</li> <li>• Primípara</li> <li>• Múltipara</li> </ul>	Ordinal
	<b>ANTECEDENTES DE ABORTO</b>	Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 20 semanas, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm <sup>33</sup> .	Se considerará si la puérpera adolescente tuvo o no abortos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	<b>INICIO DE RELACIONES SEXUALES</b>	Primera relación sexual con o sin penetración con el objeto de dar y/o recibir placer, o con fines reproductivos <sup>33</sup> .	Se evaluará el inicio de la relación sexual de la adolescente embarazada, según el registro en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 14 años</li> <li>• ≥ 14 años</li> </ul>	Ordinal

	<b>MENARQUIA</b>	Edad de inicio de la primera menstruación <sup>33</sup> .	Se considerará la primera menstruación, registrada en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 14 años</li> <li>• ≥ 14 años</li> </ul>	Ordinal
<b>MORBILIDAD MATERNA</b>	<b>PARTO PRE TÉRMINO</b>	Aquel parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días) <sup>34</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo o no parto pre término.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	<b>PREECLAMPSIA</b>	Trastorno de la gestación que se presenta después de las 22 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial, asociada a proteinuria <sup>34</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo o no preeclampsia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	<b>DIABETES MELLITUS GESTACIONAL</b>	Conjunto de trastornos metabólicos que comparten la característica común de presentar concentraciones elevadas de glucosa en la sangre <sup>34</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo o no diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal

	<b>INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO</b>	Es aquella que se puede presentar en cualquier parte a lo largo de las vías urinarias causada por gérmenes, que suelen ingresar a la uretra y luego a la vagina causando una infección <sup>35</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo o no infección de tracto urinario y que este registrada en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	<b>POLIHIDRAMNIOS</b>	Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico, por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico > 18 mm alrededor del feto antes que nazca <sup>36</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo o no polihidramnios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	<b>OLIGOHIDRAMNIOS</b>	Poco líquido amniótico, por debajo de 500 ml y el feto está expuesto a sufrir daños al reducir la acción protectora de L.A <sup>36</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo o no oligohidramnios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal

	<b>RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b>	Ruptura de membrana corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto <sup>36</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo ruptura prematura de membranas	• No	Nominal
	<b>PLACENTA PREVIA</b>	Placenta que está localizada por encima o cerca del orificio interno del cérvix y se produce cuando el embrión se implanta en la parte más baja del útero <sup>36</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo o no placenta previa, registrada en la historia clínica	• Si • No	Nominal
	<b>DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA</b>	Separación total o parcial de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto <sup>36</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada ha tenido o no DPP.	• Si • No	Nominal
	<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO</b>	Rasgaduras de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor <sup>36</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada ha tenido o no desgarro durante el parto.	• Si • No	Nominal
	<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía	Se considerará si la adolescente embarazada ha tenido hemorragia	• Si • No	Nominal

		vaginal o más de 1000 cc luego de cesárea <sup>36</sup> .	post parto, y que este registrada en la historia clínica		
	<b>SEPSIS</b>	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado a foco infeccioso conocido o sospechoso <sup>36</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada, ha tenido sepsis y que este registrada en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	<b>SÍFILIS</b>	Infección de transmisión sexual crónica producida por la bacteria Treponema pallidum <sup>36</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada ha tenido o no sífilis y que este registrada en la H.C.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	<b>ANEMIA</b>	Es una concentración baja de hemoglobina en la sangre que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el límite establecido de 11 gr/dl <sup>37</sup> .	Se considerará si la adolescente embarazada tuvo o no anemia y que este registrada en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>		Muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o	Se evaluara si la gestante termino en una muerte matera y que fue registrada en la partida de defunción o autopsia verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal



	puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales <sup>36</sup> .			
--	--	--	--	--

## 2.3. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

### POBLACION:

La población estuvo constituida por un total de 420 historias clínicas de adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir, durante los años 2010-2014, y que además cumplieron con los siguientes criterios de selección:

### Criterios de inclusión

- Historias clínicas de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel entre los años 2010-20014, con datos completos.

### Criterios de exclusión

- Historia clínica de adolescentes embarazadas que tenga embarazo gemelar.
- Historias clínicas de adolescentes embarazadas, que haya tenido problemas mentales.
- Historia Clínica de adolescentes embarazadas con enfermedad coexistente que interfiera con su estado nutricional: diabetes, VIH-SIDA, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc.

<b>AÑO</b>	<b>POBLACION</b>
2010	90
2011	90
2012	70
2013	80
2014	90
<b>TOTAL</b>	<b>420</b>

## MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 136 adolescentes embarazadas que fueron atendidas durante 2010-2014 en el Hospital Distrital Santa Isabel, muestra que fue calculada utilizando la siguiente formula con criterio de proporcionalidad y considerando las siguientes exigencias:

$$n = \frac{N z^2 \times p \times q}{(N - 1) \times E^2 + z^2 \times p \times q}$$

### Donde:

N = Total de la población (420)

Z = nivel de confianza 95% (1.96)

p = (0.5)

q = (0.5)

E = precisión (en este caso deseamos un 0.05)

### Reemplazando

$$n = \frac{420 \times 1.96^2 \times 0,5 \times 0,5}{(420 - 1) \times 0,05^2 + 1.96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{(420 \times 3,8416) \times 0,25}{(419 \times 0,0025) + 3,84 \times 0,25}$$

$$n = \frac{1613.472 \times 0,25}{1.0475 + 0.96}$$

$$403.368$$

$$n = \frac{\dots}{2.0075}$$

$$n = 200.93$$

$$n = 201$$

### AJUSTANDO MUESTRA

$$\frac{n}{[1 + n]} = \frac{n}{N}$$

$$n = 201 / 1.478$$

$$n = 135.99$$

$$n = 136$$

### MUESTREO

La muestra estuvo seleccionada de manera aleatoria siempre, teniendo cuidado los criterios de proporcionalidad:

<b>AÑO</b>	<b>POBLACION</b>	<b>PROPORCION</b>	<b>MUESTRA</b>
<b>2010</b>	90	0.20	26
<b>2011</b>	90	0.20	29
<b>2012</b>	70	0.20	29
<b>2013</b>	80	0.20	25
<b>2014</b>	90	0.20	27
<b>TOTAL</b>	420	1.00	136

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las historias clínicas de las adolescentes embarazadas con factores

sociodemográficos y obstétricos relacionado con la morbilidad y mortalidad materna que fueron atendidas durante el periodo 2010-2014 en el Hospital Distrital Santa Isabel, que además han cumplido los criterios de selección propuestas.

## **2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica de recolección de datos se realizó a través del análisis documental pues solo se revisó historias clínicas.

### **INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

El instrumento de recolección de datos se realizó mediante una ficha de investigación elaborada teniendo como base las variables a investigar.

Dividido de la siguiente forma (Anexo 01):

- Factores Sociodemográficos (edad, procedencia, grado de instrucción).
- Factores obstétricos (paridad, antecedentes de aborto, inicio de relaciones Sexuales, menarquia, régimen catamenial, edad gestacional)
- Morbilidad (parto pre término, ruptura prematura de membranas, hemorragia post parto, placenta previa, sepsis, desgarro del canal blando del parto, infección de tracto urinario, pre eclampsia)
- Mortalidad (si hubo muerte o no).

Para poder validar el cuestionario del cual se obtendrá información necesaria para cumplir con las variables se tuvo que validar con juicio de expertos; el cual estuvo constituido por 1 ginecólogo y 2 obstetras, acerca del proyecto de investigación y la ficha de recolección de datos con el fin de que certifiquen que los datos que aquí se requieren guardan relación con lo que se requieren analizar en la investigación (Anexo 2, 3,4). Así mismo la información brindada por cada uno de los expertos se procesó y analizó calculando el coeficiente de proporción de rango corregido; obteniendo una alta validez y concordancia, esto se evidencia al calcular el Coeficiente de Proporción de Rango que alcanzó un 70 % (Anexo 5).

Así mismo se cumplió con los siguientes procedimientos de datos:

- Aprobado el proyecto se procedió a realizar las coordinaciones necesarias con el Director del Hospital Distrital Santa Isabel, para obtener la autorización respectiva para la ejecución de la investigación. Con dicha aceptación se solicitó al Jefe de Gineco-obstetricia autorización para recopilar información de las historias clínicas maternas.
- Posteriormente se procedió a plasmar en la ficha de recolección de datos la información de las historias clínicas maternas.
- Por último se recopiló la información para después ser analizada y discutida.

## **2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS:**

El procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo con el uso de la informática, para lo cual se creó una base de datos en el SPSS Versión 16.0. Se elaboraron tablas de una y de doble entrada según las variables a ser evaluadas. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba Chi cuadrado, fijando un nivel de significancia en  $p < 0.05$ , para determinar la relación entre las variables. Registrándose como:

- $p > 0.05$  No es significativo: No existe relación.
- $p < 0.05$  Si es significativo: Existe relación.
- $p < 0.01$  Altamente significativo: Existe relación

Para obtener el valor de Chi cuadrado calculado se tiene la fórmula:

$$X^2 = \sum (f_o - f_e)^2 / f_e$$

Donde:

$f_o$  = frecuencia del valor observado.

$f_e$  = frecuencia del valor esperado.

## **2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación está sujeta a las normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales; con el único propósito de encontrar respuestas

claras esta investigación está adaptada a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

### III. RESULTADOS

Tabla 1. La edad como factor sociodemográfico relacionado a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 - 2014

MORBILIDAD Y MORTALIDAD			EDAD COMO FACTOR SOCIODEMOGRAFICO		TOTAL	CHI CUDRADO	p
			12 – 14	15 - 18			
PARTO PRETÉRMINO	SI	NRO.	13	33	46	0.117	0.446
		%	9.5	24.3	33.8		
	NO	NRO.	28	62	90		
%		20.6	45.6	66.2			
TOTAL		NRO.	41	95	136		
		%	30.1	69.9	100.0		
PRECLAMPSIA	SI	NRO.	11	48	59	6.548	0.008
		%	8.1	35.3	43.4		
	NO	NRO.	30	47	77		
%		22	34.6	56.6			
TOTAL		NRO.	41	95	136		
		%	30.1	69.9	100.0		
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	SI	NRO.	0	0	0	-	-
		%	0	0	0		
	NO	NRO.	41	95	136		
%		30.1	69.9	100.0			
TOTAL		NRO.	41	95	136		
		%	30.1	69.9	100.0		
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	SI	NRO.	41	93	134	0.876	0.486
		%	30.1	68.4	98.5		
	NO	NRO.	0	2	2		
%		0.0	1.5	1.5			
TOTAL		NRO.	41	95	136		
		%	30.1	69.9	100.0		
POLIHIDRAMNIOS	SI	NRO.	0	0	0	-	-
		%	0	0	0		
	NO	NRO.	41	95	136		
%		30.1	69.9	100.0			
TOTAL		NRO.	41	95	136		
		%	30.1	69.9	100.0		
OLIGOHIDRAMNIOS	SI	NRO.	15	19	34	4.202	0.035
		%	11.0	14.0	25.0		
	NO	NRO.	26	76	102		
%		19.1	55.9	75.0			
TOTAL		NRO.	41	95	136		
		%	30.1	69.9	100.0		
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NRO.	37	72	109	3.761	0.04
		%	27.2	52.9	80.1		
	NO	NRO.	4	23	27		
%		2.9	16.9	19.9			
TOTAL		NRO.	41	95	136		
		%	30.1	69.9	100.0		
PLACENTA PREVIA	SI	NRO.	0	2	2	0.876	0.486
		%	0.0	1.5	1.5		
	NO	NRO.	41	93	134		
%		30.1	68.4	98.5			
TOTAL		NRO.	41	95	136		



		%	30.1	69.9	100.0			
<b>DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA</b>	<b>SI</b>	NRO.	11	17	28			
		%	8.1	12.5	20.6			
	<b>NO</b>	NRO.	30	78	108	1.398	0.17	
		%	22.1	57.4	79.4			
<b>TOTAL</b>	NRO.	41	95	136				
	%	30.1	69.9	100.0				
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	1	49	50			
		%	.7	36.0	36.8			
	<b>NO</b>	NRO.	40	46	86	29.747	0.00	
		%	29.4	33.8	63.2			
<b>TOTAL</b>	NRO.	41	95	136				
	%	30.1	69.9	100.0				
<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.</b>	<b>SI</b>	NRO.	24	50	74			
		%	17.6	36.8	54.4			
	<b>NO</b>	NRO.	17	45	62	0.403	0.328	
		%	12.5	33.1	45.6			
<b>TOTAL</b>	NRO.	41	95	136				
	%	30.1	69.9	100.0				
<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	39	53	92			
		%	28.7	39.0	67.6			
	<b>NO</b>	NRO.	2	42	44	20.245	0	
		%	1.5	30.9	32.4			
<b>TOTAL</b>	NRO.	41	95	136				
	%	30.1	69.9	100.0				
<b>SEPSIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0			
		%	0	0	0			
	<b>NO</b>	NRO.	41	95	136	-	-	
		%	30.1	69.9	100.0			
<b>TOTAL</b>	NRO.	41	95	136				
	%	30.1	69.9	100.0				
<b>SIFILIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0			
		%	0	0	0			
	<b>NO</b>	NRO.	41	95	136	-	-	
		%	30.1	69.9	100.0			
<b>TOTAL</b>	NRO.	41	95	136				
	%	30.1	69.9	100.0				
<b>ANEMIA</b>	<b>SI</b>	NRO.	41	80	121			
		%	30.1	58.8	89.0			
	<b>NO</b>	NRO.	0	15	15	7.276	0.003	
		%	0.0	11.0	11.0			
<b>TOTAL</b>	NRO.	41	95	136				
	%	30.1	69.9	100.0				
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0			
		%	0	0	0			
	<b>NO</b>	NRO.	41	95	136	-	-	
		%	30.1	69.9	100.0			
<b>TOTAL</b>	NRO.	41	95	136				
	%	30.1	69.9	100.0				

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**Tabla 2. El grado de instrucción como factor sociodemográfico relacionado a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 - 2014**

MORBILIDAD Y MORTALIDAD			GRADO DE INSTRUCCION		TOTAL	CHI CUDRADO	p
			SECUNDARIA	SUPERIOR			
PARTO PRETÉRMINO	SI	NRO.	27	19	46	0.354	0.341
		%	19.9%	14.0%	33.8%		
	NO	NRO.	48	42	90		
%		35.3%	30.9%	66.2%			
TOTAL		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
PRECLAMPSIA	SI	NRO.	32	27	59	0.035	0.495
		%	23.5%	19.9%	43.4%		
	NO	NRO.	43	34	77		
%		31.6%	25.0%	56.6%			
TOTAL		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	SI	NRO.	0	0	0	-	-
		%	0	0	0		
	NO	NRO.	75	61	136		
%		55.1%	44.9%	100%			
TOTAL		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	SI	NRO.	75	59	134	2.496	0.199
		%	55.1%	43.4%	98.5%		
	NO	NRO.	0	2	2		
%		0.0%	1.5%	1.5%			
TOTAL		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
POLIHIDRAMNIOS	SI	NRO.	0	0	0	-	-
		%	0	0	0		
	NO	NRO.	75	61	136		
%		55.1%	44.9%	100%			
TOTAL		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
OLIGOHIDRAMNIOS	SI	NRO.	20	14	34	0.248	0.384
		%	14.7%	10.3%	25.0%		
	NO	NRO.	55	47	102		
%		40.4%	34.6%	75.0%			
TOTAL		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NRO.	66	43	109	6.481	0.01
		%	48.5%	31.6%	80.1%		
	NO	NRO.	9	18	27		
%		6.6%	13.2%	19.9%			
TOTAL		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
PLACENTA PREVIA	SI	NRO.	0	2	2	2.496	0.199
		%	0.0%	1.5%	1.5%		
	NO	NRO.	75	59	134		
%		55.1%	43.4%	98.5%			
TOTAL		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100		
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	SI	NRO.	23	5	28	10.388	0.01
		%	16.9%	3.7%	20.6%		
	NO	NRO.	52	56	108		
%		38.2%	41.2%	79.4%			

<b>TOTAL</b>		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	11	39	50		
		%	8.1%	28.7%	36.8%		
	<b>NO</b>	NRO.	64	22	86	35.123	0.00
		%	47.1%	16.2%	63.2%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.</b>	<b>SI</b>	NRO.	39	35	74		
		%	28.7%	25.7%	54.4%		
	<b>NO</b>	NRO.	36	26	62	0.392	0.325
		%	26.5%	19.1%	45.6%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	59	33	92		
		%	43.4%	24.3%	67.6%		
	<b>NO</b>	NRO.	16	28	44	9.278	0.002
		%	11.8%	20.6%	32.4%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
<b>SEPSIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	75	61	136	-	-
		%	55.1%	44.9%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100		
<b>SIFILIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	75	61	136	-	-
		%	55.1%	44.9%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100		
<b>ANEMIA</b>	<b>SI</b>	NRO.	70	51	121		
		%	51.5%	37.5%	89.0%		
	<b>NO</b>	NRO.	5	10	15	3.243	0.064
		%	3.7%	7.4%	11.0%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	75	61	136	-	-
		%	55.1%	44.9%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	75	61	136		
		%	55.1%	44.9%	100%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**Tabla 3. La procedencia como factor sociodemográfico relacionado a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 – 2014**

MORBILIDAD Y MORTALIDAD		PROCEDENCIA *				TOTAL	CHI CUDRADO	p
		URBANO MARGINAL	URBANO					
PARTO PRETÉRMINO	SI	NRO. %	22 16.2%	24 17.6%	46 33.8%	6.089	0.012	
	NO	NRO. %	24 17.6%	66 48.5%	90 66.2%			
	TOTAL	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
PRECLAMPSIA	SI	NRO. %	27 19.9%	32 23.5%	59 43.4%	6.636	0.008	
	NO	NRO. %	19 14.0%	58 42.6%	77 56.6%			
	TOTAL	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	SI	NRO. %	0 0	0 0	0 0	-	-	
	NO	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
	TOTAL	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	SI	NRO. %	45 33.1%	89 65.4%	134 98.5%	0.237	0.564	
	NO	NRO. % del total	1 .7%	1 .7%	2 1.5%			
	TOTAL	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
POLIHIDRAMNI OS	SI	NRO. %	0 0	0 0	0 0	-	-	
	NO	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
	TOTAL	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
OLIGOHDAM NIOS	SI	NRO. %	5 3.7%	29 21.3%	34 25.0%	7.402	0.005	
	NO	NRO. %	41 30.1%	61 44.9%	102 75.0%			
	TOTAL	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NRO. %	29 21.3%	80 58.8%	109 80.1%	12.78	0.001	
	NO	NRO. %	17 12.5%	10 7.4%	27 19.9%			
	TOTAL	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
PLACENTA PREVIA	SI	NRO. %	2 1.5%	0 0.0%	2 1.5%	3.971	0.113	
	NO	NRO. %	44 32.4%	90 66.2%	134 98.5%			
	TOTAL	NRO. %	46 33.8%	90 66.2%	136 100%			
	SI	NRO.	8	20	28	0.435	0.336	

		%	5.9%	14.7%	20.6%		
	<b>NO</b>	NRO.	38	70	108		
		%	27.9%	51.5%	79.4%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%		
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	26	24	50		
		%	19.1%	17.6%	36.8%		
	<b>NO</b>	NRO.	20	66	86		
		%	14.7%	48.5%	63.2%	11.671	0.001
<b>TOTAL</b>		NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%		
<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.</b>	<b>SI</b>	NRO.	25	49	74		
		%	18.4%	36.0%	54.4%		
	<b>NO</b>	NRO.	21	41	62		
		%	15.4%	30.1%	45.6%	0	0.567
<b>TOTAL</b>		NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%		
<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	27	65	92		
		%	19.9%	47.8%	67.6%		
	<b>NO</b>	NRO.	19	25	44		
		%	14.0%	18.4%	32.4%	2.545	0.081
<b>TOTAL</b>		NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%		
<b>SEPSIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%	-	-
<b>TOTAL</b>		NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%		
<b>SIFILIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100.0%	-	-
<b>TOTAL</b>		NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%		
<b>ANEMIA</b>	<b>SI</b>	NRO.	41	80	121		
		%	30.1%	58.8%	89.0%		
	<b>NO</b>	NRO.	5	10	15		
		%	3.7%	7.4%	11.0%	-	-
<b>TOTAL</b>		NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%		
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100.0%	-	-
<b>TOTAL</b>		NRO.	46	90	136		
		%	33.8%	66.2%	100%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

\*No se tuvo historias clínicas de adolescentes embarazadas en procedencia rural.

**Tabla 4. La paridad como factor obstétrico relacionado a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 – 2014**

MORBILIDAD Y MORTALIDAD			PARIDAD			TOTAL	CHI CUDRADO	P
			NULIPARA	PRIMIPARA	MULTIPARA			
PARTO PRETÉRMINO	SI	NRO.	10	28	8	46	40.59	0.00
		%	7.4%	20.6%	5.9%	33.8%		
	NO	NRO.	0	90	0	90		
%		0.0%	66.2%	0.0%	66.2%			
TOTAL	NRO.	10	118	8	136			
	%	7.4%	86.8%	5.9%	100%			
PRECLAMPSIA	SI	NRO.	5	49	5	59	1.534	0.681
		%	3.7%	36.0%	3.7%	43.4%		
	NO	NRO.	5	69	3	77		
%		3.7%	50.7%	2.2%	56.6%			
TOTAL	NRO.	10	118	8	136			
	%	7.4%	86.8%	5.9%	100%			
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	SI	NRO.	0	0	0	0	-	-
		%	0	0	0	0		
	NO	NRO.	10	118	8	136		
%		7.4%	86.8%	5.9%	100.0%			
TOTAL	NRO.	10	118	8	136			
	%	7.4%	86.8%	5.9%	100%			
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	SI	NRO.	10	116	8	134	0.31	0.954
		%	7.4%	85.3%	5.9%	98.5%		
	NO	NRO.	0	2	0	2		
%		0.0%	1.5%	0.0%	1.5%			
TOTAL	NRO.	10	118	8	136			
	%	7.4%	86.8%	5.9%	100%			
POLIHIDRAMNIOS	SI	NRO.	0	0	0	0	-	-
		%	0	0	0	0		
	NO	NRO.	10	118	8	136		
%		7.4%	86.8%	5.9%	100%			
TOTAL	NRO.	10	118	8	136			
	%	7.4%	86.8%	5.9%	100%			
OLIGOHDAMNIOS	SI	NRO.	0	34	0	34	6.915	0.032
		%	0.0%	25.0%	0.0%	25.0%		
	NO	NRO.	10	84	8	102		
%		7.4%	61.8%	5.9%	75.0%			
TOTAL	NRO.	10	118	8	136			
	%	7.4%	86.8%	5.9%	100%			
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NRO.	2	99	8	109	25.76	0
		%	1.5%	72.8%	5.9%	80.1%		
	NO	NRO.	8	19	0	27		
%		5.9%	14.0%	0.0%	19.9%			
TOTAL	NRO.	10	118	8	136			
	%	7.4%	86.8%	5.9%	100%			
PLACENTA PREVIA	SI	NRO.	2	0	0	2	-	-
		%	1.5%	0.0%	0.0%	1.5%		
	NO	NRO.	8	118	8	134		
%		5.9%	86.8%	5.9%	98.5%			
TOTAL	NRO.	10	118	8	136			
	%	7.4%	86.8%	5.9%	100%			
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	SI	NRO.	4	24	0	28	4.3383	0.112
		%	2.9%	17.6%	0.0%	20.6%		
	NO	NRO.	6	94	8	108		
%		4.4%	69.1%	5.9%	79.4%			

<b>TOTAL</b>		NRO.	10	118	8	136		
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	10	35	5	50		
		%	7.4%	25.7%	3.7%	36.8%		
	<b>NO</b>	NRO.	0	83	3	86	22.04	0
		%	0.0%	61.0%	2.2%	63.2%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	10	118	8	136		
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	69	5	74		
		%	0.0%	50.7%	3.7%	54.4%		
	<b>NO</b>	NRO.	10	49	3	62	12.93	0.002
		%	7.4%	36.0%	2.2%	45.6%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	10	118	8	136		
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	5	79	8	92		
		%	3.7%	58.1%	5.9%	67.6%		
	<b>NO</b>	NRO.	5	39	0	44	5.27	0.072
		%	3.7%	28.7%	0%	32.4%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	10	118	8	136		
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>SEPSIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0	0		
		%	0	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	10	118	8	136	-	-
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	10	118	8	136		
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>SIFILIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0	0		
		%	0	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	10	118	8	136	-	-
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	10	118	8	136		
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>ANEMIA</b>	<b>SI</b>	NRO.	10	103	8	121		
		%	7.4%	75.7%	5.9%	89.0%		
	<b>NO</b>	NRO.	0	15	0	15	2.57	0.27
		%	0.0%	11.0%	0.0%	11.0%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	10	118	8	136		
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0	0		
		%	0	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	10	118	8	136	-	-
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	10	118	8	136		
		%	7.4%	86.8%	5.9%	100%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 5. El antecedente de aborto como factor obstétrico relacionado a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 – 2014

MORBILIDAD Y MORTALIDAD			ANTECEDENTE DE ABORTO COMO FACTOR OBSTÉTRICO		TOTAL	CHI CUDRADO	P
			SI	NO			
PARTO PRETÉRMINO	SI	NRO.	25	21	46	4.416	0.028
		%	18.4%	15.4%	33.8%		
	NO	NRO.	32	58	90		
%		23.5%	42.6%	66.2%			
TOTAL		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
PRECLAMPSIA	SI	NRO.	32	27	59	6.503	0.009
		%	23.5%	19.9%	43.4%		
	NO	NRO.	25	52	77		
%		18.4%	38.2%	56.6%			
TOTAL		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	SI	NRO.	0	0	0	-	-
		%	0	0	0		
	NO	NRO.	57	79	136		
%		41.9%	58.1%	100%			
TOTAL		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	SI	NRO.	56	78	134	0.055	0.664
		%	41.2%	57.4%	98.5%		
	NO	NRO.	1	1	2		
%		.7%	.7%	1.5%			
TOTAL		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
POLIHIDRAMNIOS	SI	NRO.	0	0	0	-	-
		%	0	0	0		
	NO	NRO.	57	79	136		
%		41.9%	58.1%	100%			
TOTAL		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
OLIGOHIDRAMNIOS	SI	NRO.	9	25	34	4.44	0.027
		%	6.6%	18.4%	25.0%		
	NO	NRO.	48	54	102		
%		35.3%	39.7%	75.0%			
TOTAL		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NRO.	39	70	109	8.48	0.004
		%	28.7%	51.5%	80.1%		
	NO	NRO.	18	9	27		
%		13.2%	6.6%	19.9%			
TOTAL		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
PLACENTA PREVIA	SI	NRO.	2	0	2	2.813	0.174
		%	1.5%	0.0%	1.5%		
	NO	NRO.	55	79	134		
%		40.4%	58.1%	98.5%			
TOTAL		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	SI	NRO.	10	18	28	0.556	0.3
		%	7.4%	13.2%	20.6%		
	NO	NRO.	47	61	108		
%		41.9%	58.1%	100%			



<b>TOTAL</b>		NRO.	34.6%	44.9%	79.4%		
		%	57	79	136		
<b>TOTAL</b>		%	41.9%	58.1%	100%		
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	50	0	50		
		%	36.8%	0.0%	36.8%		
	<b>NO</b>	NRO.	7	79	86		
		%	5.1%	58.1%	63.2%	109.88	0.00
<b>TOTAL</b>		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.</b>	<b>SI</b>	NRO.	29	45	74		
		%	21.3%	33.1%	54.4%		
	<b>NO</b>	NRO.	28	34	62		
		%	20.6%	25.0%	45.6%	0.494	0.298
<b>TOTAL</b>		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	35	57	92		
		%	25.7%	41.9%	67.6%		
	<b>NO</b>	NRO.	22	22	44		
		%	16.2%	16.2%	32.4%	1.748	0.128
<b>TOTAL</b>		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		
<b>SEPSIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%	-	-
<b>TOTAL</b>		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100		
<b>SIFILIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%	-	-
<b>TOTAL</b>		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100		
<b>ANEMIA</b>	<b>SI</b>	NRO.	52	69	121		
		%	38.2%	50.7%	89.0%		
	<b>NO</b>	NRO.	5	10	15		
		%	3.7%	7.4%	11.0%	0.51	0.335
<b>TOTAL</b>		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100		
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%	-	-
<b>TOTAL</b>		NRO.	57	79	136		
		%	41.9%	58.1%	100%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**Tabla 6. Inicio de relaciones sexuales como factor obstétrico relacionado a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 – 2014**

MORBILIDAD Y MORTALIDAD		INICIO DE RELACIONES SEXUALES COMO FACTOR OBSTÉTRICO			TOTAL	CHI CUADRADO	P
		< 14 años	≥ 14 años				
PARTO PRETÉRMINO	SI	NRO.	39	7	46	0.469	0.334
		%	28.7%	5.1%	33.8%		
	NO	NRO.	80	10	90		
		%	58.8%	7.4%	66.2%		
TOTAL		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
PRECLAMPSIA	SI	NRO.	49	10	59	1.886	0.133
		%	36.0%	7.4%	43.4%		
	NO	NRO.	70	7	77		
		%	51.5%	5.1%	56.6%		
TOTAL		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	SI	NRO.	0	0	0	-	-
		%	0	0	0		
	NO	NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
TOTAL		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	SI	NRO.	117	17	134	0.29	0.765
		%	86.0%	12.5%	98.5%		
	NO	NRO.	2	0	2		
		%	1.5%	0%	1.5%		
TOTAL		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
POLIHIDRAMNIOS	SI	NRO.	0	0	0	-	-
		%	0	0	0		
	NO	NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
TOTAL		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
OLIGOHIDRAMNIOS	SI	NRO.	29	5	34	0.202	0.426
		%	21.3%	3.7%	25.0%		
	NO	NRO.	90	12	102		
		%	66.2%	8.8%	75.0%		
TOTAL		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NRO.	99	10	109	5.552	0.027
		%	72.8%	7.4%	80.1%		
	NO	NRO.	20	7	27		
		%	14.7%	5.1%	19.9%		
TOTAL		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
PLACENTA PREVIA	SI	NRO.	0	2	2	14.209	0.015
		%	0.0%	1.5%	1.5%		
	NO	NRO.	119	15	134		
		%	87.5%	11.0%	98.5%		
TOTAL		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
	SI	NRO.	26	2	28	0.925	0.272
		%	19.1%	1.5%	20.6%		

<b>DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA</b>	<b>NO</b>	NRO.	93	15	108		
		%	68.4%	11.0%	79.4%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	46	4	50		
		%	33.8%	2.9%	36.8%		
	<b>NO</b>	NRO.	73	13	86	1.464	0.174
		%	53.7%	9.6%	63.2%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.</b>	<b>SI</b>	NRO.	62	12	74		
		%	45.6%	8.8%	54.4%		
	<b>NO</b>	NRO.	57	5	62	2.05	0.12
		%	41.9%	3.7%	45.6%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	83	9	92		
		%	61.0%	6.6%	67.6%		
	<b>NO</b>	NRO.	36	8	44	1.92	0.135
		%	26.5%	5.9%	32.4%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
<b>SEPSIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	119	17	136	-	-
		%	87.5%	12.5%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100		
<b>SIFILIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	119	17	136	-	-
		%	87.5%	12.5%	100.0%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
<b>ANEMIA</b>	<b>SI</b>	NRO.	106	15	121		
		%	77.9%	11.0%	89.0%		
	<b>NO</b>	NRO.	13	2	15	0.011	0.589
		%	9.6%	1.5%	11.0%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100%		
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	119	17	136	-	-
		%	87.5%	12.5%	100.0%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	119	17	136		
		%	87.5%	12.5%	100		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Tabla 7. Menarquia como factor obstétrico relacionado a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 – 2014

MORBILIDAD Y MORTALIDAD			MENARQUIA COMO FACTOR OBSTÉTRICO		TOTAL	CHI CUDRADO	P
			< 14 años	≥ 14 años			
PARTO PRETÉRMINO	SI	NRO. %	44 32.4%	2 1.5%	46 33.8%	2.662	0.087
	NO	NRO. %	78 57.4%	12 8.8%	90 66.2%		
TOTAL		NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
PRECLAMPSIA	SI	NRO. %	47 34.6%	12 8.8%	59 43.4%	11.386	0.001
	NO	NRO. %	75 55.1%	2 1.5%	77 56.6%		
TOTAL		NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	SI	NRO. %	0 0	0 0	0 0	-	-
	NO	NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
TOTAL		NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	SI	NRO. %	120 88.2%	14 10.3%	134 98.5%	0.233	0.804
	NO	NRO. %	2 1.5%	0 0.0%	2 1.5%		
TOTAL		NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
POLIHIDRAMNIOS	SI	NRO. %	0 0	0 0	0 0	-	-
	NO	NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
TOTAL		NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
OLIGOHIDRAMNIOS	SI	NRO. %	34 25.0%	0 0.0%	34 25.0%	5.202	0.014
	NO	NRO. %	88 64.7%	14 10.3%	102 75.0%		
TOTAL		NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NRO. %	102 75.0%	7 5.1%	109 80.1%	8.914	0.007
	NO	NRO. %	20 14.7%	7 5.1%	27 19.9%		
TOTAL		NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
PLACENTA PREVIA	SI	NRO. %	0 0.0%	2 1.5%	2 1.5%	17.689	0.01
	NO	NRO. %	122 89.7%	12 8.8%	134 98.5%		
TOTAL		NRO. %	122 89.7%	14 10.3%	136 100%		
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	SI	NRO. %	26 19.1%	2 1.5%	28 20.6%	0.379	0.417
	NO	NRO.	96	12	108		

<b>TOTAL</b>		%	70.6%	8.8%	79.4%		
		NRO.	122	14	136		
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	44	6	50		
		%	32.4%	4.4%	36.8%		
	<b>NO</b>	NRO.	78	8	86	0.249	0.411
		%	57.4%	5.9%	63.2%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	122	14	136		
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.</b>	<b>SI</b>	NRO.	65	9	74		
		%	47.8%	6.6%	54.4%		
	<b>NO</b>	NRO.	57	5	62	0.613	0.311
		%	41.9%	3.7%	45.6%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	122	14	136		
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	86	6	92		
		%	63.2%	4.4%	67.6%		
	<b>NO</b>	NRO.	36	8	44	4.382	0.04
		%	26.5%	5.9%	32.4%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	122	14	136		
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>SEPSIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	122	14	136	-	-
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	122	14	136		
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>SIFILIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	122	14	136	-	-
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	122	14	136		
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>ANEMIA</b>	<b>SI</b>	NRO.	109	12	121		
		%	80.1%	8.8%	89.0%		
	<b>NO</b>	NRO.	13	2	15	0.169	0.476
		%	9.6%	1.5%	11.0%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	122	14	136		
		%	89.7%	10.3%	100		
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0		
		%	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	122	14	136	-	-
		%	89.7%	10.3%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	122	14	136		
		%	89.7%	10.3%	100%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**Tabla 8. Edad gestacional como factor obstétrico relacionado a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 – 2014**

MORBILIDAD Y MORTALIDAD		EDAD GESTACIONAL COMO FACTOR OBSTÉTRICO					TOTAL	CHI CUDRADO	P
		I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE					
PARTO PRETÉRMINO	SI	NRO.	8	0	38	46	17.027	0.00	
		%	5.9%	0.0%	27.9%	33.8%			
	NO	NRO.	0	1	89	90			
		%	0.0%	.7%	65.4%	66.2%			
TOTAL		NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
PRECLAMPSIA	SI	NRO.	3	0	56	59	0.905	0.636	
		%	2.2%	0.0%	41.2%	43.4%			
	NO	NRO.	5	1	71	77			
		%	3.7%	.7%	52.2%	56.6%			
TOTAL		NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	SI	NRO.	0	0	0	0	-	-	
		%	0	0	0	0			
	NO	NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
TOTAL		NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	SI	NRO.	8	1	125	134	0.144	0.931	
		%	5.9%	.7%	91.9%	98.5%			
	NO	NRO.	0	0	2	2			
		%	0.0%	0%	1.5%	1.5%			
TOTAL		NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
POLIHIDRAMNIOS	SI	NRO.	0	0	0	0	-	-	
		%	0	0	0	0			
	NO	NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
TOTAL		NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
OLIGOHIDRAMNIOS	SI	NRO.	0	1	33	34	5.732	0.057	
		%	0%	.7%	24.3%	25.0%			
	NO	NRO.	8	0	94	102			
		%	5.9%	0.0%	69.1%	75.0%			
TOTAL		NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NRO.	0	1	108	109	34.545	0.00	
		%	0.0%	.7%	79.4%	80.1%			
	NO	NRO.	8	0	19	27			
		%	5.9%	0.0%	14.0%	19.9%			
TOTAL		NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
PLACENTA PREVIA	SI	NRO.	0	0	2	2	0.144	0.931	
		%	0%	0.0%	1.5%	1.5%			
	NO	NRO.	8	1	125	134			
		%	5.9%	.7%	91.9%	98.5%			
TOTAL		NRO.	8	1	127	136			
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%			
DESPRENDIMIENTO	SI	NRO.	2	0	26	28	0.356	0.837	
		%	1.5%	0.0%	19.1%	20.6%			

<b>PREMATURO DE PLACENTA</b>	<b>NO</b>	NRO.	6	1	101	108		
		%	4.4%	.7%	74.3%	79.4%		
	<b>TOTAL</b>	NRO.	8	1	127	136		
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>ANTECEDENTE DE ABORTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	8	0	42	50		
		%	5.9%	0.0%	30.9%	36.8%		
	<b>NO</b>	NRO.	0	1	85	86	15.087	0.001
		%	0.0%	.7%	62.5%	63.2%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	8	1	127	136		
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	1	73	74		
		%	0%	.7%	53.7%	54.4%		
	<b>NO</b>	NRO.	8	0	54	62	10.868	0.004
		%	5.9%	0.0%	39.7%	45.6%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	8	1	127	136		
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>HEMORRAGIA POST PARTO</b>	<b>SI</b>	NRO.	5	1	86	92		
		%	3.7%	.7%	63.2%	67.6%		
	<b>NO</b>	NRO.	3	0	41	44	0.575	0.75
		%	2.2%	0.0%	30.1%	32.4%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	8	1	127	136		
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>SEPSIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0	0		
		%	0	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	8	1	127	136	-	-
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	8	1	127	136		
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>SIFILIS</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0	0		
		%	0	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	8	1	127	136	-	-
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	8	1	127	136		
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>ANEMIA</b>	<b>SI</b>	NRO.	8	1	112	121		
		%	5.9%	.7%	82.4%	89.0%		
	<b>NO</b>	NRO.	0	0	15	15	1.195	0.55
		%	0%	0%	11.0%	11.0%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	8	1	127	136		
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	<b>SI</b>	NRO.	0	0	0	0		
		%	0	0	0	0		
	<b>NO</b>	NRO.	8	1	127	136	-	-
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		
<b>TOTAL</b>		NRO.	8	1	127	136		
		%	5.9%	.7%	93.4%	100%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos

#### IV. DISCUSIÓN

La adolescencia es una de las etapas más difíciles en donde se presentan nuevos cambios físicos y psicológicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que este es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva y se va formando patrones biológicos y psicológicos que los acompañarán durante toda su vida<sup>1</sup>.

Dicho esto se recolecto las historias clínicas para obtener la información de las adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital Distrital Santa Isabel, para lo cual trae consigo los siguientes resultados:

Nuestro estudio estuvo constituido por 136 adolescentes embarazadas con factores sociodemográficos como se menciona en la Tabla 1 se observa la relación que existe entre el factor sociodemográfico la edad se relaciona con preeclampsia( $p=0.008$ ), oligohidramnios( $p=0.035$ ), ruptura prematura de membranas( $p=0.04$ ), anemia( $p=0.003$ ), antecedente de aborto, mientras que el resto no se relaciona.

Iparraguirre M. en su estudio sobre los factores que condicionan el parto pre termino en el Servicio de Maternidad del Hospital Daniel Alcides Carrión y el Hospital del Carmen de Huancayo, identifico que los factores de mayor incidencia en el Hospital Carrión; fueron: ruptura prematura de membranas (26%), infección del tracto urinario (22%) y es más frecuente en primíparas de 15 a 20 años y que el 80 % fueron gestantes no controladas; muestras que el Hospital El Carmen los factores de mayor incidencia fueron: ruptura prematura de membranas (26%), infección del tracto Urinario (20%) y es más frecuente en primíparas de 15 a 20 años, teniendo un 52% de gestantes no controladas.



En la Tabla 2, se observa la relación que existe entre el factor sociodemográfico grado de instrucción con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas demostrando que si se relaciona con ruptura prematura de membranas( $p=0.01$ ), el desprendimiento prematuro de placenta( $p=0.01$ ), y hemorragia post parto( $p=0.002$ ), por lo tanto no se relacionan con los demás factores.

El autor Tapia M, Jiménez A, Pérez I, realizaron un estudio descriptivo transversal realizado en el periodo de septiembre-noviembre de 2011, en una muestra por conveniencia de 100 adolescentes que se encontraban en la segunda mitad del embarazo, de las cuales 96% tuvo riesgo medio para la edad (15 a 19 años); aunque 9 tuvieron mayor riesgo debido a que tenían 15 años o menos; 27% eran solteras, 23% correspondían a un nivel socioeconómico bajo, dos terceras partes reportó una escolaridad de 9 años o menos. Respecto a los factores biológicos cuatro de cada 10 tuvieron riesgo medio o alto en función de su peso (35% entre 41 a 50 kg. y 6.1% con menos de 40 kg.); la gran mayoría eran nulíparas; 12% con tabaquismo positivo; 16% tuvo amenaza de aborto; 11% con amenaza de parto pre término; el problema de salud más importante fue la infección de vías urinarias 28% la tenía controlada y 10% activa.

En la Tabla 3, se observa la relación que existe entre el factor sociodemográfico procedencia con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas demostrando que la procedencia si se relaciona con la preeclampsia( $p=0.008$ ), oligohidramnios( $p=0.005$ ), ruptura prematura de membranas( $p=0.001$ ) y antecedente de aborto( $p=0.001$ ), mientras el resto no tienen relación.

Tenemos a Heredia I, que realizó un estudio observacional y caso – control; de tipo transversal y retrospectivo; constituido por las gestantes con pre-eclampsia atendidas y hospitalizadas en el Servicio de

Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Loreto durante los años 2010 – 2014, siendo los controles gestantes sin diagnóstico de cualquier enfermedad hipertensiva, cuyos resultados fueron que en las preeclámpticas el 58,2% tenía de 20 a 34 años, encontrando la edad menor de 20 años y la edad mayor de 34. El 1,8% presentó IMC bajo, el 62,7% IMC normal, el 24,5% sobrepeso y el 10,9% fueron obesas. Se encontró relación con la preeclampsia a la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas con la nuliparidad, el embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional la Hipertensión arterial crónica y el antecedente familiar Enfermedad Hipertensiva. Concluyendo que los factores de riesgo asociados a preeclampsia fueron la edad menor de 20 años, la edad mayor de 34 años, la obesidad, la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas, la nuliparidad, el embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional, la hipertensión arterial crónica y el antecedente familiar Enfermedad hipertensiva.

En la Tabla 4, se observa la relación que existe entre el factor obstétrico paridad con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas obteniendo de ellas que la paridad si se relaciona con parto pretermino ( $p=0$ ), oligohidramnios(0.032), en ruptura prematura de membranas( $p=0$ ), en antecedente de aborto ( $p=0$ ) y en desgarro perineal( $p=0.002$ ) , mientras que no se relacionan con los demás factores.

Así mismo, Saez V, realizó un estudio retrospectivo de caso control, con la finalidad de conocer la morbilidad del embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital "Clodomira Acosta Ferrales" desde el 1ro enero de 2000 al 31 de marzo del 2005. El grupo estudio fue de 184 adolescente y comparó con un grupo control representado por las gestantes de 15 a

20 años (n = 439) atendidas en dicho centro, en igual periodo de tiempo. Datos referentes a antecedentes patológicos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se recogieron en una encuesta habilitada al efecto y se procesaron utilizando el sistema estadístico SPSS. Entre los resultados más relevantes se destacan la alta incidencia de bajo peso materno, la mayor frecuencia de infecciones vaginales, anemia, hipertensión inducida y parto instrumentado, así como desgarros cervicales y hemorragia puerperal entre las adolescentes.

En la Tabla 5, se observa la relación que existe entre el factor obstétrico antecedente de aborto con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas obteniendo ellas que el antecedente de aborto si se relaciona con parto pre término( $p=0.028$ ), preeclampsia(0.009), oligohidramnios(0.027), en ruptura prematura de membranas( $p=0.004$ ), mientras que no se relaciona con el resto de factores.

En la Tabla 6, se observa la relación que existe entre el factor obstétrico inicio de la relación sexual con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas demostrando que si se relaciona con ruptura prematura de membranas( $p=0.027$ ) y en placenta previa(0.015); por lo tanto no se relaciona con los demás factores.

A ello Bendezu G, Espinoza D, realizo un estudio de 177 adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza", EsSalud, Ica entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014 y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes y registros de partos, cuyas principales medidas de resultados: Características obstétricas y perinatales; obteniendo así que el embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las

principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Conclusiones: El embarazo en la adolescencia tiene riesgo elevado de complicaciones, haciendo necesario el desarrollo de políticas de salud, de educación sexual y sanitaria encaminadas a reducir las tasas de embarazo en este grupo etario.

En la Tabla 7, se observa la relación que existe entre el factor obstétrico menarquia con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas obteniendo de ellas que su menarquia se relaciona con la preeclampsia( $p=0.001$ ), oligohidramnios( $p=0.014$ ), ruptura prematura de membranas( $p=0.007$ ), hemorragia postparto( $p=0.04$ ); por lo tanto no se relaciona con los demás factores.

Así Romero y et al, desarrollaron una investigación con la finalidad de determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo de tipo caso y control, conformado por 105 casos (todas aquellas pacientes con parto pretérmino) y 105 controles (pacientes con parto a término), tomados entre el periodo de septiembre 2010 a marzo 2011. La frecuencia encontrada de parto pretérmino fue de 8,57% (105) de un total de 1225 partos, con una media de edad de 25,7; se encontró como factores de riesgo el número de controles prenatales menores de seis 95%. (2,10 – 6,67), ruptura prematura de membranas al 95% (2,41-17,92), anemia 95% (1,12-5,62) y preeclampsia 95% (2,60-31,16). Se concluyó que los factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo – Perú son: número de controles prenatales menores de seis, ruptura prematura de membranas, anemia y preeclampsia.

En la Tabla 8, se observa la relación que existe entre el factor obstétrico edad gestacional con la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas obteniendo de ellas que la edad gestacional si se relaciona con el antecedente de aborto(0.001) y en desgarro perineal durante el parto(0.004), por lo tanto no se relaciona con los demás factores.

## V. CONCLUSIONES

1. El factor sociodemográfico edad si se relacionan con la preeclampsia, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas y anemia, mientras que no se relaciona con parto pretermino, diabetes mellitus gestacional, infección del tracto urinario, polihidramnios, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, antecedente de aborto, desgarro perineal durante el parto, hemorragia post parto, sepsis, sífilis y mortalidad materna.
2. El factor sociodemográfico grado de instrucción se relaciona con ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, y hemorragia post parto; mientras que no se relaciona con parto pre término, preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, infección tracto urinario, Polihidramnios, oligohidramnios, placenta previa, antecedente de aborto, desgarro perineal durante el parto, sepsis, sífilis, anemia y mortalidad materna.
3. El factor sociodemográfico como procedencia se relaciona con la preeclampsia, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas y antecedente de aborto, mientras que no se relaciona con parto pre termino, diabetes mellitus gestacional, infección tracto urinario, Polihidramnios, placenta previa, desgarro perineal durante el parto, hemorragia post parto, sepsis, sífilis, anemia y mortalidad materna..
4. El factor obstétrico como la paridad se relaciona con parto pretermino, oligohidramnios, en ruptura prematura de membranas, en antecedente de aborto y en desgarro perineal , mientras que no se relacionan con preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, infección tracto urinario, Polihidramnios, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia post parto, sepsis, sífilis, anemia y mortalidad materna.
5. El factor obstétrico como antecedente de aborto se relaciona con parto pre término, preeclampsia, oligohidramnios, en ruptura prematura de membranas, mientras que no se relaciona con diabetes mellitus gestacional, infección tracto urinario, Polihidramnios, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, antecedente de aborto, desgarro

perineal durante el parto, hemorragia post parto, sepsis, sífilis, anemia y mortalidad materna.

6. El factor obstétrico como inicio de la relación sexual se relaciona con ruptura prematura de membranas y en placenta previa; mientras que no se relaciona con parto pre término, preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, infección tracto urinario, Polihidramnios, oligohidramnios, desprendimiento prematuro de placenta, antecedente de aborto, desgarro perineal durante el parto, hemorragia post parto, sepsis, sífilis, anemia y mortalidad materna.
7. El factor sociodemográfico menarquia se relaciona con la preeclampsia, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas, hemorragia postparto; mientras que no se relaciona con parto pretérmino, diabetes mellitus gestacional, infección tracto urinario, Polihidramnios, desprendimiento prematuro de placenta, antecedente de aborto, desgarro perineal durante el parto, sepsis, sífilis, anemia y mortalidad materna.
8. El factor sociodemográfico edad gestacional se relaciona con antecedente de aborto y en desgarro perineal durante el parto, mientras que no se relaciona con parto pre termino, preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, infección tracto urinario, Polihidramnios, oligohidramnios, placenta previa, ruptura prematura de placenta desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia post parto, sepsis, sífilis, anemia y mortalidad materna.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Se recomienda fortalecer y/o implementar programas educativos existentes que aborden la sexualidad como parte de la educación y formación general. Esta educación debe ser integral, fomentando valores, con énfasis en el desarrollo de actitudes y habilidades que promuevan la postergación de la vida sexual activa y el logro de la abstinencia. Estos proyectos deben atenderse no sólo en contextos educativos, sino también, en lugares que sean de acceso público como centros de salud, lugares de esparcimiento y dentro de las comunidades. Por lo que se sugiere al Ministerio de Educación, establecer un curso de salud sexual y reproductiva, dentro del plan curricular de estudios de los centros educativos, cuyos temas de sexualidad en adolescentes sean abordados por profesionales de la especialidad, para que puedan tomar decisiones conscientes y orientadas, desarrollando la capacidad de resistir las presiones sociales y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas, por eso debemos educar a las adolescentes sobre la sexualidad y el uso de los anticonceptivos para que tengan accesos a los servicios de anticoncepción y así evitar los embarazos en adolescentes, no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

Los padres no deben tener temor en hablar con sus hijos (as) sobre temas de sexualidad y las consecuencias que produciría en caso de ejercerla irresponsablemente. Se le debe explicar los riesgos y complicaciones que tendrá en caso de embarazarse y como cambiará bruscamente su vida desde ese momento. Entre más temprano se hable con ellos sobre estos temas, es mejor.

Para el personal de salud capacitarse sobre adolescentes y formar consultorios para ellos y así poder brindar una mayor orientación y consejería.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud, Todo a su tiempo: la maternidad es un asunto serio [sede Web]. Perú: MINSA; [actualizada 2011; acceso 8de agosto 2013]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvem\\_b\\_embarazosadolescentes.html](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvem_b_embarazosadolescentes.html)
2. Martínez G, Seguí M. Epidemiología Aplicada 2da Edición España: Editorial Ariel 2010, pp.89-90.
3. Tapia M, Jiménez A, Pérez I. Riesgo de la convivencia de 100 adolescentes que se encontraban en la segunda mitad de embarazo, septiembre- noviembre 2011. México. Ginecol Obstet 2011.
4. Serrano D. Características personales de las adolescentes embarazadas entre 15 a 16 años. Bolivia. Rev. Med. IMSS 2011.
5. Sáez V, Conocer la morbilidad del embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital "Clodomira Acosta Ferrales". Cuba 2012. Pp.46-89.
6. López M. Embarazo juvenil como factor de riesgo de niños con bajo peso al nacer en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C Sotomayor desde junio hasta Diciembre 2013. Cuba Rev. Medica 2013. Pág. 2.
7. Romero A. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital materno infantil de Huancayo – Perú, 2013. pág. 7.
8. Iparraguirre M. Factores que condicionan el parto pre terminó en los Hospitales “Daniel Alcides Carrión” y “El Carmen” de Huancayo. Perú. Rev. Cienc.2013; 75(1):103-111.

9. Zelada P. Incidencia y factores de riesgo asociado al Parto en el Hospital III Daniel Alcides Carrión. Enero 2009- Diciembre 2011. Perú 2013.
10. Heredia I. Factores de riesgos asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2010 a Diciembre 2014. Perú, 2015. Pág. 6
11. Bendezu G, Espinoza D. Características y riesgos de gestantes adolescentes Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, EsSalud, Ica entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014. Peru, 2015. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.62 no.1 Lima. Pág. 2
12. Arispe C. y Salgado M.: Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Heredia. América Latina 2011; 22(4)
13. Paca Palao Ada Yesenia. Calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar Peru-2010. Costa Rica 2012.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011. Perú: INEI; 2013.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú; Encuesta demográfica y Salud Familiar 2012,[acceso 27 de septiembre 2014]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>
16. Redondo Figuero C, Galdó Muñoz G, García Fuentes M. Atención al adolescente. 1<sup>ra</sup> ed. España: Universidad de Cantabria; 2011.
17. Ministerio de salud. Prevención del embarazo en adolescentes: ser responsable es la mejor opción “tú decides”. Perú: MINSA;[actualizado 2010; acceso 27 de agosto 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/default.asp>
18. Resolución Ministerial N°538-2009. Minsa. Disponible en [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_legales/resolucion\\_es\\_ministeriales/21092009\\_1400\\_RM538-2009EP.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/resolucion_es_ministeriales/21092009_1400_RM538-2009EP.pdf).

19. Etapa de vida de Adolescente. Perú 2011. Fecha de acceso el 18-09-14. URL. Disponible en <http://minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletín-adolescentes/boletin01-2010.pdf>.
20. Fernanda Rolan. “Análisis y estudio sobre el embarazo adolescente, entre los 12 y 20 años de edad”. Perú 2006.
21. Oswaldo Tipiani, Cristina Tomatis, El desenlace Materno-Perinatal. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Perú 2011; 52(4):46-48.
22. Salgado M.: de factores asociados al embarazo. Revista Médica Heredia. Perú 2011; 22(4)
23. José J. Amar Amar, Bertha Hernández Jiménez. Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Caribe 2010; N° 15: 1-17.
24. Redondo Figuero C, Galdó Muñoz G, García Fuentes M. Atención al adolescente. 1<sup>ra</sup> ed. España: Universidad de Cantabria; 2010.
25. Alvarado Alva Juan C. Manual de obstetricia. 2<sup>a</sup> edición. Perú: apuntes médicos del Perú, 2011.
26. José J. Amar Amar, Bertha Hernández Jiménez. Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Caribe 2012; N° 15: 1-17.
27. Calero J.Gil.A. Diccionario Epidemiológico Salud Pública y Comunitaria. España Editorial Centro de Estudios Areces S.A. 2012, pp 86-130.
28. Felipe IV. Diccionario de la Real Académica Española. 27 de Agosto del 2014. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=edad>.
29. Felipe IV. Diccionario de la Real Académica Española. Ocupación. 27 de Agosto del 2014. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=ocupacion>
30. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES, 2000,2007,2009 y 2010. Disponible en [cej.pj.gob.pe/cej/forms/busquedaform.html](http://cej.pj.gob.pe/cej/forms/busquedaform.html).

31. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: Mac Graw Hill. 2014. Pp. 203-273.
32. Felipe IV. Diccionario de la Real Académica Española. Procedencia (acceso el 27 de Agosto del 2014). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
33. Victoriano Llaca y Julio Fernández. Obstetricia Clínica. Mexico. Editorial McG Gram Hill. 2010.
34. Hacker L, Gambone, Hobel. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. Editorial El manual moderno. México, 2011. Código 618. 01 H 11. N° 23472. Pag. 379 – 378
35. Neville F. Hacker, Joseph. C. Gambone y Calvin J. Hobel. Ginecologia y Obstetricia de Hacker y Moore. México. Editorial Manual Moderno. 2011
36. J. Lombardia y M. Fernandez. Ginecologia y Obstetricia Manual de consulta rápida. 2da Ed. España. Editorial Médica Panamericana. 2010
37. Felipe IV. Diccionario de la Real Académica Española. Procedencia (acceso el 27 de Agosto del 2014). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=K8tFKdo>.

# ANEXOS

**ANEXO 1****FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS RELACIONADOS A LA MORBILIDAD  
Y MORTALIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS.HOSPITAL DISTRITAL SANTA  
ISABEL 2010– 2014****FICHA DE RECOLECCION DE DATOS****FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS**

Nro. De historia clínica:

Fecha

1. Edad

- 12- 14 años
- 15-18 años

2. . Grado de Instrucción ¿Cuál es el último grado de estudio?

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior

3. Procedencia

Urbana

Rural

Urbano marginal

**FACTORES OBSBTETRICOS**

4. Paridad:

- a) Nulípara
- b) Primípara
- c) Multípara

5. Antecedentes de aborto

- a) Si
- b) No

6. Inicio de Relaciones sexuales:

- a) < 12 años
- b) > 12 años

7. Menarquia:

a) 9-12 años

b) > 12 años

8. Edad gestacional

a) 14- 21 semanas

b) 22-32 semanas

c) 33-40 semanas

### MORBILIDAD MATERNA

9. Parto pre término

a) Si

b) No

10. Preeclampsia

a) Si

b) No

11. Diabetes mellitus

a) Si

b) No

12. Infección del tracto urinario

a) Si

b) No

13. Polihidramnios

a) Si

b) No

14. Oligohidramnios

a) Si

b) No

15. Ruptura prematura de Membranas

a) Si

b) No

16. Placenta Previa

a) Si

b) No

17. Desprendimiento Prematuro de Placenta

a) Si

b) No

18. Desgarro perineal durante el parto

a) Si

b) No

19. Hemorragia post parto

a) Si

b) No

20. Sepsis

a) Si

b) No

21. Sífilis

a) Si

b) No

22. Anemia

a) Si

b) No

**MORTALIDAD MATERNA**

23. Muerte materna

a) Si

b) No



## ANEXO 2

### FORMATO PARA EVALUACION DEL CUESTIONARIO

Datos del Evaluador:

Apellidos y Nombres:.....

Numero de colegiatura:.....

Profesión:.....

Lugar de trabajo:.....

Cargo que desempeña:.....

Área: .....

Dimensiones	Ítems- Preguntas	Escala Evolutiva			Observaciones
		A	B	C	
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Del 1 al 3				
FACTORES OBSTETRICOS	Del 4 al 9				
MORBILIDAD MATERNA	Del 10 al 24				
MORTALIDAD MATERNA	25				

#### ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA ITEMS- OBJETIVOS

A: TOTALMENTE DE ACUERDO

B: DE ACUERDO

C: DESACUERDO

## ANEXO 5

### Tabulación según escala evaluativa de los jueces

Dimensiones	Ítems- Preguntas	evaluadores		
		1º	2º	3º
<b>FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</b>	Del 1 al 3	2	2	3
<b>FACTOES OBSTETRICOS</b>	Del 4 al 9	3	2	2
<b>MORBILIDAD</b>	Del 10 al 24	2	3	2
<b>MORTALIDAD</b>	25	2	2	2

Ítems- Preguntas	Evaluadores			Promedio ri	Proporción de rangos de cada ítems	Pe
	1º	2º	3º			
<b>Del 1 al 3</b>	2	3	2	2,33333	0,78	0,037
<b>Del 4 al 9</b>	3	2	2	2,333	0,78	0,037
<b>Del 10 al 18</b>	2	2	3	2,33333	0,78	0,037
<b>19</b>	2	2	2	2	0.67	0.037
<b>TOTALES</b>	8	8	7	9,000	3,00	0,11

**Coefficiente de proporción de rango:**

$$CPR = \frac{PPri}{N} \qquad CPR = \frac{4.667}{3} \qquad CPR = 0.778$$

**Coefficiente de proporción de rango corregido:**

$$CPRc = CPR - Pe \qquad CPRc = 0.704$$

La validez y concordancia de los expertos es alta.

