Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana

Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2025

Tesis

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autores

Ehistem Pompeyo Agurto Torres
Giancarlo Delgado Vegas

Asesor

Dr. Pedro Carlos Nicho Pacheco



Huacho – Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.

UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
LICENCIADA

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

METADATOS

DATOS DEL AUTOR (ES):		
APELLIDOS Y NOMBRES	**DNI**	**FECHA DE SUSTENTACIÓN**
Agurto Torres, Ehistem Pompeyo	43232605	27 de octubre 2026
Delgado Vegas, Giancarlo	71831358	27 de octubre 2026
DATOS DEL ASESOR:		
APELLIDOS Y NOMBRES	**DNI**	**CÓDIGO ORCID**
MGO. Nicho Pacheco, Pedro Carlos	15732587	https://orcid.org/0009-0004-5530-9424
DATOS DE LOS MIEMROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO-MAESTRÍA-DOCTORADO:		
APELLIDOS Y NOMBRES	**DNI**	**CÓDIGO ORCID**
M.N, Estrada Choque, Efraín Ademar	08802473	https://orcid.org/0000-0002-8174-2334
M.C. Valladares Vergara, Edgar Iván	15606301	https://orcid.org/0000-0003-0500-4484
M(o). Luyo Delgado, Jaime	16002601	https://orcid.org/0000-0002-4282-4425

2026-087153-2026-087471 AGURTO TORRES-DELGA...

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS E...

UNIDAD DE INVESTIGACION FMH-PREGRADO 2026

TESIS DE PREGRADO 2026

Facultad de Medicina Humana

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3672392028

Fecha de entrega
7 oct 2026, 3:50 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
7 oct 2026, 3:57 p.m. GMT-5

Nombre del archivo
Tesis_Agurto_Torres_y_Delgado_Vegas.docx

Tamaño del archivo
5.3 MB

129 páginas

25.694 palabras

154.888 caracteres

16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

16% Fuentes de Internet

3% Publicaciones

10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.° de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

“Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2025”

DEDICATORIA

Giancarlo: Dedico esta investigación especialmente a mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y por ser el motor que impulsa cada uno de mis logros; a mi hermana, por acompañarme siempre en cada etapa de mi vida; y a mi querido peluche, por su compañía fiel, su cariño sincero y por brindarme por muchos años alegría en los momentos más difíciles de este camino.

Ehistem: Dedico esta investigación a la memoria de mis queridos padres, quienes, aunque partieron hace muchos años, continúan presentes en mi corazón y siguen siendo mi mayor fuente de inspiración. Sus enseñanzas, su amor y los valores que me inculcaron han guiado cada paso de mi vida y me han dado la fortaleza necesaria para alcanzar esta meta. A mis hermanos, por su cariño, compañía y apoyo constante durante este camino. Gracias por permanecer unidos, por sus palabras de aliento y por motivarme a perseverar ante cada dificultad. Este logro también es de ustedes.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro asesor, Dr. Pedro Nicho Pacheco, por su orientación, paciencia y compromiso durante el desarrollo y culminación de esta investigación.

Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento Hospital Regional de Huacho, por las facilidades brindadas, haciendo posible la ejecución de esta investigación.

Así también, agradecemos a los docentes y a los profesionales de la salud que colaboraron, y que durante el proceso investigativo aportaron con sus conocimientos.

Finalmente, expresamos un agradecimiento muy especial a nuestros padres, por su apoyo incondicional, esfuerzo y constante motivación a lo largo de nuestra formación profesional.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4

1.1 Descripción de la Realidad Problemática 4

1.2 Formulación del problema 9

1.2.1. Problema general 9

1.2.2. Problemas específicos 9

1.3. Objetivos de la investigación 9

1.3.1 Objetivo general 9

1.3.2 Objetivos específicos 9

1.4 Justificación de la investigación 10

1.5 Delimitación del estudio 12

1.6 Viabilidad del estudio 12

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 14

2.1 Antecedentes de la investigación: 14

2.1.1 Investigaciones internacionales 14

2.1.2 Investigaciones nacionales 20

2.2 Bases teóricas 25

2.3 Definición de términos básicos 35

Control prenatal 35

Factores de riesgo 35

Complicación obstétrica 35

Embarazo 36

Adolescente 36

2.4 Hipótesis de investigación 36

2.4.1 Hipótesis general 36

2.4.2 Hipótesis específicas 36

2.5 Operacionalización de las variables 38

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 40

3.1 Diseño metodológico 40

3.1.1 Según la intervención del investigador 40

3.1.2 Según la planificación de toma de datos 40

3.1.3 Enfoque de investigación 40

3.1.4 Según el número de variables de interés 40

3.2 Población y muestra 41

3.2.1 Población 41

3.2.2 Muestra 41

3.2.3 Selección de casos 42

3.2.4 Selección de controles 43

3.3 Técnicas de recolección de datos 43

3.3.1 Técnica que emplear 43

3.3.2 Descripción del Instrumento 44

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información 44

CAPÍTULO IV: RESULTADOS 46

4.1 Análisis de resultados 46

CAPITULO V: DISCUSIÒN 67

DISCUSIÒN DE RESULTADOS 67

CAPITULO VI: CONLUSIONES Y RECOMENDACIONES 75

CONCLUSIONES 75

RECOMENDACIONES 76

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS 79

7.1 Fuentes documentales 79

7.2 Fuentes bibliográficas 83

7.3 Fuentes hemerográficas 83

7.4 Fuentes electrónicas 88

ANEXOS 91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: *Análisis bivariado de los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025……..46*

Tabla 2: *Análisis bivariado de los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas (detallado) durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025……..50*

Tabla 3: Análisis bivariado de los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas (detallado) durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025……..53

Tabla 4: *Análisis bivariado de los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas (detallado) durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025……..56*

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de recolección de datos 92

ANEXO 2: Juicio de expertos 94

ANEXO 3: Validación de instrumento 95

ANEXO 4**: Cuestionarios de validación de instrumento** 97

ANEXO 5: Matriz de consistencia 102

ANEXO 6: Solicitud de permiso institucional 104

ANEXO 7: Autorización para revisión de historias clínicas 105

ANEXO 8: Constancia de revisión de historias clínicas 106

ANEXO 9: Recolección de datos 107

ANEXO 10: Procesamiento de datos 108

RESUMEN

Objetivo: Establecer la asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025. **Materiales y métodos**: Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y analítico, con diseño de casos y controles. La población incluyó 382 gestantes adolescentes y una muestra de 196: 98 casos con complicaciones y 98 controles sin ellas. Se revisaron historias clínicas mediante una ficha validada por expertos. Se aplicaron chi cuadrado, odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95 %, con $p < 0,05$. **Resultados**: Los factores sociodemográficos no presentaron asociación global significativa ($p > 0,05$). Se asociaron con las complicaciones el IMC normal (OR = 2,764; IC 95 %: 1,542-4,955; p = 0,001) y la ganancia baja de peso (OR = 3,649; IC 95 %: 1,548-8,598; p = 0,002). También hubo asociaciones inversas con sobrepeso (OR = 0,236; $p < 0,001$), ganancia adecuada de peso (OR = 0,396; p = 0,002) y primigesta (OR = 0,395; p = 0,035). Entre las complicaciones específicas, el bajo peso se relacionó con rotura prematura de membranas (OR = 8,143; IC 95 %: 1,089-60,877; p = 0,016), mientras que la ganancia baja se relacionó con anemia gestacional (OR = 5,276; IC 95 %: 2,366-11,764; $p < 0,001$) y trauma perineal (OR = 3,095; p = 0,009). Tener menos de seis controles prenatales no se asoció con el desenlace global (OR = 1,677; p = 0,181), pero sí con amenaza de parto pretérmino (OR = 9,524; IC 95 %: 2,154-42,116; $p < 0,001$). La multigesta se asoció con amenaza de aborto (OR = 96,000; $p < 0,001$), aunque la estimación fue imprecisa. **Conclusión:** Los principales factores asociados fueron antropométricos y obstétricos, especialmente el IMC, la ganancia baja de peso y la gravidez, lo que respalda fortalecer la evaluación nutricional y el seguimiento prenatal individualizado.

Palabras clave: embarazo adolescente; factores de riesgo; complicaciones obstétricas; estado nutricional; control prenatal.

ABSTRACT

Objective: To establish the association between risk factors and obstetric complications during pregnancy among adolescents treated at the Regional Hospital of Huacho in 2025. **Materials and methods:** A quantitative, observational, retrospective, cross-sectional, and analytical case-control study was conducted. The population included 382 pregnant adolescents and a sample of 196 participants: 98 cases with complications and 98 controls without them. Medical records were reviewed using a data collection form validated by experts. The chi-square test, odds ratio (OR), and 95% confidence interval were applied, with $p < 0.05$. **Results:** Sociodemographic factors showed no significant overall association ($p > 0.05$). Obstetric complications were associated with normal BMI (OR = 2.764; 95% CI: 1.542-4.955; $p = 0.001$) and low gestational weight gain (OR = 3.649; 95% CI: 1.548-8.598; $p = 0.002$). Inverse associations were also found for overweight (OR = 0.236; $p < 0.001$), adequate gestational weight gain (OR = 0.396; $p = 0.002$), and primigravidity (OR = 0.395; $p = 0.035$). Among specific complications, underweight was associated with premature rupture of membranes (OR = 8.143; 95% CI: 1.089-60.877; $p = 0.016$), whereas low gestational weight gain was associated with gestational anemia (OR = 5.276; 95% CI: 2.366-11.764; $p < 0.001$) and perineal trauma (OR = 3.095; $p = 0.009$). Fewer than six prenatal visits were not associated with the overall outcome (OR = 1.677; $p = 0.181$), but were associated with threatened preterm labor (OR = 9.524; 95% CI: 2.154-42.116; $p < 0.001$). Multigravidity was associated with threatened miscarriage (OR = 96.000; $p < 0.001$), although the estimate was imprecise. **Conclusion:** The main associated factors were anthropometric and obstetric, particularly BMI, gestational weight gain, and gravidity, supporting stronger nutritional assessment and individualized prenatal follow-up.

Keywords: adolescent pregnancy; risk factors; obstetric complications; nutritional status; prenatal care.

INTRODUCCIÓN

La gestación en la adolescencia ocurre durante un período de transformaciones físicas, emocionales y sociales que llegan a influir en su evolución. Las necesidades fisiológicas del crecimiento materno se suman a las del feto, aumentando la posibilidad de alteraciones que comprometan el bienestar de ambos. Por ello, analizar las condiciones asociadas con las complicaciones obstétricas es esencial para brindar una atención prenatal oportuna y diferenciada.

Se identifican como complicaciones habituales la anemia gestacional, ciertas infecciones urinarias, los trastornos hipertensivos, la posibilidad de un parto antes de término y la rotura anticipada de las membranas. Su aparición puede relacionarse con factores sociodemográficos, antropométricos y obstétricos, tales como el grupo etario, el nivel educativo, la procedencia, el índice de masa corporal, el incremento de peso, la cantidad de controles prenatales y los antecedentes de gestaciones previas.

En Huaura, la asistencia brindada a las gestantes adolescentes constituye una prioridad sanitaria, debido a la diversidad de elementos que pueden influir en el desarrollo de la gestación y la aparición de complicaciones obstétricas. El Hospital Regional de Huacho recibe pacientes procedentes de áreas urbanas y rurales de la provincia de Huaura; sin embargo, esta evidencia sobre los factores asociados con sus complicaciones obstétricas todavía es limitada. Su identificación permitirá fortalecer el control prenatal y orientar intervenciones preventivas.

Frente a esta realidad, el estudio buscó establecer la asociación existente entre las condiciones de riesgo y las complicaciones obstétricas en adolescentes que recibieron atención en el Hospital Regional de Huaura durante 2025. El análisis de historias clínicas permitió generar evidencia local orientada a identificar oportunamente a las gestantes con mayor riesgo y fortalecer las decisiones relacionadas con su atención prenatal.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La presente investigación se orienta al análisis de factores de riesgo presentes durante la gestación en adolescentes entre ellos, la edad, número de controles prenatales, incremento de peso ponderal, etc., y su asociación directa con la ocurrencia de complicaciones obstétricas como los trastornos hipertensivos en el embarazo, anemia, infecciones urinarias, etc.; siendo un fenómeno trascendente clínicamente, razón por la cual se considera una problemática prioritaria para la salud colectiva. La complejidad de dicha problemática se debe a la limitada efectividad de las intervenciones sanitarias y al importante impacto que genera en términos de morbimortalidad materna y perinatal. La adolescencia, comprendida de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f), como un período que marca el tránsito desde la infancia hasta la etapa adulta de 10 a 19 años, representa una fase crítica de evolución biológico y psicosocial. Durante este período, si bien eventos fisiológicos como la menarquia podrían habilitar la capacidad reproductiva, el sistema reproductor femenino aún se encuentra en un proceso de maduración anatómica y fisiológica, lo que genera una vulnerabilidad biológica intrínseca frente a las exigencias propias de la edad adolescente y el producto gestacional.

Esta inmadurez biológica no actúa de forma aislada, sino que converge sinérgicamente con factores de riesgo de índole social y conductual. Un grupo de adolescentes se encuentran frecuentemente desprotegidas, caracterizados por el inicio temprano de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, exposición a violencia sexual y una deficiente educación sexual integral desde el núcleo familiar. Como consecuencia de esta intersección biológico-social. Chakole et al. (2022) argumentan que la gestación en esta etapa vital desencadena una cascada de complicaciones maternas y perinatales con una prevalencia considerablemente superior a la registrada en la población adulta. Entre las patologías de mayor incidencia y gravedad

asociadas a este grupo sobresalen el nacimiento antes de término y el peso reducido al nacer, las alteraciones hipertensivas (preeclampsia y eclampsia), la rotura prematura de membranas y diversas complicaciones hemorrágicas e infecciosas.

La etiología de estas complicaciones, según la investigación de casos efectuada por Camargo-Reta et al. (2022), identifica que la edad materna temprana con un pico crítico de vulnerabilidad a los 15 años actúa como un determinante central. Asimismo, los autores demuestran que variables obstétricas y antropométricas, como la multiparidad temprana, la obesidad materna y, la ausencia total o parcial de controles prenatales, imposibilitan la detección precoz del riesgo, incrementando así la morbimortalidad en este binomio madre-hijo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024) reporta que, si bien se ha logrado un descenso en el índice global de alumbramientos de 64,5 por cada 1.000 mujeres (año 2000) hasta 41,3 (2023), esta mejora oculta disparidades alarmantes. Durante 2019, se registraron cerca de 21 millones de embarazos en adolescentes concentrados abrumadoramente en países de ingresos bajos y medianos, caracterizados debido a que se trataba de gestaciones no planificadas en cerca del 50 % de los casos. Asimismo, la violencia de género también afecta a las gestantes adolescentes, estimándose que cerca de 120 millones de personas menores de 20 años han sufrido violencia sexual, un factor que conlleva embarazos de alto riesgo clínico y psicológico. Las adolescentes enfrentan probabilidades exponencialmente mayores de desarrollar cuadros graves como eclampsia, infección del endometrio durante el puerperio e infecciones generalizadas, frente a las gestantes con edades comprendidas entre 20 y 24 años.

El comportamiento epidemiológico en países de altos ingresos demuestra cómo la intervención sobre los determinantes sociales puede mitigar, aunque no erradicar el problema. En Estados Unidos, Mickler & Tollestrup (2024) documentan una reducción histórica, alcanzando en 2023 un índice de 13,1 nacimientos por cada 1.000 adolescentes, lo que representa una disminución del 79 % respecto a 1991. Este éxito epidemiológico se atribuye a

al sistema de prevención, aunque la persistencia de tasas más altas en el grupo de 18 a 19 años (24,6 por cada 1.000) subraya que el riesgo conductual persiste.

Martínez (2022) expone que, en España, el embarazo precoz representa apenas entre el 2 % y el 2,2 % del total de gestaciones, con un índice de fecundidad de 6,2 por mil. El autor analiza que estas cifras inferiores responden a sólidas condiciones socioeconómicas, educación sexual temprana (iniciada en promedio a los 16 años) y una detección temprana del embarazo que garantiza una rápida derivación al sistema de control prenatal. No obstante, a pesar del óptimo entorno sanitario europeo, la preeclampsia, el nacimiento antes de término y el peso reducido al nacer continúan siendo unas de las complicaciones primarias, demostrando que la edad aislada constituye un elemento de riesgo obstétrico independiente.

El panorama de la región latinoamericana y caribeña ilustra un fracaso en los mecanismos destinados a la contención social y asistencial. La Organización Panamericana de la Salud (2018) advierte que esta zona geográfica presenta una entre las fecundidades adolescentes más altas, concentrando el 15 % de todos los embarazos en este grupo etario. Este volumen no es incidental, sino el resultado de inequidades crónicas, limitaciones severas en la disponibilidad de servicios de salud sexual y deficiencias estructurales en la educación reproductiva, impactando de manera virulenta en países como Guatemala, Nicaragua, Bolivia y Venezuela.

En Bolivia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2025), reportó 28.078 casos de embarazos en menores durante 2024, promediando 76 casos diarios. El dato más crítico de este informe es la maternidad forzada en la adolescencia temprana, con más de 10.000 niñas menores de 15 años embarazadas en el último quinquenio, dificultando su desarrollo integral. De manera similar, Perdomo (2024) sitúa a Venezuela con una tasa alarmante de 81,05 nacimientos por cada 1.000 adolescentes (15-19 años) y 3,05 en niñas (10-14 años), cifras que duplican el promedio mundial. El autor asocia directamente esta crisis a la falta de métodos

anticonceptivos, la imposición de barreras culturales, la desinformación y una alta exposición a la violencia sexual, elementos que configuran un entorno altamente hostil para el desarrollo reproductivo saludable.

A nivel nacional, el Perú no escapa a estas dinámicas de vulnerabilidad, posicionando al embarazo precoz como una causal de morbilidad. Los reportes de Plan Internacional (2025), evidencian la magnitud de la crisis donde solo en el primer semestre de 2025, aproximadamente 18 mil adolescentes asumieron la maternidad en el país. La génesis de esta estadística se encuentra en factores socioculturales profundamente arraigados, como la deficiente comunicación intrafamiliar, el uso errático de métodos anticonceptivos, el machismo y las barreras geográficas que limitan los servicios sanitarios adecuados.

Bajo esta perspectiva, la UNFPA (2024) dimensionan el peligro inminente, para el año 2024, el embarazo adolescente constituyó el 12 % de todas las gestaciones a nivel nacional, pero, de manera alarmante, sus complicaciones maternas se incrementaron entre tres y cinco veces en comparación con gestantes adultas. Este nivel de complicación se traduce en mortalidad pura: el 14,3 % del total de muertes maternas en Perú corresponden a adolescentes, de las cuales el 11 % está directamente vinculado a prácticas de aborto en condiciones de riesgo.

Esta crisis de mortalidad es desglosada analíticamente por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2025) entidad que identifica que un 11 % de las muertes maternas nacionales en este grupo etario son impulsadas principalmente por trastornos hipertensivos del embarazo (14 %) y trastornos hemorrágicos (14 %). La distribución de este riesgo no es homogénea; el análisis territorial demuestra que la pobreza y el aislamiento geográfico son determinantes, con regiones amazónicas como Loreto (23 %), Amazonas (21 %) y Ucayali (21 %) superando ampliamente el promedio nacional. Además, la urbanización de la pobreza

Dentro del ámbito territorial de la provincia de Huaura, región Lima, donde las estadísticas hospitalarias reflejan una concentración preocupante del riesgo obstétrico. Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) (2024), el ámbito local registró un total de 3810 adolescentes femeninas en edad reproductiva y proyectó 1017 gestantes esperadas en el distrito de Huacho, lo que representaría un riesgo de gestantes adolescentes esperadas correspondiente al Hospital Regional de Huacho. De acuerdo con los registros del mismo Hospital Regional de Huacho (2024), durante el año 2022, el 8,9 % de la población adolescente provincial ya tenía antecedentes de embarazo o maternidad. Al someter estas cifras a un análisis sociodemográfico, se revela una profunda inequidad basada en la residencia: el riesgo gestacional se duplica en el área rural (15,6 %) frente al área urbana (7,2 %). Asimismo, la distribución asimétrica de la demanda asistencial, concentrada en las microredes de Sayán (9,1 %) y Huaura (7,8 %) por encima de la sede principal de Huacho (4,1 %), sugiere que las barreras geográficas, económicas y de infraestructura están determinando el acceso oportuno al control prenatal, exponiendo a estas jóvenes a complicaciones severas.

En síntesis, la gestación adolescente representa una problemática de salud pública de naturaleza multifactorial, en el que interactúan determinantes biológicos, sociodemográficos y obstétricos que incrementan significativamente la probabilidad de complicaciones maternas y perinatales. Si bien existe evidencia a nivel global y nacional, esta no permite explicar con precisión el comportamiento del problema en contextos locales específicos como el Hospital Regional de Huacho. La ausencia de datos analítica que relacione estos factores con los desenlaces obstétricos limita la detección temprana de gestantes en riesgo y la toma de decisiones clínicas fundamentadas en evidencia. En ese sentido, este estudio se justifica por la necesidad de producir evidencia local que permita establecer asociaciones claras entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención prenatal y a reducir la morbimortalidad materna y perinatal en esta población

vulnerable.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y la presencia de complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante el año 2025?

1.2.2. Problemas específicos

¿Qué asociación existe entre los factores sociodemográficos y la presencia de complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025?

¿Qué asociación existe entre los factores antropométricos y la presencia de complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025?

¿Qué asociación existe entre los factores obstétricos y la presencia de complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Establecer la asociación de los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Establecer la asociación que existe entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Establecer la asociación que existe entre los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Establecer la asociación que existe entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

1.4 Justificación de la investigación

Conveniencia

El presente estudio es apropiado porque permitió disponer de evidencia empírica sobre la asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas en mujeres gestantes adolescentes asistidas dentro del Hospital Regional de Huacho. Esta información generada contribuirá a fortalecer el abordaje clínico y preventivo de este grupo poblacional, facilitando la detección temprana de situaciones de riesgo y promoviendo mejoras en su atención integral de la adolescente gestante.

Relevancia social

La realización de este trabajo se fundamenta en que la gestación durante la adolescencia constituye una problemática de salud colectiva, sobre todo en países como Perú, en los cuales continúan existiendo deficiencias para acceder a la educación sexual, atención sanitaria y condiciones socioeconómicas adecuadas. Las complicaciones obstétricas en este grupo vulnerable incrementan el riesgo de morbimortalidad materna y neonatal, afectando la salud tanto de la progenitora adolescente, así como el crecimiento integral del recién nacido y su entorno familiar. En este sentido, identificar los factores de riesgo permitirá generar evidencia científica útil para fortalecer acciones preventivas, la detección temprana y manejo oportuno dentro de los servicios de salud.

Implicancias prácticas

Los datos obtenidos en esta investigación generaran evidencia necesaria para identificar a aquellas gestantes adolescentes que están en mayor riesgo y que pueden requerir intervenciones más intensivas o atención médica especializada. Además, contribuirá con información local que facilite la adopción de decisiones clínicas y la ejecución de programas de atención diferenciada para adolescentes gestantes. De igual manera, servirá como fundamento para la formulación de políticas públicas orientadas a reducir la frecuencia de complicaciones obstétricas dentro de esta población.

Valor Teórico

El valor teórico de este estudio radica en la generación de evidencia local acerca de la asociación el vínculo existente entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas adolescentes asistidas dentro del Hospital Regional de Huacho. En tal sentido, el estudio permitió examinar esta problemática desde la realidad sanitaria que conecta las atenciones del Hospital Regional de Huacho y de la Red de Salud Huaura-Oyón, atendiendo a las particularidades epidemiológicas, sociales y asistenciales que caracterizan al contexto local. De esta manera, la investigación contribuirá a una visión más precisa y contextualizada del embarazo adolescente y de las complicaciones obstétricas en el ámbito de estudio.

Utilidad Metodológica

Este estudio corresponde a un diseño observacional, analítico, retrospectivo y transversal, ya que tiene como propósito evaluar la asociación existente entre los factores de riesgo con la ocurrencia de eventos obstétricos adversos en las mujeres gestantes adolescentes, sin intervenir sobre las variables ni establecer relaciones de causalidad. Además, es retrospectivo, puesto que se fundamenta en la consulta de registros clínicos de adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2025. Este enfoque permitió identificar patrones y frecuencias de manera sistemática, proporcionando información relevante para orientar medidas preventivas y optimizar la atención prenatal y obstétrica en esta población.

1.5 Delimitación del estudio

Delimitación Temática

La investigación comprendió el área ginecología y obstetricia.

Delimitación espacial

Este estudio se realizó en el Hospital Regional de Huacho localizado en Av. José Arnaldo Arámbulo La Rosa N° 251 Huacho, Huaura-Lima. Este corresponde a un establecimiento hospitalario de nivel II-2, de referencia regional.

Delimitación social

Gestantes con edades comprendidas entre 10 y 19 años que recibieron atención dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia perteneciente al Hospital Regional de Huacho.

Delimitación temporal

Este trabajo se elaboró en un periodo de tiempo comprendido entre enero y diciembre del año 2025.

1.6 Viabilidad del estudio

Viabilidad económica

Este estudio fue financiado con recursos propios, y el presupuesto requerido para su ejecución se ajusta a las previsiones del investigador.

Viabilidad técnica

La investigación es técnicamente viable, dado que se contó con acceso a los registros clínicos correspondientes a las gestantes adolescentes que recibieron atención en el Hospital Regional de Huacho a lo largo del año 2025, las que constituyó la fuente primaria de información para la evaluación de las variables en estudio. Asimismo, se recurrió a artículos científicos, tesis, libros y documentos académicos especializados como fuentes secundarias de respaldo teórico y conceptual.

Viabilidad institucional

El estudio se ejecutó después de obtener el permiso otorgado por el director ejecutivo del Hospital Regional de Huacho, y la conformidad de la “Unidad de apoyo a la docencia de investigación” y la aprobación del “Comité de Ética”, además se protegió la confidencialidad de las personas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigaciones internacionales

Herrera y colaboradores (2026) desarrollaron un estudio de investigación "Complicaciones perinatales vinculadas con el embarazo adolescente en el Hospital Escuela, Honduras: Análisis de casos y controles", Honduras. Tuvieron como propósito identificar las complicaciones asociadas a los casos de embarazo adolescente en el Hospital Materno Infantil durante 2019 a 2023. Fue un diseño observacional y analítico de casos y controles. Tuvieron como muestra conformada por 200 pacientes caso y 200 pacientes control. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 92 % de las adolescentes incluidas en el grupo de casos eran primigestas. Asimismo, las pacientes adolescentes presentaron un menor nivel educativo frente al grupo control, observándose una relación estadísticamente relevante (OR: 2.85; IC 95%: 1.89–4.30; $p < 0.0001$). Del mismo modo, la adolescencia se asoció con un riesgo de doble magnitud para presentar anemia preparto (OR: 2.02; IC 95%: 1.83–2.23; $p < 0.05$), una probabilidad superior de presentar parto antes de término (OR: 1.66; IC 95%: 1.03–2.68; $p < 0.05$) y un incremento en la frecuencia de desgarros perineales de grado III y IV (OR: 1.78; IC 95%: 1.34–2.35; $p < 0.05$). No obstante, la adolescencia mostró ser un factor protector para la cesárea (OR 0.48 IC 95% 0.28-0.82 valor $p<0.01$): Concluyeron lo siguiente: "El embarazo en la paciente adolescente supone un factor de riesgo para múltiples complicaciones obstétricas como la anemia ($p<0,04$), partos pretérminos ($p<0,03$) y desgarros perineales ($p<0,03$)".

Mazón et al. (2025) publicaron un estudio denominado "Factores vinculados con el riesgo relacionado al embarazo en adolescentes que asisten al servicio de ginecología del Hospital General Martín Icaza", Ecuador. Tuvieron como propósito determinar los elementos de riesgo vinculados con el embarazo en adolescentes que recibieron atención en el servicio de ginecología del Hospital General Martín Icaza durante el mes de marzo a agosto de 2024.

Corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo, corte transversal y de alcance descriptivo. La investigación contó con muestra de 135 gestantes adolescentes. Los hallazgos mostraron una relación estadísticamente relevante entre la gestación adolescente y elementos tales como el grupo de edad de 19 años (49,6 %), bajo nivel socioeconómico (73,3%), una ocupación como ama de casa (55.6%), nivel de escolaridad con secundaria completa (49.6%). Asimismo, el 40,7 % registró al menos una complicación obstétrica, entre las cuales fueron principalmente, infecciones del tracto urinario (11,9 %), pérdida espontánea del embarazo (8,9 %), riesgo de aborto (4,4%), preeclampsia (3,7 %), riesgo de nacimiento pretérmino (3,0 %), procesos infecciosos vaginales (2,2 %) y rotura anticipada de membranas (1,5 %). Concluyeron que: "Las condiciones sociales cumplen un papel relevante en la presencia del embarazo durante la adolescencia evidenciando una elevada acumulación de casos entre las edades de 17 y 19 años (80%), nivel de escolaridad con secundaria completa (49,6%) y una condición socioeconómica desfavorable (73.3%), asimismo, la evaluación de los eventos obstétricos adversos señaló que una proporción elevada de gestantes experimentó algún evento adverso durante la gestación, destacando las infecciones del tracto urinario (11,9%), la pérdida espontánea del embarazo (8,95%) y los cuadros de preeclampsia (3,7%)".

Rahman et al. (2024) realizaron el artículo de investigación "Obstetric Risk Factors and Consequences of Adolescent Pregnancy", Bangladesh. Tuvieron como objetivo examinar los factores de riesgo obstétricos y los efectos neonatales derivados del embarazo adolescente. Fue una investigación de tipo estudio observacional transversal durante 6 meses. Tuvieron como muestra a 50 madres adolescentes menores de 19 años. En los resultados se encontró alta anemia materna (50%), bajo control prenatal (36% sin atención) y cesáreas en 36% de los partos, principalmente por sufrimiento fetal (14%), eclampsia (8%), desproporción cefalopélvica (6%) y preeclampsia (4%). Entre los neonatos, el 58% tuvo bajo peso, 28% asfixia perinatal y 16% prematuridad. Aunque la mayoría mejoró en Apgar a los 5 minutos

(86% >7), el 14% permaneció en riesgo, mostrando retos en la atención neonatal. Concluyó que: “La gestación adolescente implica riesgos relevantes para la madre y el recién nacido, agravados por anemia (50%), falta de control prenatal (36%) y complicaciones obstétricas como sufrimiento fetal (14%), desproporción céfalo pélvica (6%) y preeclampsia (4%), por lo que se requieren medidas de salud, nutrición y atención del parto en Bangladesh”.

Ruiz (2023) realizó la tesis “Riesgos maternos vinculados con la gestación temprana en adolescentes. Centro de salud Los Pinos. Milagro, 2023”, México. Tuvo como objetivo determinar los factores maternos de riesgo asociado a la gestación precoz durante la adolescencia. Fue un estudio con enfoque cuantitativo, transversal, descriptiva, y de diseño no experimental. Contó como muestra con 144 gestantes en etapa adolescente. Los hallazgos fueron que el 73,33% de las adolescentes tenía educación media, el 90% recibió atención prenatal, las comorbilidades más comunes fueron preeclampsia (23.3%), cervicovaginitis (23,3%), infección de vías urinarias (16.7%) e hipertensión gestacional (13.3%), afectando principalmente a un 43,3% que representaban a jóvenes de 16 a 18 años; el 63,33% eran primigestas y el 73,33% sin abortos previos. Concluyó que: “Las adolescentes gestantes evidencian una probabilidad elevada de presentar eventos adversos maternas, dentro de las que destacan los casos de preeclampsia (23,3%), las infecciones del tracto urinario (16,7%), la rotura anticipada de membranas (13,33%) además de la anemia (10%). Asimismo, diversos factores, como tener entre 16 y 18 años (43,3%), ser soltera (53,3%), presentar un control prenatal inadecuado (63,33%) y ser primigesta (63,33%), incrementan la probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo adolescente”.

Alemán et al. (2023) realizaron el estudio “Factores vinculados con complicaciones maternas en adolescentes sometidas a cesárea y atendidas en el Hospital Carlos Marx, Managua, entre enero de 2022 y enero de 2023”, Nicaragua. Tuvieron como propósito examinar los factores de riesgo relacionados con las complicaciones maternas en adolescentes

sometidas a cesárea que fueron atendidas en el Hospital Carlos Marx, Managua entre enero 2022 - enero 2023. Fue un estudio de carácter observacional y analítico, basado en casos y controles. La muestra estuvo integrada por 102 pacientes adolescentes gestantes que fueron sometidas a cesárea. De ellas, 34 pacientes desarrollaron complicaciones y conformaron el grupo de casos, mientras que 68 no presentaron complicaciones y constituyeron el grupo de control. Los resultados obtenidos evidenciaron que el desprendimiento precoz de placenta normoinserta incrementa en 10 veces la probabilidad de presentar complicaciones en comparación con las pacientes sin desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (OR = 10.53, IC 95% = 0.4919 – 225.8826, p = 4.04, X2 = 4.04). La presencia de eclampsia eleva en 15 veces la probabilidad de desarrollar complicaciones entre las pacientes sometidas a cesárea frente a aquellas sin eclampsia (OR = 15.22, IC 95% = 0.7631 – 303.6537, p = 0.013, X2 = 6.121), además, ser ama casa presentó un OR de 18, p < 0,00001 y X2 = 35.7, contar con 5 controles prenatales evidenció un OR de 18, p < 0,00001 y X2= 52.63. Concluyeron que: "Las gestantes adolescentes intervenidas mediante cesárea que desarrollaron complicaciones se encontraban principalmente en el rango comprendido entre los 17 y 19 años de edad (74,5%), contaban con escolaridad secundaria (77,45%) y procedían, en su mayoría, del área urbana (93.13%). Asimismo, la ocupación predominante fue la de ama de casa (80,39%). Entre las principales complicaciones obstétricas que llevaron a la realización de cesárea se encontraron el riesgo de pérdida del bienestar fetal (50%), la desproporción cefalopélvica (29,41%) y la preeclampsia (13,23%)".

Camargo et al. (2022) mediante su investigación "Factores asociados al riesgo de eventos perinatales adversos durante la gestación en adolescentes", México. Plantearon como propósito establecer los elementos relacionados que determinan eventos perinatales adversos en las gestantes adolescentes. Correspondió a un análisis basado en una serie de casos con carácter retrospectivo. Tuvieron como muestra a 287 expedientes clínicos de gestantes

adolescentes. Los hallazgos revelaron que el grupo de mayor riesgo correspondió a las gestantes en etapa de adolescencia temprana (12 a 14 años), representando el 1,4% de los casos. Asimismo, el 55,7% de las gestantes habían cursado educación secundaria; el 27.5% era soltera; y el 35,9% eran amas de casa. En relación con el estado nutricional, el 35,2% presentó sobrepeso y otro 35,2% obesidad, mientras que el 30% tuvo menos de cuatro controles prenatales. Entre las principales complicaciones obstétricas registradas en las gestantes adolescentes se encontraron la desproporción cefalopélvica (34%), el sufrimiento fetal (25%), las enfermedades hipertensivas (15%), las infecciones de vías urinarias (14%) y el trauma perineal (10%). Concluyeron que: "La carencia total o parcial de control prenatal, junto con la condición de soltera, el consumo de alcohol, la convivencia con sus progenitores y encontrarse en la etapa inicial de la adolescencia, representa un grupo de elementos que incrementan la probabilidad de complicaciones perinatales en la gestación como la desproporción cefalopélvica (34%), el sufrimiento fetal (25%), las enfermedades hipertensivas (15%), las infecciones de vías urinarias (14%) y el trauma perineal (10%)".

Mahato & Younjan (2022) realizaron el artículo de investigación "A case control study on maternal complications of teenage pregnancy in Nepal", Nepal. Tuvieron como propósito Comparar las complicaciones maternas de los embarazos en adolescentes con las de los embarazos normales. Fue una investigación de casos y controles. Tuvo como muestra conformada por 75 casos (embarazo adolescente) y 75 participantes control (mujeres del grupo de edad óptimo). Los resultados evidenciaron que gran parte de las adolescentes cursaban su primera gestación, con una media de 17 años, 66,7% de los casos correspondían a amas de casa. Asimismo, se determinó que los eventos adversos maternas fueron observados con una frecuencia superior entre las embarazadas adolescentes frente a las adultas (40% frente a 15%). Entre las principales complicaciones asociadas al embarazo adolescente se identificaron los trastornos hipertensivos (OR = 2,65; IC 95%: 1,07-6,54; p = 0,031), los casos de anemia (OR

= 2,07; IC 95%: 1,07-4,02; p = 0,031), el parto prematuro (OR = 2,28; IC 95%: 1,15-4,52; p = 0,017) además de la hemorragia posparto (OR = 2,49; IC 95%: 1,04-5,94; p = 0,04), evidenciándose una asociación significativa entre estas complicaciones y el embarazo adolescente.: Concluyeron que: "La gestación adolescente se relaciona con una probabilidad más elevada de presentar complicaciones maternas tales como alteraciones hipertensivas (p=0,031), anemia (p=0,031), parto prematuro (0,017) y hemorragia posparto (p=0,04). Por lo tanto, una atención prenatal oportuna para la detección temprana y el tratamiento oportuno reducirá las complicaciones maternas durante la gestación adolescente".

Cisneros e Iza (2021) realizaron la tesis "Gestación adolescente como elemento de riesgo para alteraciones obstétricas. Hospital provincial general docente. Riobamba, 2021", Ecuador. Tuvieron como propósito identificar las complicaciones presentes entre las adolescentes gestantes que recibieron atención en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante los meses de enero a octubre de 2021. Se desarrolló una investigación de tipo estudio retrospectivo, con alcance descriptivo y corte transversal. Tuvo como muestra a 284 gestantes adolescentes. Los resultados indicaron que el parto prolongado fue el evento más frecuente, presentándose en el 19% de las adolescentes embarazadas. Los desgarros perineales se registraron en el 16% de los casos, mientras que las infecciones del tracto urinario representaron el 15%, los trastornos hipertensivos el 11% y la anemia el 10%. Además, se observó que el 65% de las adolescentes gestantes se encontraban solteras, un 78% había cursado secundaria completa mientras que el 66% de los embarazos adolescentes correspondía a población residente en áreas rurales. Concluyeron que: "La edad junto con la falta de madurez física se consideran elementos de naturaleza biológica capaces de incrementar la probabilidad de presentar alteraciones obstétricas entre las adolescentes embarazadas como el trabajo de parto prolongado (19%), los desgarros perineales (16%), infecciones de las vías urinarias (15%) además de la preeclampsia (11%)".

Mederos y colaboradores (2021) desarrollaron la tesis “Complicaciones perinatales asociadas al embarazo de madres adolescente”, Ecuador. Plantearon como objetivo analizar los eventos perinatales vinculados al embarazo de madres adolescentes. Se trató de una investigación con enfoque cualitativo, descriptiva con análisis de datos documentales. Los hallazgos señalaron que las complicaciones perinatales en adolescentes más frecuentes incluyeron hipertensión en jóvenes de 18-19 años en un 3.1%, anemia entre 16-19 años en un 30%, secreciones vaginales a los 17 años en un 31 %, así como infecciones urinarias siendo la bacteriuria asintomática la más frecuente con un 36% seguida de la pielonefritis en un 29% y abortos incompletos en un 27.5%. Concluyeron que: “El embarazo adolescente puede verse afectado por complicaciones perinatales que, en determinadas ocasiones, ocasionan la interrupción temprana del embarazo, además de generar problemas de salud en la progenitora, el producto gestacional o el recién nacido. Dentro de las principales alteraciones perinatales figuran las infecciones urinarias (30%) anemia (30%), aborto incompleto (27.5%), parto prolongado (9%) hipertensión gestacional (3.1%)”.

2.1.2 Investigaciones nacionales

Bonilla (2026) desarrolló la tesis “Factores vinculados al riesgo de presentar complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2024”, Perú. Planteó como propósito identificar los elementos de riesgo vinculados a las alteraciones obstétricas durante la gestación en adolescentes. Se llevó a cabo una investigación de enfoque analítico, con diseño basado en casos y controles, con enfoque de corte transversal y retrospectivo, en un grupo muestral de 270 participantes (90 casos y 180 controles). Los resultados mostraron edad de 10 a 16 años; (p = 0,000; OR=3,75); estado civil, soltera, (p = 0,000; OR = 2,71); grado de instrucción, primaria, (p = 0,000; OR = 20,26); procedencia, rural, (p = 0,002; OR = 2,251). Los elementos de riesgos gineco-obstétricos: atención prenatal menos de 6 AP; (p = 0,003; OR=2,203); comienzo de la actividad sexual,

comprendido entre los 10 y 16 años; (p = 0,003; OR = 2,434); adolescentes que no usan métodos anticonceptivos; (p = 0,007; OR = 9,889). La complicación más frecuente fue el aborto 30%, seguida de la anemia 17,79%, infección urinaria (ITU) 15,56%, ruptura prematura de membrana (RPM) 12,2% y en menor porcentaje se presentó; la hipertensión gestacional 10%, amenaza de parto prematuro 7,78% y preeclampsia en un 6,67%. Concluyó que: "Los elementos sociodemográficos de riesgo que se vinculan significativamente con los eventos obstétricos adversos durante la embarazo en adolescentes fueron: la edad, (OR = 3,75; p = 0,000), estado civil, (OR = 2,71; p = 0,000), grado de instrucción, (OR = 20,26; p = 0,000) y procedencia (OR = 2,251;p = 0,0027) y los factores de riesgo gineco obstétricos que se relacionan significativamente a las complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes fueron: cantidad de controles prenatales menor a 6 CP (OR = 2,203; p = 0,003), inicio de relaciones sexuales a temprana edad (OR = 2,434; p = 0,003) y no uso de método anticonceptivo (OR = 9,889; p = 0,007)".

Ureta (2025) realizó la tesis "Factores relacionados con complicaciones maternas durante la gestación adolescente en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Huánuco, 2023", Perú. Tuvo como propósito determinar los elementos vinculados con las alteraciones maternas de la gestación en la población analizada. Fue una investigación de carácter prospectivo, con corte transversal y de nivel correlacional. Tuvo una población muestral de 103 gestantes adolescentes. Los resultados evidenciaron que un 65% de aquellas adolescentes se encontraba en el rango de 17 a 18 años, el 85.4% tenía educación secundaria mientras que el 62.1% residía en áreas rurales. Asimismo, un 68% presentó un índice de masa corporal comprendido entre 18.5 y 24.9, el 70.9% asistió a más de seis controles prenatales y el 92.2% refirió ser primigesta y nulípara. Dentro de las complicaciones maternas más frecuentes sobresalieron la infección urinaria (22.2%), la anemia (21.4%) y la episiotomía (20.6%). Se obtuvieron las siguientes conclusiones: "Las complicaciones maternas con mayor

frecuencia entre las adolescentes asistidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari a lo largo del 2023 correspondieron a: anemia (21.4%), infección urinaria (22.2%), cesárea (26.2%) y episiotomía (20.6%)".

Cortez y Díaz (2023). Realizaron el artículo de investigación "Alteraciones materno - perinatales relacionadas con la gestación adolescente: Una investigación de casos y controles", Perú. Buscaron analizar los eventos adversos maternos y perinatales vinculadas con la gestación adolescente dentro de un establecimiento hospitalario peruano. Se efectuó una investigación analítica, transversal basada en casos y controles. Tuvo como grupo muestral a 160 expedientes clínicos (74 adolescentes y 86 adultas). Obtuvieron como resultados que predominó el nivel de instrucción secundaria (81,08%) y el desempeño como ama de casa (93.24%). En las adolescentes, la proporción de soltería fue mayor que en las adultas (22,97% vs. 9,3%). Asimismo, en las adolescentes predominó la condición de primigesta (71,62%) y primípara (86,49%). Finalmente, la adolescencia se asoció con una mayor incidencia de infección del tracto urinario (24.32%), anemia (47,3%), desgarro vaginal (22,97%), rotura prematura de membranas (32.43%) y amenaza de aborto (10,81%). Concluyeron que: "Entre las complicaciones maternas asociadas al embarazo adolescente se identificaron la anemia (47.3%), rotura prematura de membranas (32.43%), desgarro vaginal (22,97%) y las infecciones del tracto urinario (24.32%), además, se evidenció que la ausencia completa o incompleta de atención prenatal, sumada a la condición de ser primigesta (71.62%), no casada (22.97%), ama de casa (93.24%), y hallarse en la etapa inicial de la adolescencia constituyeron elementos de riesgo para eventos perinatales adversos durante la gestación".

Huaringa (2025). Realizó la tesis "Factores relacionados con eventos obstétricos adversos en mujeres gestantes adolescentes asistidas en un centro de atención sanitaria en Huanta – Ayacucho durante el año 2019", Perú. Planteó como propósito determinar los factores vinculados a eventos obstétricos adversos en mujeres gestantes adolescentes asistidas en un

centro de atención sanitaria en Huanta-Ayacucho a lo largo de en el año 2019. Correspondió a una investigación retrospectivo, de carácter observacional, analítico y basada en casos y controles. Se contó con un grupo muestral de 114 mujeres gestantes adolescentes de donde se obtuvieron 38 casos y 76 controles en una relación de uno a dos. Obtuvo como resultado en los factores sociodemográficos que la edad media es de de los casos es de 16.72 y de los controles 16.92, educación primaria un 59.2%, en los factores antropométricos el 17.0% presentó sobrepeso, 66% presentó una baja ganancia de peso, en los factores obstétricos se obtuvo que 54,8% tuvo controles prenatales insuficientes, se encontró diagnóstico de ITU en los casos el 54,7%, en los controles 30.9%, el 56,6% presentaron anemia. Se concluyó que: "No se identificaron factores sociodemográficos y antropométricos relacionados significativamente con complicaciones obstétricas en gestantes adolescente, entre los factores obstétricos 54,8% presenta controles prenatales insuficientes, las complicaciones obstétricas en adolescentes de mayor proporción fueron ruptura prematura de membranas en un 11,8%, seguido de 7,5% presentó trastorno hipertensivo y en un 6,1% parto pretérmino".

Borjas (2023) realizó la tesis "Elementos de riesgo vinculados con alteraciones obstétricas de la gestación en adolescentes asistidas en un establecimiento hospitalario público de Ica – Perú", Perú. Tuvo por propósito identificar los elementos de riesgo vinculados con alteraciones obstétricas de la gestación adolescente asistidas en un establecimiento hospitalario público. Se trató de un análisis de casos y controles. Tuvo como muestra 90 casos y 180 controles. Los hallazgos indicaron que los elementos de riesgo vinculados con las complicaciones corresponden a la procedencia rural (OR ajustado=2.7, IC 95%= 1-4.5.6); contar con pareja (OR ajustado=2.2, IC 95%=1.2- 3.9); presentar anemia (OR ajustado= 3.9, IC 95%= 2.0-7.7), las adolescentes cuyo índice de masa corporal fue inferior a 18.5 (OR=3.0, IC 95%= 1.1-7.8); resultado positivo para VDRL (OR ajustado= 11.4, IC 95%=2.2-58.1); finalmente aquellas cuya edad gestacional se ubicó dentro de rangos de prematuridad (OR

ajustado= 5.4, IC 95%= 1.6-17.1), los eventos obstétricos más habituales corresponden a la rotura prematura de membrana (36,7%), disminución del líquido amniótico (18,9%) y desproporción entre la cabeza fetal y la pelvis materna (15.6%). Concluyó que: “Los factores de riesgo vinculados con los eventos obstétricos adversos corresponden a la procedencia de una zona rural (p =0,006), la condición conyugal con pareja (p=0,001), condición nutricional pregestacional con el IMC < a 18.5 (p=0,016), control prenatal inadecuado (p=0,027) y el evento obstétrico más frecuente es la Ruptura Prematura de Membrana (36,7%)”.

Ybaseta et al. (2025) realizaron el artículo científico “Elementos de riesgo vinculados con complicaciones obstétricas en madres adolescentes”, Perú. Plantearon como propósito determinar los elementos de riesgo vinculados con eventos obstétricos adversos en madres adolescentes asistidas en un establecimiento hospitalario público. Se aplicó un estudio de carácter observacional, retrospectivo y analítico mediante un diseño de casos y controles. Tuvo como muestra 90 casos y 180 controles. Los resultados indicaron que ser estudiante constituyó un elemento relacionado de manera estadísticamente significativa, con una probabilidad superior de complicaciones obstétricas (OR= 1,96; IC 95 %: 1,09–3,54; p= 0,024), el incremento ponderal durante la gestación evidenció una asociación significativa: un aumento adecuado se vinculó con una probabilidad inferior de complicaciones obstétricas (OR= 0,55; IC 95%: 0,34–0,87; p=0,01), mientras que un incremento superior elevó la probabilidad (OR= 2,37; IC 95 %: 1,43–3,94; p< 0,001). Concluyeron que: “Los eventos obstétricos adversos en madres adolescentes se ven condicionadas por diversos elementos, entre los cuales sobresalen la condición estudiantil y el incremento de peso gestacional por encima de lo recomendado. En contraste, un aumento ponderal adecuado durante la gestación evidenció una condición protectora”.

Salazar (2022) realizó la tesis “Elementos de riesgo relacionados con complicaciones obstétricas en adolescentes gestantes del hospital III Goyeneche de Arequipa, entre marzo de 2021 y marzo de 2022”, Perú. Tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo vinculados con complicaciones obstétricas en adolescentes gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa, durante el lapso comprendido entre marzo de 2021 y marzo de 2022. Fue un diseño retrospectivo, de carácter observacional, analítico de casos y controles. Tuvo como muestra de 82 casos y 164 controles. Se obtuvo como resultados que entre los factores sociodemográficos, la edad promedio fue de 17,5 años tanto en los casos como en los controles; mediante el análisis bivariado se determinó que la edad, el grado de instrucción y la dependencia económica no alcanzaron significancia estadística (p= 0,757, p= 0,218 y p= 0,749) respectivamente; En cuanto a los factores de riesgo antropométricos, el IMC promedio para casos y controles correspondió a 24 Kg/m2, mientras que el incremento ponderal gestacional promedio fue de 11kg; en el análisis multivariado únicamente la obesidad presentó significancia (OR= 3,045 e IC 95%= 0,107-0,580 p= 0,005); En relación con los factores obstétricos y de morbilidad, se registró un promedio general de 7 controles prenatales en la población estudiada, además de una hemoglobina promedio de 11,16 g/dl; en el análisis multivariado, la insuficiencia de controles prenatales y la presencia de ITU evidenciaron también significancia estadística (OR=3,667 IC 95%= 0,086-0,351 p= 0,001) y (OR= 2,856 IC 95%= 0,019-0,314 p= 0,032). Concluyó que: “Los elementos de riesgo vinculados con las complicaciones obstétricas entre las gestantes adolescentes comprenden la obesidad (p=0,05), la insuficiencia de controles prenatales (p=0,001), y la presencia de infección del tracto urinario (p=0,001); la obesidad incrementa 3 veces la probabilidad de complicaciones obstétricas; los controles prenatales insuficientes, y la presencia de infección del tracto urinario, aumentan 3,7 y 2,9 veces más, respectivamente, la probabilidad de presentar complicaciones obstétricas”.

2.2 Bases teóricas

Factores de riesgo

Real Academia Nacional de Medicina de España (s.f.) define el factor de riesgo a toda condición o característica de origen genotípico o fenotípico asociada a un aumento en la posibilidad de morbilidad o mortalidad, al favorecer la aparición o progresión de eventos adversos en salud. Puede ser de naturaleza biológica, conductual, social o económica y, aunque no implica causalidad directa, su identificación es clave para la prevención, especialmente cuando es modificable.

Factores sociodemográficos

Para la Organización Panamericana de la Salud (2022), los factores sociodemográficos comprenden las condiciones bajo las cuales los individuos nacen y crecen, se desarrollan, residen, desempeñan sus actividades laborales y envejecen. Estos elementos se encuentran determinados por dimensiones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales, las cuales influyen directamente en el estado de salud de la población. En este sentido, incluyen características tales como los años de edad, el género, el grado de formación, los recursos económicos, la situación conyugal, la actividad laboral, las creencias religiosas, así como indicadores poblacionales relacionados con las tasas de natalidad, mortalidad y tamaño familiar. Dichas características permiten describir y analizar a los individuos dentro de un contexto poblacional determinado.

Según Goytizolo (2025), la edad materna en la adolescencia corresponde a todo embarazo que se presenta antes de los 19 años. Asimismo, este grupo puede subclasificarse en adolescencia temprana, cuando la gestación tiene lugar antes de los 15 años, y adolescencia tardía, cuando ocurre después de dicha edad. En su investigación, el autor señala que algunos estudios asocian una mayor probabilidad de complicaciones obstétricas en el subgrupo de adolescentes tempranas, debido a las condiciones biológicas, psicológicas y sociales propias de esta etapa del desarrollo.

Por su parte, Díaz (2024) sostiene que la edad adolescente constituye una condición que puede predisponer al surgimiento de diversos riesgos para la salud materna, debido a la fragilidad psíquica, emocional, afectiva y conductual propia de esta etapa del desarrollo. En este sentido, la gestación adolescente se vincula con un mayor riesgo de morbimortalidad materna e infantil. Asimismo, el autor señala que determinados factores sociodemográficos, como la zona de procedencia, la religión, el nivel educativo y el estado civil, influyen en la ocurrencia de la gestación temprana. Respecto a la procedencia, indica que las adolescentes de zonas rurales suelen encontrarse en mayor desventaja, debido a las limitadas condiciones para su desarrollo integral y al menor acceso a educación sexual preventiva. En cuanto a la religión, refiere que la ausencia de afiliación religiosa podría asociarse con la iniciación temprana de relaciones sexuales, en comparación con aquellas adolescentes que profesan alguna religión. De igual manera, destaca que la continuidad en el sistema educativo funciona como un elemento protector frente al embarazo precoz, dado que un mayor grado de instrucción contribuye a reducir la frecuencia de gestaciones adolescentes.

Finalmente, Díaz (2024) plantea que el estado civil, en determinados contextos socioculturales, puede condicionar a la adolescente a asumir responsabilidades familiares de manera temprana, muchas veces en escenarios caracterizados por machismo, violencia, dependencia económica o disfuncionalidad familiar, lo que incrementa su vulnerabilidad social y reproductiva.

Factores antropométricos

Para Villasante y Villasante (2025), la antropometría en la gestante se define como las proporciones y la constitución somática que permitirá hacer una correcta evaluación nutricional previa y durante la gestación. Es por eso que dentro de esta evaluación incluimos como indicadores a la talla para la edad, al índice de masa corporal pregestacional, aumento de peso ponderal, altura uterina y pelvimetría.

La talla para la edad se va a obtener de comparar la estatura de una adolescente frente a los parámetros de desarrollo definidos para su rango de edad; dicho indicador nos permitirá evaluar el nivel de crecimiento físico alcanzado. Según la comparación con estos patrones establecidos y las desviaciones estándar (DE) alcanzadas se puede clasificar a las adolescentes en: talla normal si se encuentran dentro del rango de +/- dos DE, talla baja si obtiene menos de dos DE, talla baja severa si obtiene menos de tres DE, y talla alta si obtiene más de dos DE.

Par el INEN (2019), el IMC previo a la gestación, cuyo cual resulta de una comparación del peso corporal entre la estatura en centímetros al cuadrado, es importante para categorizar la condición nutricional de la gestante y nos ayuda a calcular el aumento de peso que debe alcanzar durante la gestación. De acuerdo al resultado obtenido puede ser clasificado como delgadez si se obtiene un valor menor a 18.5, normal si es mayor o igual a 18.5 y menor a 25, sobrepeso si es mayor o igual a 25 y menor a 30 u obesidad si alcanza valor mayor o igual a 30.

La ganancia de peso ponderal, el cual va a corresponder al aumento ponderal a lo largo del periodo de la gestación y el valor esperado depende de su índice de masa corporal pregestacional, nos va indicar si dicho aumento se encuentra en rango insuficiente, normal o excesivo. Se puede estimar una ganancia trimestral y ganancia de peso total de acuerdo al siguiente cuadro:

Clasificación nutricional según IMC pregestacional	**IMC PG (kg/m2)**	**1er trimestre (kg/trimestre)**	**2do y 3er trimestre (kg/ semana)**	**Recomendación de ganancia de peso total (kg)**
Delgadez	< 18,5	0,5 a 2,0	0,51 (0,44 - 0,58)	12,5 a 18,0
Normal	18,5 a < 25,0	0,5 a 2,0	0,42 (0,35 - 0,50)	11,5 a 16,0
Sobrepeso	25,0 a < 30,0	0,5 a 2,0	0,28 (0,23 - 0,33)	7,0 a 11,5
Obesidad	≥ 30,0	0,5 a 2,0	0,22 (0,17 - 0,27)	5,0 a 9,0

Fuente: **Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante 2019**

La altura uterina según la edad gestacional, para el INS (2019), constituye un indicador antropométrico importante, se determina comparando el registro correspondiente a la medición uterina mediante una cinta de medición adaptable y sin capacidad de extensión con curvas previamente establecidas en relación con la edad gestacional, y los percentiles 10 y 90 van a marcar el intervalo de lo normal.

Factores obstétricos

Dentro de los elementos obstétricos vinculados con las complicaciones presentes en la gestación de adolescentes podemos contemplar la paridad, el número de controles prenatales. La paridad alude a la cantidad de partos previos que puede presentar la gestante, podría considerarse primigesta si se encuentra en su primera gestación o multigesta si se encuentra en su segundo o gestación posterior; el número de controles prenatales nos indica el correcto seguimiento y evaluación de la gestación por parte de un personal de salud capacitado. Arango (2023)

Complicaciones Obstétricas

Ministerio de Salud de Nicaragua (2018) define a complicaciones obstétricas dentro de su protocolo de atención como alteraciones o eventos adversos que pueden presentarse durante la gestación. Cuando estas situaciones no son manejadas oportunamente por personal de salud calificado y en condiciones adecuadas, incrementan el riesgo de mortalidad materna, fetal y neonatal.

Armijos Rivas et al. (2024) realizaron una recopilación y revisión de diferentes estudios publicados sobre complicaciones obstétricas dirigidas a gestación adolescente donde señalan que los trastornos hipertensivos son los más frecuentes, seguidos por infecciones urinarias, anemia, riesgo de aborto, riesgo de parto antes de término y rotura anticipada de las membranas.

Trastornos hipertensivos del embarazo

Múnera et al. (2021) refiere que las alteraciones hipertensivas durante la gestación constituyen la causa predominante de morbilidad y mortalidad materna-fetal, llevando consigo riesgos dentro del ámbito materno como enfermedad cerebrovascular, falla multiorgánica, y coagulación intravascular diseminada. Además, repercute a nivel fetal aumentando la posibilidad de retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad y muerte intrauterina. Por otro lado, podría estar subestimada debido al incremento de obesidad, diabetes, la edad materna muy temprana o avanzada.

Garovic et al. (2022) menciona que las afecciones hipertensivas del embarazo constituyen la segunda causa principal de mortalidad materna a nivel mundial, después de la hemorragia materna y que comprenden la hipertensión de carácter crónico, la hipertensión desarrollada durante la gestación, la preeclampsia/eclampsia y la preeclampsia superpuesta a la hipertensión de tipo crónico.

Karrar y Hong (2023) se refieren a la preeclampsia como una afección propia del embarazo que afecta de manera sistémica en todos los órganos y sistemas puede o no tener características graves, suele estar asociado con proteinuria y aparece posteriormente a las 20 semanas del periodo gestacional y cerca al termino.

Según lo establecido por el American College of Obstetricians and Gynecologists (2020), la preeclampsia puede identificar si una gestante previamente normotensa registra valores de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o de presión diastólica ≥ 90 mmHg obtenidos en dos mediciones. Se consideran indicadores de severidad especialmente en presión sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 110 mmHg. Asimismo, el diagnóstico puede acompañarse de proteinuria, definida como una excreción urinaria superior a 300 mg durante 24 horas, una proporción proteína/creatinina ≥ 0.3 o resultados positivos con 2 cruces en tira reactiva. En ausencia de proteinuria, también pueden considerarse otros hallazgos, como trombocitopenia (< 100 000 plaquetas), creatinina sérica > 1.1 mg/dl, elevación de enzimas hepáticas hasta dos

veces el valor normal, edema a nivel pulmonar, dolor de cabeza persistente refractaria a analgésicos, epigastralgia y alteraciones visuales.

(Macedo et al., 2020) realizaron una revisión sistemática acerca de la frecuencia de preeclampsia y eclampsia en gestantes adolescentes desde 1969 hasta 2019, teniendo como tasa de prevalencia alrededor de 6,7%, además, reporta que la prevalencia fue más en los países con ingresos más bajos. concluyendo que las características socioeconómicas y demográficas influyen en el riesgo de preeclampsia/eclampsia durante el embarazo adolescente.

Infecciones urinarias en el embarazo.

Las infecciones del tracto urinario durante la gestación se presentan con frecuencia y potencialmente graves, a causa de cambios fisiológicos, especialmente el aumento de progesterona, que favorece la estasis urinaria y la proliferación bacteriana. Estas pueden manifestarse como bacteriuria asintomática, cistitis o pielonefritis. Se asocian a complicaciones maternas y perinatales como sepsis, nacimiento prematuro, rotura anticipada de membranas y peso reducido al momento de nacer, pudiendo incluso requerir manejo en cuidados intensivos. (Hooton, 2023).

American College of Obstetricians and Gynecologists (2023), define que las infecciones del tracto urinario durante la gestación se clasifican en infecciones del tracto inferior y superior. Entre las primeras se encuentra la bacteriuria asintomática, definida por la presencia de ≥100 000 UFC/mL en el urocultivo sin manifestaciones clínicas, con una frecuencia estimada de 2 % a 10 % en mujeres embarazadas. Por su parte, la cistitis aguda se caracteriza por síntomas urinarios como disuria, hematuria, polaquiuria y nicturia, sin signos sistémicos de infección, y suele acompañarse de hallazgos positivos en el examen de orina, como nitritos positivos o alteraciones en la tira reactiva. En cambio, la pielonefritis constituye un cuadro infeccioso del tracto urinario superior y se relaciona con manifestaciones sistémicas, tales como fiebre, náuseas y vómitos, además de dolor en la región lumbar y sensibilidad en el

ángulo costovertebral y, en algunos casos, anomalías en la ecografía renal. Dentro de los exámenes complementarios de laboratorio se pueden evidenciar leucocitosis, bandemia, trombocitopenia o anemia. Debido al riesgo de complicaciones maternas graves, incluidas la sepsis, el choque séptico y el síndrome de dificultad respiratoria aguda, se recomienda realizar urocultivo para identificar el patógena causal, así como indicar hospitalización, hidratación y antibioticoterapia intravenosa.

Amenaza de aborto

Mouri et al. (2024) define la amenaza de aborto o aborto inminente, caracterizada por la presencia de sangrado vaginal asociado o no a dolor tipo cólico en un embarazo viable antes de las 20 semanas de gestación.

En una revisión narrativa con recomendaciones clínicas, Özkan et al. (2024) señala que la amenaza de aborto se vincula con diversos factores de riesgo, entre los que destacan la edad materna en extremos (adolescencia y edad avanzada), antecedentes de pérdida gestacional, obesidad, consumo de alcohol y tabaco, así como la existencia de vaginosis bacteriana. Además, se resalta que la insuficiente asistencia a controles prenatales incrementa el riesgo al dificultar la prevención y detección oportuna de patologías maternas.

Amenaza de parto pretérmino.

La posibilidad de un parto antes de término corresponde a la aparición de modificaciones cervicales secundarias a contracciones uterinas regulares que se presentan a partir de las 20 semanas y hasta las 36 semanas con seis días del periodo gestacional. Su origen se relaciona con procesos como inflamación o hemorragia decidual, sobre distensión uterina y condiciones que incrementan el estrés materno como fetal. Entre los principales factores que favorecen su aparición se incluyen la desnutrición, el bajo índice de masa corporal materno, la inadecuada atención prenatal, el consumo de sustancias y la presencia de infecciones intrauterinas o vaginales. (Jenkins & Mikes, 2025)

Anemia en gestantes

Obeagu et al. (2025) definen a la anemia en gestantes por niveles de hemoglobina <11 g/dL durante el primer y tercer trimestre, y <10.5 g/dL durante el segundo. Se asocia principalmente a deficiencias nutricionales y enfermedades crónicas, y se vincula con mayor probabilidad de infecciones, parto prematuro, ruptura prematura de membranas y hemorragia posparto, por tanto es un efecto adverso durante la gestación. El Ministerio de Salud del Perú (2024) establece que la anemia en gestantes se clasifica según los niveles de hemoglobina y el trimestre del embarazo. Durante el primer y tercer trimestre, se establece la presencia de anemia leve si los valores se encuentran entre 10 y 10,9 g/dL, de nivel moderado entre 7 y 9,9 g/dL y de nivel severo cuando es inferior a 7 g/dL. En el segundo periodo trimestral, los rangos varían ligeramente: nivel leve entre 9,5 y 10,4 g/dL, nivel moderado entre 7 y 9,4 g/dL, y nivel severo cuando es inferior a 7 g/dL.

Para las gestantes adolescentes, la probabilidad de desarrollar anemia es mayor por el aumento de los requerimientos de hierro necesarios con el fin de cubrir su propio desarrollo y el del embarazo. Entre los factores vinculados se incluyen la falta o inadecuada atención prenatal, los intervalos intergenésicos cortos, la multiparidad y diversas condiciones sociodemográficas. (Gaspar Alvarado et al., 2022)

Ruptura prematura de membranas

La rotura anticipada de las membranas corresponde a la ruptura de las estructuras membranosas fetales previo al inicio de la labor de parto. Se asocia con debilidad estructural, infecciones, estrés oxidativo y aumento de la presión intraamniótica. Entre los factores predisponentes se encuentra el índice de masa corporal reducido, condición socioeconómica desfavorable, edad materna temprana además del consumo de tabaco u otras sustancias. (Dayal & Hong, 2024)

Desproporción cefalopélvica

La desproporción cefalopélvica es una complicación obstétrica que ocurre cuando el canal del parto no es adecuado para las dimensiones o la posición del feto, ya sea por una pelvis materna reducida o por anomalías en el tamaño y presentación fetal. Esta limitación del espacio puede presentarse en cualquiera de los tres niveles de la pelvis (superior, medio e inferior) de forma aislada o combinada, provocando distocias que dificultan el progreso del alumbramiento. En el estrecho superior, se diagnostica una pelvis estrecha cuando el diámetro anteroposterior mide menos de 10 cm, el transversal es menor a 12 cm o la conjugada diagonal es inferior a 11.5 cm, lo que aumenta la incidencia de presentaciones anómalas de cara y hombro. Por otro lado, la reducción del estrecho medio, definido desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta las espinas isquiáticas, se identifica cuando el diámetro interespinoso es menor a 10 cm o la suma de los diámetros interespinoso y sagital posterior es inferior a 13.5 cm. Esta condición suele detener el descenso de la cabeza fetal en posición transversal, obligando frecuentemente a realizar un parto por cesárea o el uso de fórceps. Finalmente, el estrecho inferior se considera reducido cuando el diámetro entre las tuberosidades isquiáticas es menor a 8 cm, lo cual juega un papel crítico en los desgarros perineales, ya que el estrechamiento del arco púbico impide que el feto emerja directamente bajo la sínfisis del pubis y lo fuerza hacia las ramas isquiopúbicas, provocando una distensión excesiva y la laceración del periné. (Cunningham et al., 2022)

Trauma perineal

Schmidt & Fenner (2024) definen como lesiones que constituyen una complicación frecuente del parto vaginal, con una incidencia estimada entre 50 % y 90 % de las gestantes. Estas lesiones representan una importante causa de morbilidad materna, especialmente cuando comprometen el esfínter anal y la mucosa anorrectal. Asimismo, los factores de riesgo incluyen el primer parto, los partos instrumentales, los bebés de mayor tamaño, ciertas posiciones fetales y factores maternos específicos como la edad, específicamente en adolescentes por su

inmadurez céfalo pélvica. Según su localización anatómica, se clasifica en trauma anterior y posterior. El trauma anterior afecta estructuras como los labios mayores, la uretra y la pared vaginal anterior; mientras que el trauma posterior compromete la región posterior de la pared vaginal, la musculatura perineal, el esfínter del ano y la mucosa anorrectal. De acuerdo con la severidad anatómica, los desgarros perineales se agrupan en cuatro grados. El grado inicial compromete únicamente la dermis perineal o el epitelio vaginal; el segundo grado afecta los músculos perineales; el grado tercero involucra el esfínter anal; y el grado cuarto compromete tanto el esfínter anal como la mucosa anorrectal. El diagnóstico se realiza mediante inspección visual, examen perineal completo y tacto rectal, permitiendo determinar la extensión de la lesión y orientar el manejo oportuno.

2.3 Definición de términos básicos

Control prenatal

Se consideran monitoreos realizados de manera periódica con la finalidad de detectar a gestantes con mayor riesgo obstétrico y perinatal, implementando medidas preventivas y fomentando hábitos saludables durante el embarazo, asegurando que el control adecuado implique seis o más controles. (Aguilera y Soothill, 2014)

Factores de riesgo

(Unesco, 2006) define a un elemento de riesgo como toda característica, conducta, condición biológica o exposición ambiental capaz de incrementar la posibilidad de presentar una enfermedad o algún resultado desfavorable, el que puede modificarse.

Complicación obstétrica

Las complicaciones obstétricas son alteraciones físicas que afectan la salud de la mujer durante la gestación, pudiendo tener repercusiones importantes en el desarrollo del embarazo. (Centers for Disease Control and Prevention 2024)

Embarazo

La gestación es el desarrollo de un embrión o feto tras su implantación en el organismo materno. Finaliza mediante el parto o un aborto, y presenta una serie de profundos cambios físicos y sistémicos en la madre destinadas a mantener la gestación. (Pascual & Langaker, 2023)

Adolescente

Según Güemes-Hidalgo et al. (2020) corresponde al período comprendido desde el inicio de la pubertad y se prolonga hasta la culminación del desarrollo físico y psicosocial. La Organización Mundial de la Salud establece que abarca entre los 10 y 19 años, mientras que la etapa juvenil comprende de los 19 y 25 años.

2.4 Hipótesis de investigación

2.4.1 Hipótesis general

Ha: Existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Ho: No existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

2.4.2 Hipótesis específicas

H_{a1}: Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

H_{01}: No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

H_{a2}: Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

H_{02}: No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

H_{a3}: Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

H_{03}: No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

2.5 Operacionalización de las variables

Variable X	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Nivel y rango	Valores / Codificación (SPSS)	Instrumento
Factores de riesgo	Es toda condición rasgo, característica, conducta, exposición ambiental o condición biológica de la gestante adolescente que incrementa estadísticamente la probabilidad de desarrollar una complicación obstétrica o un resultado adverso (Real Academia Nacional de Medicina de España, s.f.)	Evaluación retrospectiva de las características maternas mediante la extracción de datos de las historias clínicas. Se cuantificará a través de tres dimensiones teóricas que predisponen al riesgo: sociodemográfica (entorno de desarrollo), antropométrica (madurez física y nutricional) y obstétrica (historial y seguimiento reproductivo).	Sociodemográfico	Edad	Cuantitativa discreta	Adolescencia temprana: 10 a 14 años Adolescencia tardía: 15 a 19 años	1 = Adolescencia temprana (10 a 14 años) 2 = Adolescencia tardía (15 a 19 años)	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Estado civil	Cualitativa nominal	Soltera Conviviente Casada	0 = Soltera 1 = Conviviente 2 = Casada	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Grado de instrucción	Cualitativa nominal	Sin escolaridad Primaria Secundaria Superior	0 = Sin escolaridad 1= Primaria 2=Secundaria 3= Superior	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Procedencia	Cualitativa nominal	Urbano Rural	1 = Urbano 2 = Rural	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
			Antropométricos	IMC pregestacional	Cualitativa nominal	Bajo peso (<18.5) Normal (18.5-24.9) Sobrepeso (25-29.9) Obesidad (≥30)	1 = Bajo 2 = Normal 3 = Sobrepeso 4 = Obesidad	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Ganancia o pérdida de peso	Cualitativa ordinal	Adecuada Baja Excesiva	0 = Adecuada 1 = Baja 2 = Excesiva	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
			Obstétricos	Control prenatal	Cuantitativa discreta	<6 controles ≥6 controles	0 = <6 controles 1 = ≥6 controles	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Gravidez	Cualitativa ordinal	Primigesta Secundigesta Multigesta	1 = Primigesta 2 = Secundigesta 3 = Multigesta	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)

Variable Y	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Nivel y rango	Valores / Codificación (SPSS)	Instrumento
Complicaciones obstétricas	Alteraciones que se presenta durante la gestación, parto, puerperio y primeros días de vida del recién nacido que incrementan el riesgo de mortalidad materna fetal y neonatal. (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2018)	Diagnósticos registrados en la historia clínica de gestantes adolescentes, donde la variable dependiente será analizada como presencia de al menos una complicación obstétrica.	Obstétricas	Preeclampsia	Cualitativa nominal	Si No	0= No 1= Sí	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Infección urinaria	Cualitativa nominal	Si No	0= No 1= Sí	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Anemia gestacional	Cualitativa nominal	Si No	0= No 1= Sí	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Amenaza de parto pretérmino	Cualitativa nominal	Si No	0= No 1= Sí	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Rotura prematura de membranas	Cualitativa nominal	Si No	0= No 1= Sí	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Desproporción céfalo-pélvica	Cualitativa nominal	Si No	0= No 1= Sí	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Amenaza de aborto	Cualitativa nominal	Si No	0= No 1= Sí	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)
				Trauma perineal	Cualitativa nominal	Si No	0= No 1= Sí	Ficha de recolección de datos (Historia clínica)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Según la intervención del investigador

De tipo observacional: Puesto que la finalidad fue realizar el seguimiento y registro, más no la alteración de las variables factores de riesgo en las alteraciones obstétricas de las adolescentes gestantes asistidas en el establecimiento hospitalario Regional de Huacho a lo largo del año 2025 (Carrasco, 2005).

3.1.2 Según la planificación de toma de datos

De carácter retrospectivo: Pues se analizó datos pasados de nuestra población constituida por gestantes adolescentes, utilizando como fuente las historias clínicas donde se registró las atenciones previas, recopilando los datos correspondientes sobre los factores de riesgo y estableciendo su asociación con las complicaciones obstétricas. (Carrasco, 2005)

Transversal: Debido a que se examinó las variables de interés en un solo momento en el tiempo, los cuales correspondieron a los elementos de riesgo vinculados con las alteraciones obstétricas de aquellas gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo del 2025. (Carrasco, 2005)

3.1.3 Enfoque de investigación

Enfoque cuantitativo, porque la información se recolectó en una única aplicación, mediante los instrumentos, donde se analizarán de forma estadística las variables. (Samperi et al., 2010)

3.1.4 Según el número de variables de interés

De carácter analítico porque se pretendió establecer una asociación entre los elementos de riesgo y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes; y correlacional pues pretendió medir el vínculo existente entre ambas variables. (Veiga de Cabo, de la Fuente Díez & Zimmermann Verdejo, 2008)

Se realizó una investigación de tipo casos y controles, en la que se escogió personas con una característica definida; en esta investigación el grupo de casos fueron las gestantes adolescentes con complicaciones obstétricas, y el grupo de control fueron las gestantes adolescentes sin complicaciones. Luego se procedió a comparar la frecuencia de exposición previa a los factores de riesgo entre los dos grupos.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

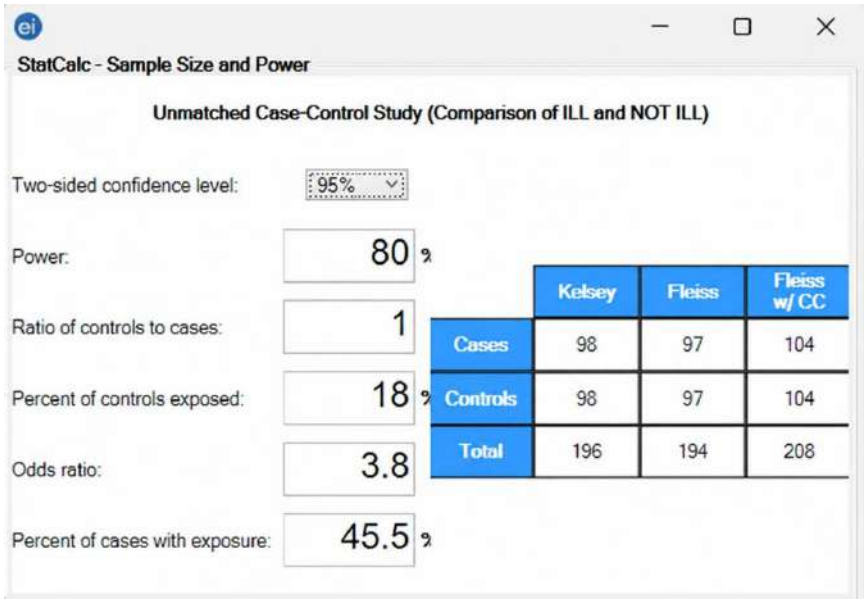
El conjunto poblacional del estudio estuvo integrado por gestantes en etapa adolescente que fueron asistidas durante su periodo de gestación en el servicio de ginecología y obstetricia perteneciente al Hospital Regional de Huacho a lo largo del periodo de enero hasta diciembre del año 2025, lo que correspondió a un total de 382.

3.2.2 Muestra

La unidad de análisis correspondió a las gestantes adolescentes que recibieron atención en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Huacho a lo largo del periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2025, las cuales son un total de 382.

Con el propósito de obtener una muestra representativa, se calculó el tamaño de la muestra aplicando la fórmula propuesta por Kelsey aplicable a investigaciones de casos y controles sin pareamiento. Se consideró un nivel de confianza correspondiente al 95 %, una potencia estadística equivalente al 80 %, una proporción de un control por cada caso, una proporción esperada de exposición dentro del grupo control del 18 % y un odds ratio de 3,8, tomando como referencia el estudio de Bravo (2020). La proporción esperada de exposición entre los casos fue de 45,5 %. La magnitud de la muestra fue calculada por medio del programa estadístico Epi Info versión 7.2.5.0, utilizando el módulo StatCalc y la opción Unmatched Case-Control Study, aplicable a estudios de casos y controles no pareados. Como resultado, se

determinó una muestra mínima conformada por 196 participantes gestantes adolescentes, organizada en 98 casos y 98 controles. Es un muestreo no probabilístico



3.2.3 Selección de casos

Criterios de inclusión

- Pacientes en etapa adolescente con 10 y 19 años atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huacho, a lo largo del periodo de enero a diciembre de 2025.
- Gestantes adolescentes que presentaron al menos una complicación obstétrica durante la gestación consignada en la historia clínica.
- Gestantes adolescentes con registros clínicos accesibles y con datos completos respecto a las variables del estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes por debajo de 10 años o por encima de 19 años.

- Mujeres gestantes adolescentes que no presentaron eventos obstétricos adversos.
- Gestantes adolescentes atendidas fuera del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huacho o fuera del periodo establecido.
- Gestantes adolescentes cuyas historias clínicas presentaron información incompleta, inconsistente, ilegible o inaccesible respecto a las variables del estudio.

3.2.4 Selección de controles

Criterios de inclusión

- Pacientes adolescentes con 10 y 19 años atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huacho, durante el periodo de enero a diciembre de 2025.
- Gestantes adolescentes que no presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo de acuerdo con la información consignada en la historia clínica.
- Gestantes adolescentes con registros clínicos accesibles y con datos completos respecto a las variables del estudio.

Criterios de exclusión

- Gestantes por debajo de 10 años o por encima de 19 años.
- Gestantes adolescentes que presentaron una o más complicaciones obstétricas.
- Gestantes adolescentes atendidas fuera del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huacho o fuera del periodo establecido.
- Gestantes adolescentes cuyas historias clínicas presentaron información incompleta, inconsistente, ilegible o inaccesible respecto a las variables del estudio.

3.3 Técnicas de recolección de datos

3.3.1 Técnica que emplear

El procedimiento a utilizar fue la observación, mediante un formato para la recopilación de datos como instrumento. Para ello se realizó la consulta sistemática de registros clínicos

correspondientes a gestantes asistidas durante la gestación en el área de ginecología y obstetricia con el propósito de identificar información relevante en las anamnesis y diagnósticos que se relacionó con nuestras variables a analizar en el estudio. Los registros obtenidos fueron registrados de manera ordenada en el formato de recopilación correspondiente.

3.3.2 Descripción del Instrumento

El instrumento para la recolección de datos utilizado en este estudio fue una ficha adaptada de la tesis previamente validada con título "Elementos de riesgo asociado con eventos obstétricos adversos durante la gestación en adolescentes entendidas en el establecimiento hospitalario público de Ica - Perú", presentado por el tesista Borjas Cuba, Rafael Alonso para obtener el título de médico cirujano. Dado que el instrumento original ya ha sido evaluado y validado, se considera adecuado para el contexto de este estudio, que aborda los elementos de riesgo vinculados con complicaciones obstétricas en adolescentes gestantes adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Huacho. Asimismo, la ficha para la recolección se adaptó para incluir variables relevantes dentro de los grupos de clasificación factores sociodemográficos, obstétricos y antropométricos que podrían influir en las complicaciones obstétricas. La validación previa del instrumento garantizó su eficacia en la obtención de datos confiables y pertinentes para examinar los factores de riesgo. La adaptación se hizo con el propósito de ajustarse al contexto específico de la población objetivo, alterando la estructura y los criterios iniciales, de forma que se buscó la validación mediante juicio de expertos.

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

- ✓ Se utilizó como repositorio de datos al programa Microsoft Excel para lo cual se almacenará la información del formato de recolección de las historias clínicas.
- ✓ Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS statics 30, se presentó las variables en cuadros de contingencia de forma individual cada una de ellas.

- ✓ Para el procesamiento estadístico se utilizó Chi cuadrado, lo cual nos determinó la relación de las variables categóricas.
- ✓ Se calculó el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% y nivel de significancia $p<0.05$, además se utilizó el coeficiente V de Cramer con el fin de determinar la intensidad o el grado del vínculo entre las variables planteadas.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Tabla 1

Análisis bivariado de los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025

Factores de riesgo		**OR**	**IC (95%) LI - LS**	*p* **(a)**
Factores Sociodemográficos				
Edad	Tardía/temprana	0.652	0.178-2.388	0.516
Estado civil	Casada (Si/No)	-	-	0.155
	Conviviente (Si/No)	1,278	0.729-2.240	0.391
	Soltera (Si/No)	0.720	0.411-1.264	0.253
Grado de instrucción	Sin Instrucción (Si/No)	-	-	0.316
	Primaria (Si/No)	0.532	0.172-1.648	0.267
	Secundaria (Si/No)	0.912	0.394-2.113	0.830
	Superior (Si/No)	2.436	0.611-9.709	0.194
Procedencia	Urbano/ Rural	1.179	0.382-3.645	0.774
Factores antropométricos				
Índice de masa corporal	Bajo Peso (<18.5)	3.063	0.313-29.971	0.312
	Normal (18.5-24.9)	2.764	1.542-4.955	0.001
	Sobrepeso (25-29.9)	0.236	0.126-0.444	0.000
	Obesidad >30	2.815	0.724-10.944	0.121
Ganancia o pérdida de peso gestacional	Adecuada	0.396	0.219-0.718	0.002
	Baja	3.649	1.548-8.598	0.002
	Excesiva	1.349	0.683-2.663	0.388
Factores obstétricos				
Controles prenatales	<6/ >=6	1.677	0.782-3.595	0.181
Gravidez	Primigesta	0.395	0.163-0.958	0.035
	Secundigesta	2.033	0.820-5.043	0.120
	Multigesta	-	-	0.081

(a) nivel de significancia de Chi cuadrado de Pearson

En la Tabla 1 se expone el análisis bivariado de los elementos de riesgo vinculados con las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes que recibieron atención en el Hospital Regional de Huacho durante 2025. La relación existente entre las variables se evaluó mediante el odds ratio (OR), el intervalo de confianza al 95 % y la prueba de chi cuadrado de Pearson, considerando estadísticamente significativa una probabilidad $p < 0,05$.

En relación con los factores sociodemográficos, la edad no presentó asociación estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas. Las adolescentes con edad tardía registraron un OR de 0,652 (IC95 %: 0,178–2,388; p=0,516) respecto a las adolescentes con edad temprana. Puesto que el intervalo de confianza comprendió el valor 1 y el valor de p resultó superior a 0,05, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de eventos obstétricos adversos.

Respecto al estado civil, tampoco se encontraron asociaciones estadísticamente significativas. La condición de convivencia mostró un OR de 1,278 (IC95 %: 0,729-2,240; p=0,391), en tanto que la condición de soltera registró un OR de 0,720 (IC95 %:0,411-1,264; p=0,253). En ambos casos, los intervalos de confianza incluyeron el valor 1. Para la categoría casada no se obtuvo una estimación del OR, aunque el análisis mediante chi cuadrado correspondiente no evidenció una relación significativa (p=0,155).

En relación con el grado de instrucción, no se evidenciaron asociaciones de carácter estadístico significativas con las complicaciones obstétricas. Las adolescentes con instrucción primaria presentaron un OR de 0,532 (IC95 %: 0,172-1,648; p=0,267), aquellas con instrucción secundaria un OR de 0,912 (IC95 %: 0,394-2,113; p=0,830) y quienes alcanzaron instrucción superior un OR de 2,436 (IC95 %: 0,611-9,709; p=0,194). Aunque la categoría superior mostró un OR mayor que 1, el intervalo de confianza incluyó el valor 1 y la significancia estadística fue mayor que 0,05; en consecuencia, no se estableció una relación con significancia estadística. Asimismo, para la categoría sin instrucción no se obtuvo estimación del OR y la prueba global no evidenció asociación significativa (p=0,316). De igual manera, la procedencia no presentó una relación estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas (OR=1,179; IC95 %: 0,382-3,645; p=0,774).

En los componentes antropométricos se identificaron algunas asociaciones estadísticamente significativas. Respecto al índice de masa corporal, el bajo peso presentó un OR de 3,063 (IC95 %: 0,313-29,971; p=0,312); pese a que el estimador puntual del OR fue superior a 1, el amplio rango de confianza comprendió el valor 1 y el resultado no resultó estadísticamente significativo. En contraste, la categoría de IMC normal presentó una asociación con significancia estadística respecto a las complicaciones obstétricas (OR= 2,764; IC95 %: 1,542-4,955; p=0,001), al presentar un OR superior a 1 y un intervalo de confianza que no incluyó el valor 1. Por su parte, el sobrepeso presentó un OR de 0,236 (IC95 %: 0,126-0,444; p<0,001), evidenciándose una asociación estadísticamente significativa y menores probabilidades relativas de presentar complicaciones obstétricas respecto de la categoría de referencia. La obesidad no mostró asociación estadísticamente significativa (OR=2,815; IC95 %:0,724-10,944; p=0,121), puesto que su intervalo de confianza incluyó el valor 1.

Respecto de los factores obstétricos, el número de controles prenatales no presentó asociación estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas. Las adolescentes con menos de seis controles prenatales registraron un OR de 1,677 (IC95 %: 0,782-3,595; p = 0,181) en comparación con aquellas que tuvieron seis o más controles; sin embargo, el rango de confianza comprendió el valor 1 y el nivel de p resultó mayor a 0,05, por esta razón no se evidenció alguna asociación estadísticamente significativa.

Finalmente, con relación a la gravidez, se identificó una asociación estadísticamente significativa para la condición de primigesta, que presentó un OR de 0,395 (IC95 %: 0,163-0,958; p = 0,035). Este resultado indicó menores probabilidades relativas de presentar complicaciones obstétricas respecto de la categoría de referencia. En contraste, la condición de secundigesta no evidenció asociación estadísticamente significativa (OR = 2,033; IC95 %: 0,820-5,043; p = 0,120), puesto que el intervalo de confianza comprendió la unidad. Para la

categoría multigesta no se obtuvo estimación del OR; sin embargo, el contraste mediante chi cuadrado tampoco evidenció relación estadísticamente relevante (p = 0,081).

En síntesis, el análisis de tipo bivariado evidenció una relación estadísticamente relevante entre las complicaciones obstétricas con las categorías correspondientes al IMC normal, sobrepeso, ganancia adecuada de peso, ganancia baja de peso y condición de primigesta. Por el contrario, no se identificaron relaciones de carácter estadístico relevantes respecto a la edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, bajo peso, obesidad, ganancia excesiva de peso, número de controles prenatales ni condición de secundigesta.

Tabla 2

Análisis bivariado de los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas (detallado) durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025

Factores sociodemográficos		Preeclampsia			Amenaza de aborto			Rotura prematura de membranas			Anemia gestacional			Infecciones urinarias			Amenaza de parto pretérmino			Desproporción céfalo pélvica			Trauma perineal		
		OR	IC (95%) LI - LS	*p* (a)	OR	IC (95%) LI - LS	*p* (a)	OR	IC (95%) LI - LS	*p* (a)	OR	IC (95%) LI - LS	*p* (a)	OR	IC (95%) LI - LS	*p* (a)	OR	IC (95%) LI - LS	*p* (a)	OR	IC (95%) LI - LS	*p* (a)	OR	IC (95%) LI - LS	*p* (a)
Edad	Adolescencia temprana / tardía	0.049	0.003-0.842	0.004	-	-	0.742	0.509	0.101-2.559	0.404	0.438	0.118-1.623	0.205	0.946	0.914-0.979	0.452	0.352	0.039-3.175	0.332	0.905	0.108-7.583	0.927	1.731	0.211-14.171	0.605
Estado civil	Casada	-	-	0.885	1.010	0.996-1.025	0.885	1.135	1.077-1.195	0.604	3.311	0.203-54.005	0.374	20.556	1.187-355.860	0.004	26.714	1.511-472.421	0.001	1.102	1.054-1.153	0.651	1.190	1.119-1.266	0.538
	Conviviente	0.980	0.953-1.008	0.164	1.021	0.992-1.052	0.147	0.865	0.362-2.067	0.744	1.062	0.548-2.058	0.858	0.625	0.171-2.287	0.474	1.632	0.379-7.023	0.507	0.956	0.363-2.521	0.98	2.286	1.014-5.152	0.042
	Soltera	1.02	0.992-1.048	0.172	-	-	0.139	1.211	0.507-2.892	0.667	0.886	0.457-1.719	0.72	1.09	0.305-3.891	0.895	0.348	0.068-1.768	0.184	1.094	0.415-2.885	0.856	0.459	0.204-1.035	0.56
Grado de instrucción	Primaria	-	-	0.693	13.923	0.823-235.559	0.018	0.559	0.070-4.488	0.58	0.523	0.113-2.426	0.4	1.479	0.174-12.587	0.719	4.889	0.890-26.864	0.045	-	-	0.217	-	-	0.092
	Secundaria	-	0.009-2.332	0.112	0.141	0.009-2.332	0.112	0.971	0.266-3.540	0.965	0.967	0.362-2.586	0.947	0.564	0.113-2.823	0.481	0.126	0.029-0.541	0.001	-	-	0.089	0.984	0.313-3.095	0.979
	Sin Instrucción	195.000	27.607-1377.371	0.000	1.01	0.996-1.025	0.919	8.864	5.980-13.138	0.006	4.333	3.354-5.599	0.07	1.054	1.020-1.089	0.816	-	-	0	-	-	0.75	-	-	0.664
	Superior	-	-	0.742	-	-	0.742	0.828	0.100-6.855	0.861	1.425	0.353-5.750	0.617	2.185	0.249-19.174	0.47	2.841	0.315-25.635	0.332	-	-	0.302	3.926	1.039-14.834	0.031
Procedencia	Urbano/Rural	-	-	0.705	0.066	0.004-1.120	0.013	0.409	0.104-1.612	0.188	0.67	0.196-2.286	0.52	-	-	0.387	-	-	0.441	1.229	0.150-10.038	0.847	0.265	0.080-0.873	0.021

(a) nivel de significancia de Chi cuadrado de Pearson

La Tabla 2 expone el análisis bivariado de los factores relacionados con los eventos obstétricos adversos en adolescentes que recibieron atención en el Hospital Regional de Huacho en el año 2025. Se empleó el odds ratio (OR), el rango de confianza al 95 % (IC95 %) y el nivel de significancia estadística ($p < 0,05$).

Respecto a la edad, se identificó una relación con significancia estadística respecto a la preeclampsia (OR = 0,049; IC95 %:0,003–0,842; p=0,004). El OR menor de 1 indica menores probabilidades relativas de presentar preeclampsia para la categoría analizada respecto a la categoría de referencia. No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la edad y aquellas demás alteraciones obstétricas evaluadas.

En relación respecto al estado civil, las adolescentes casadas presentaron asociación estadísticamente significativa con las infecciones urinarias (OR = 20,556; IC95 %:1,187–355,860; p=0,004) y con la amenaza de parto pretérmino (OR = 26,714; IC95 %:1,511–472,421; p = 0,001). Estos OR superiores a 1 indican mayores probabilidades relativas de presentar dichas complicaciones respecto de la categoría de referencia. Asimismo, las adolescentes convivientes presentaron asociación significativa con el trauma perineal (OR = 2,286; IC95 %:1,014–5,152; p = 0,042), evidenciándose mayores probabilidades relativas de esta complicación.

En cuanto al grado de instrucción, las adolescentes con instrucción primaria presentaron asociación estadísticamente significativa con la amenaza de aborto (OR = 13,923; IC95 %:0,823–235,559; p = 0,018) y con la amenaza de parto pretérmino (OR = 4,889; IC95 %:0,890–26,864; p = 0,045).

Las adolescentes con instrucción secundaria presentaron un resultado significativo para la amenaza de parto pretérmino (OR = 0,126; IC95 %:0,029–0,541; p = 0,001), lo que indica

menores probabilidades relativas de presentar esta complicación respecto a la categoría de referencia. Por otro lado, la categoría sin instrucción presentó valores elevados para preeclampsia (OR = 195,000; IC95 %: 27,607–13777,371; p < 0,001) y rotura prematura de membranas (OR = 8,864; IC95 %: 5,980–13,138; p = 0,006).

En las adolescentes con instrucción superior se encontró asociación significativa con el trauma perineal (OR = 3,926; IC95 %: 1,039–14,834; p = 0,031), indicando mayores probabilidades relativas de presentar dicha complicación respecto de la categoría de referencia.

Respecto a la procedencia, se identificó relación estadísticamente relevante con la amenaza de aborto (OR = 0,066; IC95 %: 0,004–1,120; p = 0,013) y con el trauma perineal (OR = 0,265; IC95 %: 0,080–0,873; p = 0,021).

Tabla 3

Análisis bivariado de los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas (detallado) durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025

Factores antropométricos		Preeclampsia			Amenaza de aborto			Rotura prematura de membranas			Anemia gestacional			Infecciones urinarias			Amenaza de parto pretermino			Desproporción céfalo pélvica			Trauma perineal		
		OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]
Índice de masa corporal	bajo peso (<18.5)	-	-	0.837	-	-	0.837	8.143	1.089-60.877	0.016	3.364	0.460-24.574	0.206	-	-	0.639	-	-	0.677	-	-	0.52	1.8	0.181-17.891	0.611
	normal (18.5-24.9)	-	-	0.209	-	-	0.209	1.921	0.752-4.904	0.167	2.759	1.327-5.735	0.005	1.88	0.472-7.497	0.364	2.423	0.477-12.317	0.272	4.368	1.222-15.619	0.015	1.288	0.587-2.823	0.527
	obesidad >30	-	-	0.729	-	-	0.729	1.735	0.351-8.580	0.494	0.311	0.039-2.498	0.247	4.917	0.909-26.594	0.042	-	-	0.481	0.988	0.119-8.195	0.991	3.344	0.916-12.203	0.055
	sobrepeso (25-29.9)	-	-	0.284	-	-	0.284	0.232	0.066-0.809	0.014	0.345	0.155-0.767	0.007	0.184	0.023-1.485	0.077	0.575	0.113-2.927	0.5	0.197	0.044-0.886	0.02	0.46	0.187-1.130	0.085
Ganancia o pérdida de peso gestacional	adecuada	-	-	0.731	-	-	0.263	0.782	0.325-1.886	0.584	0.42	0.214-0.823	0.01	0.603	0.169-2.159	0.433	0.356	0.083-1.535	0.15	1.266	0.454-3.530	0.651	0.324	0.147-0.716	0.004
	baja	-	-	0.195	-	-	0.53	1.995	0.720-5.533	0.178	5.276	2.366-11.764	0	1.3	0.263-6.426	0.747	1.756	0.338-9.116	0.498	0.617	0.135-2.824	0.53	3.095	1.288-7.438	0.009
	excesiva	-	-	0.451	-	-	0.451	0.723	0.232-2.252	0.575	0.692	0.295-1.620	0.394	1.564	0.387-6.325	0.527	2.22	0.509-9.688	0.277	1.018	0.317-3.270	0.976	1.576	0.665-3.734	0.298

(a) nivel de significancia de Chi cuadrado de Pearson

En relación con el índice de masa corporal, las adolescentes con peso bajo presentaron asociación significativa con la rotura prematura de membranas (OR = 8,143; IC95 %: 1,089–60,877; p = 0,016), evidenciándose mayores probabilidades relativas de esta complicación.

Las adolescentes con IMC normal presentaron relación estadísticamente relevante respecto a la anemia gestacional (OR = 2,759; IC95 %: 1,327–5,735; p = 0,005) y respecto a la desproporción céfalo-pélvica (OR = 4,368; IC95 %: 1,222–15,619; p = 0,015). En ambos casos, el OR superior a 1 indica mayores probabilidades relativas respecto de la categoría de referencia.

En las adolescentes con sobrepeso se identificaron asociaciones estadísticamente significativas con la rotura prematura de membranas (OR = 0,232; IC95 %: 0,066–0,809; p = 0,014), anemia gestacional (OR = 0,345; IC95 %: 0,155–0,767; p = 0,007) y desproporción céfalo-pélvica (OR = 0,197; IC95 %: 0,044–0,886; p = 0,020). En todos estos casos, el OR menor de 1 indica menores probabilidades relativas respecto de la categoría de referencia.

Para la categoría obesidad se observa un resultado estadísticamente significativo para las infecciones urinarias (OR = 4,917; IC95 %: 0,909–26,594; p = 0,042).

En cuanto a la ganancia o pérdida de peso gestacional, las adolescentes con ganancia adecuada presentaron asociación significativa con anemia gestacional (OR = 0,420; IC95 %: 0,214–0,823; p = 0,010) y trauma perineal (OR = 0,324; IC95 %: 0,147–0,716; p = 0,004). Los OR menores de 1 indican menores probabilidades relativas de estas complicaciones respecto a la categoría de referencia.

Por su parte, las adolescentes con ganancia baja de peso presentaron asociación estadísticamente significativa con anemia gestacional (OR = 5,276; IC95 %: 2,366–11,764; p

< 0,001) y trauma perineal (OR = 3,095; IC95 %: 1,288–7,438; p = 0,009). En ambos casos, el OR superior a 1 evidencia mayores probabilidades relativas de presentar dichas complicaciones.

Tabla 4

Análisis bivariado de los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas (detallado) durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025

Factores obstétricos		Preeclampsia			Amenaza de aborto			Rotura prematura de membranas			Anemia gestacional			Infecciones urinarias			Amenaza de parto pretermino			Desproporción céfalo pélvica			Trauma perineal		
		OR	IC (95%) LI - LS	*p* [a]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [a]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [a]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [a]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [a]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [a]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [a]	OR	IC (95%) LI - LS	*p* [a]
Controles prenatales	<6/>=6	5.062	0.309-83.057	0.208	-	-	0.002	1.045	0.331-3.300	0.94	1.534	0.669-3.516	0.31	1.25	0.253-6.171	0.784	9.524	2.154-42.116	0	0.593	0.130-2.711	0.496	0.695	0.226-2.138	0.524
Gravidez	multigesta	-	-	0.859	96	4.315-2135.822	0.00	-	-	0.524	1.644	0.146-18.559	0.685	-	-	0.686	-	-	0.719	-	-	0.579	2.717	0.239-30.916	0.402
	primigesta	-	-	0.578	0.148	0.009-2.441	0.124	0.692	0.215-2.224	0.535	0.648	0.261-1.605	0.346	0.593	0.119-2.958	0.519	-	-	0.259	1.247	0.270-5.767	0.777	0.446	0.169-1.175	0.096
	secundigesta	-	-	0.604	-	-	0.604	1.706	0.525-5.547	0.37	1.503	0.577-3.915	0.401	1.964	0.391-9.873	0.404	-	-	0.292	0.935	0.201-4.355	0.931	2.089	0.751-5.810	0.151

(a) nivel de significancia de Chi cuadrado de Pearson

Respecto a los controles prenatales, se identificó una relación estadísticamente relevante entre tener menos de seis atenciones prenatales y el riesgo de aborto (p = 0,002); sin embargo, no se dispone del OR ni del IC95 %, por lo que no corresponde cuantificar la magnitud de la asociación. Asimismo, se observó asociación con la amenaza de parto pretérmino (OR = 9,524; IC95 %: 2,154–42,116; p < 0,001), lo que indica mayores probabilidades relativas de presentar esta complicación.

Finalmente, respecto a la gravidez, las adolescentes multigestas mostraron una asociación estadísticamente significativa con la amenaza de aborto (OR = 96,000; IC95 %: 4,315–2135,822; p < 0,001).

Hipótesis general:

Ha: Existe una asociación significativa entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Ho: No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Regla de decisión: Si p<0,05 rechazar el Ho (Hipótesis nula) y aceptar la Ha (Hipótesis alterna).

Factores De Riesgo		OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	V de Cramer
Edad	Tardía/temprana	0.652	0.178-2.388	0.516	0.046
Estado civil	Casada (Sí / No)	-	-	0.155	0.102
	Conviviente (Sí / No)	1,278	0.729-2.240	0.391	0.061
	Soltera (Sí / No)	0.72	0.411-1.264	0.253	0.082
Grado de instrucción	Sin Instrucción (Sí / No)	-	-	0.316	0.072
	Primaria (Sí / No)	0.532	0.172-1.648	0.267	0.079
	Secundaria (Sí / No)	0.912	0.394-2.113	0.83	0.015
	Superior (Sí / No)	2.436	0.611-9.709	0.194	0.093
Procedencia	Urbano/ Rural	1.1.79	0.382-3.645	0.774	0.021
Índice de masa corporal	Bajo Peso (<18.5)	3.063	0.313-29.971	0.312	0.072
	Normal (18.5-24.9)	2.764	1.542-4.955	0.001	0.235
	Sobrepeso (25-29.9)	0.236	0.126-0.444	0.000	0.329
	Obesidad >30	2.815	0.724-10.944	0.121	0.111
Ganancia o pérdida de peso gestacional	Adecuada	0.396	0.219-0.718	0.002	0.220
	Baja	3.649	1.548-8.598	0.002	0.221
	Excesiva	1.349	0.683-2.663	0.388	0.062
Controles prenatales	<6 / >=6	1.677	0.782-3.595	0.181	0.096
Gravidez	Primigesta	0.395	0.163-0.958	0.035	0.151
	Secundigesta	2.033	0.820-5.043	0.120	0.111
	Multigesta	-	-	0.081	0.125

(a) nivel de significancia de Chi cuadrado de Pearson

Con el propósito de establecer la presencia de una relación con significancia estadística se consideró un nivel de significancia de 5 %, estableciéndose como regla de decisión rechazar la hipótesis nula cuando el valor de p resultó inferior a 0,05. Además, se utilizó V de Cramer para estimar la intensidad del vínculo existente entre las variables categóricas.

En relación con la edad, las adolescentes clasificadas en la categoría tardía/temprana y un valor de p = 0,516. El V de Cramer fue de 0,046, lo que evidencia una asociación muy débil entre la edad y las complicaciones obstétricas. Debido a que la significancia obtenida fue mayor de 0,05, no se identificó sustento estadístico significativo de asociación.

Respecto al estado civil, las adolescentes casadas presentaron un valor de p = 0,155 y un V de Cramer de 0,102, evidenciándose una asociación débil que no alcanzó significancia estadística. En las convivientes se obtuvo un p = 0,391 y V de Cramer = 0,061, lo que refleja una asociación muy débil y no significativa. Asimismo, en las adolescentes solteras se obtuvo un p = 0,253 y V de Cramer = 0,082, evidenciándose igualmente una asociación muy débil y estadísticamente no significativa.

Con relación al índice de masa corporal, se encontraron resultados estadísticamente significativos. Las adolescentes con IMC normal presentaron un p = 0,001 y V de Cramer = 0,235, evidenciándose una asociación débil y estadísticamente significativa. Asimismo, las adolescentes con sobrepeso presentaron un p < 0,001 y V de Cramer = 0,329, lo cual demuestra una relación de intensidad moderada y estadísticamente significativa. En cambio, para las adolescentes con bajo peso se obtuvo un p = 0,312 y V de Cramer = 0,072, evidenciándose una asociación muy débil y no significativa. En aquellas con obesidad se obtuvo un p = 0,121 y V de Cramer = 0,111, correspondiente a una asociación débil que tampoco alcanzó significancia estadística.

Respecto a la procedencia, se obtuvo un p = 0,774 y V de Cramer = 0,021. Dichos resultados muestran una asociación muy débil entre la procedencia urbana/rural y las complicaciones obstétricas, sin evidencia de significancia estadística, debido a que el valor de p fue superior a 0,05.

Con relación al índice de masa corporal, se encontraron resultados estadísticamente significativos. Las adolescentes con IMC normal presentaron un p = 0,001 y V de Cramer = 0,235, evidenciándose una asociación débil y estadísticamente significativa. Asimismo, las adolescentes con sobrepeso presentaron un p < 0,001 y V de Cramer = 0,329, lo que demuestra una asociación de magnitud moderada y estadísticamente significativa. En cambio, para las adolescentes con bajo peso se obtuvo un p = 0,312 y V de Cramer = 0,072, evidenciándose una asociación muy débil y no significativa. En aquellas con obesidad se obtuvo un p = 0,121 y V de Cramer = 0,111, correspondiente a una asociación débil que tampoco alcanzó significancia estadística.

En cuanto a la ganancia o pérdida de peso gestacional, se identificaron asociaciones estadísticamente significativas. Las adolescentes con ganancia adecuada de peso presentaron un p = 0,002 y V de Cramer = 0,220, evidenciándose una asociación débil y estadísticamente significativa. Por otro lado, aquellas con ganancia baja de peso presentaron un p = 0,002 y V de Cramer = 0,221, mostrando una asociación débil, pero estadísticamente significativa. En las adolescentes con ganancia excesiva se obtuvo un p = 0,388 y V de Cramer = 0,062, por lo que la asociación resultó muy débil y no significativa.

Respecto a los controles prenatales, las adolescentes con menos de seis controles frente a aquellas con seis o más presentaron un p = 0,181 y V de Cramer = 0,096. Estos resultados evidencian una asociación muy débil y estadísticamente no significativa entre el número de controles prenatales y las complicaciones obstétricas.

Finalmente, respecto a la gravidez, las adolescentes primigestas presentaron un p = 0,035 y V de Cramer = 0,151, evidenciándose una asociación débil y estadísticamente significativa. En las secundigestas se obtuvo un p = 0,120 y V de Cramer = 0,111, resultado que corresponde a una relación débil y no significativa. En las multigestas se obtuvo el valor de p fue 0,081 y el V de Cramer 0,125, por lo que se evidenció una relación débil, pero sin significancia estadística.

En términos generales, los resultados evidencian que los factores con asociación estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas fueron el índice correspondiente a la masa corporal normal (p = 0,001; V de Cramer = 0,235), así como el sobrepeso (p < 0,001; V de Cramer = 0,329), la ganancia adecuada de peso gestacional (p = 0,002; V de Cramer = 0,220), la ganancia baja de peso gestacional (p = 0,002; V de Cramer = 0,221) y la condición de primigesta (p = 0,035; V de Cramer = 0,151). Las magnitudes de asociación fueron predominantemente débiles, con excepción del sobrepeso, que presentó una asociación moderada según el V de Cramer. Los demás factores evaluados no mostraron asociación estadísticamente significativa, dado que sus valores de p excedieron 0,05.

Por consiguiente, al haberse identificado valores de p inferiores a 0,05 para determinados factores de riesgo, se descarta la hipótesis de nulidad (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (Ha), determinándose que se presenta una relación estadísticamente relevante entre determinados factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2025.

Hipótesis específicas:

Hipótesis especificas 1:

Ha1: Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Ho1: No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Regla de decisión: Si p<0,05 rechazar el Ho (Hipótesis nula) y aceptar la Ha (Hipótesis alterna)

Factores sociodemográficos		OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	V de Cramer
Edad	Tardía/temprana	0.652	0.178-2.388	0.516	0.046
Estado civil	Casada (Sí / No)	-	-	0.155	0.102
	Conviviente (Sí / No)	1,278	0.729-2.240	0.391	0.061
	Soltera (Sí / No)	0.72	0.411-1.264	0.253	0.082
Grado de instrucción	Sin Instrucción (Sí / No)	-	-	0.316	0.072
	Primaria (Sí / No)	0.532	0.172-1.648	0.267	0.079
	Secundaria (Sí / No)	0.912	0.394-2.113	0.83	0.015
	Superior (Sí / No)	2.436	0.611-9.709	0.194	0.093
Procedencia	Urbano/ Rural	1.1.79	0.382-3.645	0.774	0.021

(a) nivel de significancia de Chi cuadrado de Pearson

El análisis mediante el V de Cramer evidenció que los factores sociodemográficos no presentaron asociaciones estadísticamente significativas con las complicaciones obstétricas. La edad mostró una asociación muy débil (V = 0,046; *p* = 0,516); el estado civil presentó asociaciones muy débiles y no significativas (V = 0,102 para casada, *p* = 0,155; V = 0,061 para conviviente, *p* = 0,391; y V = 0,082 para soltera, *p* = 0,253). Asimismo, el grado de instrucción

presentó asociaciones muy débiles y no significativas (V = 0,072 a 0,093; $p > 0,05$), al igual que la procedencia (V = 0,021; $p = 0,774$). Por tanto, al ser todos los valores de p mayores de 0,05, no se rechaza la hipótesis nula (Ho1), concluyéndose que no existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2025**.**

Hipótesis especificas 2:

Ha2: Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Ho2: No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Regla de decisión: Si p<0,05 rechazar el Ho (Hipótesis nula) y aceptar la Ha (Hipótesis alterna)

Factores antropométricos		OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	V de Cramer
Índice de masa corporal	Bajo Peso (<18.5)	3.063	0.313-29.971	0.312	0.072
	Normal (18.5-24.9)	2.764	1.542-4.955	0.001	0.235
	Sobrepeso (25-29.9)	0.236	0.126-0.444	0.000	0.329
	Obesidad >30	2.815	0.724-10.944	0.121	0.111
Ganancia o pérdida de peso gestacional	Adecuada	0.396	0.219-0.718	0.002	0.220
	Baja	3.649	1.548-8.598	0.002	0.221
	Excesiva	1.349	0.683-2.663	0.388	0.062
Controles prenatales	<6 / >=6	1.677	0.782-3.595	0.181	0.096
Gravidez	Primigesta	0.395	0.163-0.958	0.035	0.151
	Secundigesta	2.033	0.820-5.043	0.120	0.111
	Multigesta	-	-	0.081	0.125

(a) nivel de significancia de Chi cuadrado de Pearson

El análisis mediante el V de Cramer evidenció que algunos factores antropométricos presentaron asociación estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas. En el índice de masa corporal, el IMC normal mostró una asociación débil y significativa (V = 0,235; *p* = 0,001), mientras que el sobrepeso presentó una asociación moderada y significativa (V = 0,329; *p* < 0,001). En cambio, el bajo peso (V = 0,072; *p* = 0,312) y la obesidad (V = 0,111; *p* = 0,121) mostraron asociaciones no significativas.

En cuanto a la variación o pérdida del peso gestacional, se evidenció una relación débil y estadísticamente relevante tanto en la ganancia adecuada (V = 0,220; p = 0,002) como en la ganancia baja (V = 0,221; p = 0,002), mientras que la ganancia excesiva presentó una asociación muy débil y no significativa (V = 0,062; p = 0,388). Los controles prenatales también mostraron una asociación muy débil y no significativa (V = 0,096; p = 0,181). Finalmente, la condición de primigesta presentó una asociación débil y estadísticamente significativa (V = 0,151; p = 0,035), mientras que la secundigesta (V = 0,111; p = 0,120) y multigesta (V = 0,125; p = 0,081) no mostraron significancia estadística.

Por tanto, al identificarse valores de p < 0,05 en algunos factores antropométricos, se descarta la Ho2 y se admite la Ha2, determinándose que se presenta una relación con significancia estadística entre determinados factores antropométricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el establecimiento hospitalario Regional de Huacho, 2025.

Hipótesis especificas 3:

Ha3: Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Ho2: No existe asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.

Regla de decisión: Si p<0,05 rechazar el Ho (Hipótesis nula) y aceptar la Ha (Hipótesis alterna)

Factores obstétricos		OR	IC (95%) LI - LS	*p* [(a)]	V de Cramer
Controles prenatales	<6 / >=6	1.677	0.782-3.595	0.181	0.096
Gravidez	Primigesta	0.395	0.163-0.958	0.035	0.151
	Secundigesta	2.033	0.820-5.043	0.120	0.111
	Multigesta	-	-	0.081	0.125

(a) nivel de significancia de Chi cuadrado de Pearson

El análisis mediante el V de Cramer evidenció que los controles prenatales presentaron una asociación muy débil y no estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas (V = 0,096; *p* = 0,181). En cuanto a la gravidez, las primigestas mostraron una asociación débil y estadísticamente significativa (V = 0,151; *p* = 0,035), mientras que las secundigestas presentaron una asociación débil y no significativa (V = 0,111; *p* = 0,120). Las multigestas mostraron una asociación débil, pero sin significancia estadística (V = 0,125; *p* = 0,081).

Por tanto, debido a que se obtuvo un valor de p < 0,05 para la condición de primigesta, se descarta la Ho3 y se admite la Ha3, determinándose que se presenta una relación con significancia estadística entre los elementos obstétricos y las alteraciones obstétricas a lo largo

de la gestación en población adolescente atendidas en el establecimiento hospitalario Regional de Huacho, 2025. Esta asociación corresponde específicamente a la condición de primigesta.

CAPITULO V: DISCUSIÒN

DISCUSIÒN DE RESULTADOS

La finalidad general consistió en establecer la asociación existente entre los elementos de riesgo y los eventos obstétricos adversos durante la gestación en adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Huacho en 2025. Los resultados evidenciaron que la asociación no fue uniforme. Los factores sociodemográficos no evidenciaron una asociación con significancia estadística respecto a la presencia global de complicaciones; en cambio, se identificaron asociaciones para el IMC normal (OR = 2,764; IC 95 %: 1,542-4,955; p = 0,001; V = 0,235), el sobrepeso (OR = 0,236; IC 95 %: 0,126-0,444; p < 0,001; V = 0,329), la ganancia adecuada de peso (OR = 0,396; IC 95 %: 0,219-0,718; p = 0,002; V = 0,220), la ganancia baja de peso (OR = 3,649; IC 95 %: 1,548-8,598; p = 0,002; V = 0,221) y la condición de primigesta (OR = 0,395; IC 95 %: 0,163-0,958; p = 0,035; V = 0,151). Las asociaciones fueron débiles, excepto la correspondiente al sobrepeso, cuya magnitud fue moderada según el V de Cramer.

Los resultados respaldan parcialmente la hipótesis general, debido a que solo determinados factores se relacionaron con las complicaciones obstétricas. Herrera et al. (2026) encontraron anemia preparto (OR = 2.02; IC 95 %: 1.83–2.23), parto pretérmino (OR = 1,66; IC 95 %: 1,03–2,68) además de desgarros perineales graves (OR = 1,78; IC 95 %: 1,34–2,35). Mahato y Younjan (2022) también reportaron asociaciones con trastornos hipertensivos (OR = 2,65; p = 0,031), anemia (OR = 2,07; p = 0,031), parto prematuro (OR = 2,28; p = 0,017) junto con hemorragia posparto (OR = 2,49; p = 0,040). Estas coincidencias muestran que el riesgo obstétrico adolescente depende de la interacción entre el estado nutricional, los antecedentes reproductivos y la atención prenatal.

El primer objetivo específico fue determinar la asociación existente entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas. Durante el análisis global, la edad, el

estado civil, el grado de instrucción y la procedencia presentaron valores de p superiores a 0,05 y valores de V de Cramer de magnitud muy débil.

La edad no presentó asociación estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas consideradas de manera global. Las adolescentes tardías frente a las tempranas obtuvieron OR = 0,652 (IC 95 %: 0,178-2,388; p = 0,516) y V de Cramer = 0,046. El intervalo de confianza abarcó el valor 1 y la magnitud fue muy débil; por ello, no existe evidencia suficiente para afirmar que la categoría etaria evaluada modificó la probabilidad global de complicaciones en esta muestra. El resultado coincide con Salazar (2022), quien tampoco encontró asociación entre edad y complicaciones obstétricas (p = 0,757). Sin embargo, difiere de Bonilla (2026), quien determinó que tener entre 10 y 16 años incrementó el riesgo (OR = 3,75; p < 0,001). La diferencia podría deberse a la amplitud de las categorías de edad, la proporción de adolescentes tempranas y el diseño de casos y controles empleado por Bonilla. En la presente investigación, la escasa variabilidad etaria pudo disminuir la capacidad estadística para detectar diferencias. Al analizar complicaciones específicas, la edad sí mostró asociación con preeclampsia (OR = 0,049; IC 95 %: 0,003-0,842; p = 0,004).

La situación civil no se asoció significativamente con el desenlace global. La condición de casada presentó p = 0,155 y V = 0,102; conviviente, OR = 1,278 (IC 95 %: 0,729-2,240; p = 0,391; V = 0,061); y soltera, OR = 0,720 (IC 95 %: 0,411-1,264; p = 0,253; V = 0,082). Todos los valores de p fueron mayores de 0,05 y los intervalos disponibles incluyeron 1, por lo que el estado civil no explicó la presencia global de complicaciones. Este hallazgo difiere de Bonilla (2026), quien encontró que la condición de soltera se relacionó con mayor riesgo (OR = 2,71; p < 0,001), y de Borjas (2023), quien reportó asociación en adolescentes con pareja (OR corregido = 2,2; IC 95 %: 1,2-3,9; p = 0,001). Cortez y Díaz (2023) señalaron, además, una mayor proporción de soltería en adolescentes que en adultas (22,97 % frente a 9,3 %). Las diferencias sugieren que el estado civil podría actuar como indicador indirecto del apoyo

familiar, dependencia económica o acceso a controles, cuyo efecto varía según el contexto social. En el análisis por complicación, las adolescentes casadas presentaron asociación con infección urinaria (OR = 20,556; IC 95 %: 1,187-355,860; p = 0,004) y amenaza de parto pretérmino (OR = 26,714; IC 95 %: 1,511-472,421; p = 0,001); las convivientes se asociaron con trauma perineal (OR = 2,286; IC 95 %: 1,014-5,152; p = 0,042).

El nivel educativo tampoco presentó asociación global. La instrucción primaria obtuvo OR = 0,532 (IC 95 %: 0,172-1,648; p = 0,267; V = 0,079); la secundaria, OR = 0,912 (IC 95 %: 0,394-2,113; p = 0,830; V = 0,015); y la superior, OR = 2,436 (IC 95 %: 0,611-9,709; p = 0,194; V = 0,093). Para la categoría sin instrucción se obtuvo p = 0,316 y V = 0,072. En todos los casos, la fuerza de asociación fue muy débil y no significativa. Este resultado coincide con Salazar (2022), quien no encontró asociación para el grado de instrucción (p = 0,218), pero difiere de Bonilla (2026), quien identificó la educación primaria como un factor de riesgo de elevada magnitud (OR = 20,26; p < 0,001). Mazacón et al. (2025) describieron que el 49,6 % de las adolescentes gestantes había terminado la secundaria, Ureta (2025) registró 85,4 % con educación secundaria y Cisneros e Iza (2021) reportaron 78 %. Estas cifras muestran que la educación secundaria es frecuente, pero su predominio descriptivo no implica necesariamente una asociación con complicaciones. En las complicaciones específicas, la instrucción primaria se relacionó con amenaza de aborto (OR = 13,923; p = 0,018) y amenaza de parto prematuro (OR = 4,889; p = 0,045); la secundaria mostró una asociación inversa con amenaza de parto pretérmino (OR = 0,126; IC 95 %: 0,029-0,541; p = 0,001); la carencia de instrucción se asoció con preeclampsia (OR = 195,000; IC 95 %: 27,607-1377,371; p < 0,001) y ruptura anticipada de membranas (OR = 8,864; p = 0,006); y el nivel de educación superior, con trauma perineal (OR = 3,926; p = 0,031).

La procedencia urbana o rural no mostró asociación con las complicaciones globales (OR = 1,179; IC 95 %: 0,382-3,645; p = 0,774; V = 0,021). Tanto el valor de p como el V de

Cramer indican una relación prácticamente nula. En consecuencia, dentro de esta población hospitalaria, residir en una zona urbana o rural no permitió diferenciar la probabilidad global de presentar complicaciones. Este resultado difiere de Borjas (2023), quien encontró mayor riesgo en adolescentes rurales (OR ajustado = 2,7; IC 95 %: 1,4-5,6; p = 0,006), y de Bonilla (2026), quien también reportó asociación para procedencia rural (OR = 2,251; p = 0,002). Ureta (2025) describió 62,1 % de procedencia rural y Cisneros e Iza (2021), 66 %. Las diferencias podrían relacionarse con las distancias a los establecimientos, la capacidad resolutiva local y la selección de pacientes que finalmente llegan al hospital. Por complicación específica, la procedencia se asoció de forma inversa con amenaza de aborto (OR = 0,066; p = 0,013) y trauma perineal (OR = 0,265; IC 95 %: 0,080-0,873; p = 0,021).

El segundo objetivo específico fue determinar el vínculo entre los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas. Se identificaron asociaciones para determinadas categorías del IMC y para el aumento de peso gestacional.

En el examen global, el bajo peso presentó OR = 3,063 (IC 95 %: 0,313-29,971; p = 0,312; V = 0,072) y la obesidad OR = 2,815 (IC 95 %: 0,724-10,944; p = 0,121; V = 0,111), sin alcanzar significancia. Por el contrario, el IMC normal se asoció con mayores probabilidades relativas de eventos adversos (OR = 2,764; IC 95 %: 1,542-4,955; p = 0,001; V = 0,235), mientras que el sobrepeso mostró una asociación inversa (OR = 0,236; IC 95 %: 0,126-0,444; p < 0,001; V = 0,329). La asociación del sobrepeso tuvo magnitud moderada. Los resultados difieren de Borjas (2023), quien encontró asociación entre IMC menor de 18,5 y complicaciones (OR = 3,0; IC 95 %: 1,1-7,8; p = 0,016), y de Salazar (2022), quien identificó obesidad como factor asociado (OR = 3,045; p = 0,005). La falta de significancia para bajo peso y obesidad en Huacho puede relacionarse con el reducido número de participantes en los extremos del IMC, tal como sugieren sus intervalos de confianza amplios. Por complicación, el bajo peso se asoció con ruptura anticipada de membranas (OR = 8,143; IC 95 %: 1,089-

60,877; p = 0,016); el IMC normal, con anemia (OR = 2,759; p = 0,005) y desproporción cefalopélvica (OR = 4,368; p = 0,015); la obesidad, con infección urinaria (OR = 4,917; p = 0,042); y el sobrepeso mostró asociaciones inversas con rotura prematura de membranas (OR = 0,232; p = 0,014), anemia (OR = 0,345; p = 0,007) además de desproporción cefalopélvica (OR = 0,197; p = 0,020).

La ganancia apropiada se vinculó con menores probabilidades de complicaciones globales (OR = 0,396; IC 95 %: 0,219-0,718; p = 0,002; V = 0,229), mientras que la ganancia baja incrementó las probabilidades (OR = 3,649; IC 95 %: 1,548-8,598; p = 0,002; V = 0,221). La ganancia excesiva careció de significancia estadística (OR = 1,349; IC 95 %: 0,683-2,663; p = 0,388; V = 0,062). Estos hallazgos muestran que la ganancia de peso insuficiente fue el factor antropométrico de riesgo más consistente. Los resultados concuerdan en parte con Ybaseta et al. (2025), quienes observaron que la ganancia adecuada redujo el riesgo (OR = 0,55; IC 95 %: 0,34-0,87; p = 0,010). Sin embargo, dichos autores reportaron que una ganancia mayor a la recomendada incrementó el riesgo (OR = 2,37; IC 95 %: 1,43-3,94; p < 0,001), mientras que dentro de Huacho dicha ganancia excesiva no alcanzó significancia. La diferencia puede explicarse por los criterios de clasificación, el momento del registro y la distribución de participantes. En el análisis específico, la ganancia adecuada presentó menor probabilidad de anemia (OR = 0,422; IC 95 %: 0,214-0,823; p = 0,010) además de trauma perineal (OR = 0,324; IC 95 %: 0,147-0,716; p = 0,004). En cambio, la ganancia baja se relacionó con anemia (OR = 5,276, IC 95 %: 2,366-11,764; p < 0,001) y trauma perineal (OR = 3,095; IC 95 %: 1,288-7,438; p = 0,009).

El tercer objetivo específico fue identificar el vínculo entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas. Tener menos de seis controles prenatales no se asoció con las complicaciones globales (OR = 1,677; IC 95 %: 0,782-3,595; p = 0,181; V = 0,096). Aunque el OR fue mayor de 1, el intervalo incluyó 1 y la significancia obtenida superó 0,05; en

consecuencia, no se evidenció una relación con significancia estadística. Este resultado difiere del hallazgo de Bonilla (2026), quien encontró que menos de seis controles incrementó el riesgo (OR = 2,203; p = 0,003), de Borjas (2023), quien reportó asociación con control prenatal inadecuado (p = 0,027), y de Salazar (2022), quien reconoció los controles insuficientes como factor de riesgo (OR = 3,667; p = 0,001). La ausencia de asociación estadísticamente significativa podría deberse al reducido número de participantes con controles prenatales insuficientes, lo que disminuyó la precisión de la estimación y la potencia estadística para identificar una posible asociación.

Además, el número de controles no refleja por sí solo la oportunidad, continuidad y calidad del cuidado prenatal. Una adolescente puede alcanzar seis atenciones, pero iniciarlas tardíamente o no recibir todas las evaluaciones, intervenciones nutricionales y medidas preventivas necesarias. Asimismo, en un diseño retrospectivo puede presentarse causalidad inversa aparente, dado que las adolescentes con una complicación detectada tempranamente podrían acudir con mayor frecuencia al establecimiento. Por ello, aunque no se demostró asociación estadística, el resultado no debe interpretarse como ausencia de utilidad clínica del control prenatal. En el análisis por complicación, menos de seis controles se asoció con amenaza de aborto (p = 0,002) y amenaza de parto pretérmino (OR = 9,524; IC 95 %: 2,154-42,116; p < 0,001). Por tanto, aunque no hubo asociación con el desenlace compuesto, el control prenatal insuficiente sí mostró relevancia frente a complicaciones específicas. Esto concuerda con la importancia del seguimiento para detectar anemia, infecciones y signos tempranos de parto pretérmino.

La primigesta presentó asociación global significativa y de magnitud débil (OR = 0,395; IC 95 %: 0,163-0,958; p = 0,035; V = 0,151). La secundigesta no fue significativa (OR = 2,033; IC 95 %: 0,820-5,043; p = 0,120; V = 0,111), al igual que la multigesta (p = 0,081; V = 0,125). El OR menor de 1 para primigesta expresa menores probabilidades relativas frente a la

categoría de referencia, pero esta debe confirmarse antes de definirla como un factor protector. Herrera et al. (2026) describieron 92 % de primigestas; Ureta (2025), 92,2 %; Cortez y Díaz (2023), 71,62 %; y Ruiz, 63,33 %. Estas proporciones confirman que el primer embarazo es frecuente en adolescentes, pero la frecuencia no equivale a riesgo. En Huacho, la asociación inversa podría reflejar una mayor concentración de antecedentes adversos o intervalos intergenésicos cortos entre adolescentes con embarazos previos. Por complicación específica, las multigestas presentaron asociación con amenaza de aborto (OR = 96,000; IC 95 %: 4,315-2135,822; $p < 0,001$).

Al interpretar el conjunto de resultados deben considerarse varias limitaciones. En primer lugar, la información provino de historias clínicas, por lo que estuvo condicionada por la integridad y exactitud de los registros. En segundo lugar, la investigación se desarrolló en un único hospital y con una muestra predominantemente urbana y de adolescencia tardía, circunstancia que restringe la generalización a otros contextos. En tercer lugar, existieron categorías con frecuencias muy pequeñas o celdas vacías, como adolescencia temprana, casadas, bajo peso y multigestas, inadecuado control prenatal lo que redujo la precisión o impidió estimar algunos OR. Finalmente, al ser un estudio observacional retrospectivo de casos y controles, los hallazgos permiten identificar asociación, pero no inferir causalidad ni prevalencia poblacional de las complicaciones.

Pese a estas limitaciones, el estudio ofrece evidencia local para orientar la atención de las gestantes adolescentes. Los resultados respaldan el fortalecimiento de la evaluación nutricional desde el primer contacto, el seguimiento sistemático de la ganancia de peso y la intervención oportuna ante una ganancia insuficiente. También justifican mantener estrategias que favorezcan el inicio temprano y la continuidad del control prenatal, aun cuando el número de controles no alcanzó significancia estadística en esta muestra. Del mismo modo, las

adolescentes con embarazos previos requieren una valoración integral que incluya condiciones clínicas, nutricionales y sociales.

En síntesis, los resultados de la investigación permiten sostener que los eventos obstétricos entre las adolescentes embarazadas asistidas en el Hospital Regional de Huacho no dependen de un único elemento, sino de la interacción de condiciones nutricionales, obstétricas y relacionadas con la atención prenatal. Aunque las variables sociodemográficas no evidenciaron asociación estadísticamente significativa con el desenlace global, ello no significa que carezcan de importancia, debido a que podrían incidir de manera indirecta en la disponibilidad de los servicios sanitarios, el apoyo familiar junto con la continuidad de dichos controles. Los hallazgos más relevantes se concentraron en el IMC, el incremento ponderal durante la gestación y la gravidez, mientras que la cantidad insuficiente de controles prenatales mostró importancia frente a complicaciones específicas. Las coincidencias y diferencias con los antecedentes revisados evidencian que los factores asociados pueden variar según las características de la población, el diseño metodológico, las categorías empleadas y el tipo de complicación analizado. Por ello, los resultados deben interpretarse con prudencia, considerando que el análisis bivariado permite identificar asociaciones, pero no establecer relaciones causales. En este sentido, la investigación aporta evidencia local que respalda la necesidad de reforzar la evaluación del estado nutricional, el inicio oportuno y el nivel cualitativo del control durante el embarazo, así como el seguimiento individualizado de las adolescentes, con el propósito de identificar tempranamente los riesgos y reducir la aparición de complicaciones obstétricas.

CAPITULO VI: CONLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se observó que determinados elementos de riesgo se vincularon de manera significativa con las complicaciones obstétricas, predominando relaciones débiles; únicamente el sobrepeso alcanzó una magnitud moderada ($p < 0,05$; $V = 0,151–0,329$).

No se identificó asociación significativa entre las variables sociodemográficas y las complicaciones obstétricas globales; la relación observada fue muy débil, por lo que estos factores no explicaron el desenlace general ($p > 0,05$; $V = 0,021–0,102$).

Los factores antropométricos se asociaron significativamente con las complicaciones obstétricas: el IMC normal y la ganancia baja aumentaron las probabilidades, mientras que el sobrepeso y la ganancia adecuada mostraron relaciones inversas, de grado débil a moderado ($p \leq 0,002$; $V = 0,220–0,329$).

Entre los factores obstétricos, la primigesta presentó una asociación inversa, significativa y débil; además, los controles prenatales insuficientes y la multigesta se relacionaron específicamente con amenaza de parto pretérmino y amenaza de aborto (primigesta: $OR = 0,395$; $p = 0,035$; $V = 0,151$).

RECOMENDACIONES

Al Hospital Regional de Huacho, fortalecer la valoración nutricional de las adolescentes gestantes desde el primer control prenatal, incorporando la valoración del índice de masa corporal y el seguimiento periódico del aumento de peso gestacional. Se recomienda identificar oportunamente a las adolescentes con ganancia insuficiente de peso y establecer medidas de intervención nutricional individualizadas, debido a que la ganancia baja se asoció significativamente con una mayor probabilidad de complicaciones obstétricas.

Al servicio de Obstetricia y al personal responsable del control prenatal, implementar un sistema de seguimiento individualizado del peso a lo largo de la gestación, utilizando las curvas o criterios establecidos por las normas técnicas vigentes. Las adolescentes que presenten una ganancia inferior a la esperada deberían recibir consejería nutricional, evaluación de posibles deficiencias y seguimiento más frecuente, especialmente por la asociación observada con anemia y trauma perineal.

Al personal de salud encargado de los cuidados prenatales, reforzar la identificación oportuna y el manejo preventivo de anemia, infecciones urinarias, rotura prematura de membranas y signos de amenaza de parto pretérmino, particularmente en adolescentes que presenten condiciones nutricionales desfavorables. Los hallazgos muestran que determinadas categorías antropométricas estuvieron asociadas con complicaciones específicas, por lo que la valoración nutricional debe integrarse con la evaluación clínica y obstétrica.

Al personal de Obstetricia, realizar una valoración integral de las adolescentes con antecedentes de gestaciones previas, considerando antecedentes obstétricos, intervalo intergenésico, estado nutricional, condiciones clínicas y factores sociales. Esta recomendación se sustenta en la asociación encontrada entre la gravidez y determinadas complicaciones, particularmente la relación observada entre multigestación y amenaza de aborto. Al Hospital

Regional de Huacho, fortalecer las estrategias orientadas al inicio temprano, continuidad y calidad del control prenatal en las gestantes adolescentes.

Aunque tener una cantidad inferior a seis controles no presentó relación estadísticamente significativa con el desenlace global, sí se relacionó con amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino; por ello, se recomienda no utilizar únicamente el número de controles como indicador de seguimiento, sino considerar también la oportunidad de inicio, continuidad, cumplimiento de intervenciones y calidad de la atención recibida.

Al equipo multidisciplinario de salud, mantener la valoración de los factores sociodemográficos durante la atención prenatal, aun cuando no hayan mostrado asociación estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas globales. Variables como edad, estado civil, nivel educativo y procedencia pueden proporcionar información relevante para identificar necesidades de apoyo familiar, dificultades de acceso y posibles barreras para la continuidad del cuidado prenatal.

A quienes dirigen los programas de salud materna y adolescente, desarrollar actividades educativas dirigidas a las gestantes adolescentes y sus familias sobre alimentación en el embarazo, importancia del incremento apropiado de peso, signos de alerta obstétrica, prevención de anemia y necesidad de asistir oportunamente a los controles prenatales. Estas intervenciones deberían adaptarse al nivel educativo y contexto social de cada adolescente.

A el Hospital Regional de Huacho y a las entidades responsables de la salud materna, establecer mecanismos de referencia y seguimiento para las adolescentes que presenten factores de riesgo o antecedentes obstétricos relevantes, con énfasis en las que manifiesten signos de amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, anemia, infección urinaria u otras complicaciones identificadas durante el seguimiento.

A los investigadores que desarrollen estudios posteriores, realizar investigaciones multicéntricas y con muestras de mayor tamaño que permitan incluir una proporción más amplia de adolescentes tempranas, adolescentes de zonas rurales y participantes pertenecientes a categorías con menor frecuencia, como bajo peso, obesidad, casadas y multigestas. Esto permitiría obtener estimaciones más precisas y mejorar la generalización de los resultados.

A futuros investigadores, considerar diseños prospectivos que posibiliten evaluar la evolución del estado nutricional, la oportunidad y calidad del control prenatal y la aparición de complicaciones a lo largo de la gestación. Asimismo, se recomienda realizar análisis multivariados que permitan controlar posibles variables de confusión y determinar cuáles factores mantienen una asociación independiente con las complicaciones obstétricas.

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

Alemán-Aguirre, F. J., Martínez-Velásquez, M. Y., & Valle-Cerros, A. F. (2023). *Factores de riesgo asociados a complicaciones maternas en pacientes adolescentes sometidas a cesáreas atendidas en el Hospital Carlos Marx, Managua, enero 2022 a enero 2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Redemptoris Mater]. Repositorio Institucional UNICA. https://repositorio.unica.edu.ni/131/

Arango, Y. A. (2023). *Factores de riesgo asociados a la anemia en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Tambo, septiembre-noviembre de 2021*. https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c0d68661-e115-467e-b6f2-e91c859e5126/content

Arévalo, P., A., 2025. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, Lima – 2022. https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f2c99b12-a2d3-4d78-a767-17f1b8a25726/content

Bonilla, J. M. (2026). *Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2024* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo]. Repositorio Institucional UNASAM. https://hdl.handle.net/20.500.14593/7985

Bravo, K., (2020). Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes, Posta Médica de Parcona – Ica - 2018 - 2019. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59187/Bravo_PKE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cisneros, A. C. D., & Iza López, L. J. (2021). *Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas* [Trabajo de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Digital UNACH. http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8370/1/5.-Cisneros%20Allan%20Cristian%20David%2c%20Iza%20L%C3%B3pez%20Luis%20Jacoob-MED.pdf

Díaz, L. H. (2024). *Factores sociodemográficos y su relación con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, Cajamarca, 2023*. https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/6864/TESIS%20LUZ%20HEL%c3%8dTA%20D%c3%8dAZ%20DELGADO.pdf?sequence=7&isAllowed=y

Goytizolo, E. (2025). *La edad materna como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2023* [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/a689112b-bb23-4dd4-a446-00e70b8dc474

Hospital Regional de Huacho. (2023). *Análisis de situación de la etapa de vida adolescente*. https://www.hdhuacho.gob.pe/Descargas/planes/RD%20288%20ANALISIS%20SITUACIONAL%20DE%20LA%20ETAPA%20VIDA%20ADOLESCENT%20-%202023.pdf

Huaringa Garcia, P. P. (2025). Factores asociados a complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en un establecimiento de salud en Huanta – Ayacucho durante el año 2019 [Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma.

Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Fecundidad y maternidad: Una mirada a la transición demográfica en Bolivia. EDSA 2023*. https://www.bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-04/EDSA2023_FecundidadMaternidad_0.pdf

Mederos, K., Espinoza, M. F., & López, Á. E. (2021). *Complicaciones perinatales asociadas al embarazo de madres adolescentes* [Trabajo de investigación, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio Institucional UNEMI. https://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5500

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2025, septiembre). *Prevención del embarazo y maternidad en niñas y adolescentes*. Subgrupo Prevención del Embarazo en Adolescentes. https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-09-26/embarazo-y-maternidad-en-ninas-y-adolescentes.pdf

Mickler, A. K., & Tollestrup, J. (2024, 28 de agosto). *Teen birth trends: In brief (R45184)*. Congressional Research Service. https://www.congress.gov/crs-product/R45184

Millán, J. P., & Ramos, S. E. (2025). *Complicaciones maternas en gestantes adolescentes del Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki de Satipo, 2023*. https://repositorio.unh.edu.pe/items/05a457b6-3d5f-4eed-8ad1-16a876627ba5

Ministerio de Salud de Nicaragua. (2018). *Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas (Normativa N.° 109)*. Gobierno de Nicaragua. https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/NIC-MN-32-01-GUIDELINE-2018-esp-Normativa-109--Protocolos-para-la-atenci%C3%B3n-de-las-complicaciones-obst%C3%A9tricas--2018.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2024, 10 de abril). *Resolución Ministerial N.° 251-2024-MINSA: Aprueban la Norma Técnica de Salud N.° 213-MINSA/DGIESP-2024, prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro*. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5440166-251-2024-minsa

Palacios, L. Y. (2025). *Complicaciones asociadas al embarazo en adolescentes del Hospital La Merced de Chanchamayo, 2023-2024*. https://repositorio.unh.edu.pe/items/5d7ccfee-9dab-4c43-9c17-aa8ac3ac3af3

Ruiz, G. (2023). *Factores de riesgo materno asociados al embarazo precoz en adolescentes del Centro de Salud Los Pinos, Milagro, 2023* [Tesis de título profesional, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/11584/4/UPSE-TEN-2024-0034.PDF

Silva, F. L. (2024). *Factores de riesgo y complicaciones del embarazo adolescente en el Hospital II-2 Tarapoto, 2023*. https://repositorio.unsm.edu.pe/item/7a5366c0-bb59-4b0d-96e1-ac5b6de5db1c

Solar, J. L. (2023). *Complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a gestantes con embarazo adolescente y/o añoso en el Hospital La Caleta, 2021*. https://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/4215

Ureta, B. M. (2025). Factores asociados a complicaciones maternas del embarazo en adolescentes en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Huánuco, 2023 [Tesis de segunda especialidad, Universidad de Huánuco]. Repositorio Institucional de la Universidad de Huánuco. https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/6423/Ureta%20Rosas,%20Bety%20Marisol.pdf?sequence=

Villasante, Y. P., & Villasante, A. A. (2025). *Evaluación nutricional de gestantes adolescentes y su influencia en el peso de neonatos del Hospital Carlos Monge*

Medrano, Juliaca, 2022. https://repositorio.continental.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/981fe917-e7d5-4c64-a41c-39b803f35cfe/content

7.2 Fuentes bibliográficas

Carrasco D, S. (2005). *Metodología de la investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación. Aplicaciones en educación y otras ciencias sociales*. San Marcos.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams obstetricia* (26.ª ed.). McGraw-Hill Education.

Real Academia Nacional de Medicina de España. (s. f.). Factor de riesgo. En *Diccionario de términos médicos*. https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=factor%20de%20riesgo

Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19*(3), 227-229. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2938757/

UNESCO. (2006). Risk factor. En K. Heggenhougen & S. Quah (Eds.), *Encyclopedia of public health* (Vol. 4, pp. 1566-1570). Springer. https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-1-4020-5614-7_3038

7.3 Fuentes hemerográficas

Aguilera, P. S., & Soothill, P. (2014). Control prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes, 25*(6), 880-886. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin No. 222. *Obstetrics & Gynecology, 135*(6), e237-e260. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Urinary tract infections in pregnant individuals. *Obstetrics & Gynecology, 142*(2), 435-445. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005269

Armijos, J., Sarango, J. Y., & Gómez, D. M. (2024). Complicaciones maternas en el embarazo adolescente: Un estudio de revisión. *Nure Investigación, 21*(132). https://doi.org/10.58722/nure.v21i132.2445

Borjas, R. A. (2023). Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes atendidas en un hospital público de Ica - Perú [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. Repositorio Institucional UNICA. https://repositorio.unica.edu.pe/items/07d0959b-7735-44a9-a95e-119f69b3d304

Camargo-Reta, A. L., Estrada-Esparza, S. Y., Reveles-Manríquez, I. J., Manzo-Castillo, J. A., Luna-López, M. C., & Flores-Padilla, L. (2022). Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. *Ginecología y Obstetricia de México, 90*(6), 495-503. https://doi.org/10.24245/gom.v90i6.6818

Chakole, S., Akre, S., Sharma, K., Wasnik, P., & Wanjari, M. B. (2022). Unwanted teenage pregnancy and its complications: A narrative review. *Cureus, 14*(12), e32662. https://doi.org/10.7759/cureus.32662

Chalco-Barrientos, G. (2025). *Factores de riesgo de complicaciones obstétricas en madres adolescentes*. *Revista Cubana de Medicina Militar, 54*(3), e025076527. https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76527

Cortez, J., & Díaz, C. (2023). Complicaciones materno-perinatales asociadas al embarazo adolescente: Un estudio de casos y controles. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal, 8*(4), o25-o32. https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.4.200

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2024). *Semana de la prevención del embarazo adolescente: Garantizar derechos, salvar vidas*.

https://peru.unfpa.org/es/news/semana-de-la-prevenci%C3%B3n-del-embarazo-adolescente-garantizar-derechos-salvar-vidas

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2025, 17 de diciembre). *El UNFPA lanza "Meta: Cero Embarazos en Adolescentes", una iniciativa para reducir brechas y promover el desarrollo integral de las juventudes*. https://bolivia.unfpa.org/es/news/el-unfpa-lanza-%E2%80%9Cmeta-cero-embarazos-en-adolescentes%E2%80%9D-una-iniciativa-para-reducir-brechas-y

Garovic, V. D., Dechend, R., Easterling, T., Karumanchi, S. A., McMurtry Baird, S., Magee, L. A., Rana, S., Vermunt, J. V., & August, P. (2022). Hypertension in pregnancy: Diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension, 79*(2), e21-e41. https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000208

Gaspar Alvarado, S. B., Luna Figueroa, A. M., & Carcelén Reluz, C. G. (2022). Anemia en madres adolescentes y su relación con el control prenatal. *Revista Cubana de Pediatría, 94*(3), e1931. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312022000300005

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. (2020). *Desarrollo durante la adolescencia: Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Pediatría Integral. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf

Herrera Maradiaga, I. M., Montes Rosales, N. B., & Gutiérrez-Ramírez, R. A. (2026). *Complicaciones perinatales asociadas a embarazo adolescente en el Hospital Escuela, Honduras. Estudio de casos y controles. Revista Médica de los Postgrados*

de Medicina UNAH, 17(1). https://www.revistamedica.org/index.php/revcog/article/view/2642

Macedo, T. C. C., Montagna, E., Trevisan, C. M., Zaia, V., de Oliveira, R., Barbosa, C. P., Laganà, A. S., & Bianco, B. (2020). Prevalence of preeclampsia and eclampsia in adolescent pregnancy: A systematic review and meta-analysis of 291,247 adolescents worldwide since 1969. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.03.043

Mahato, S., & Younjan, S. (2022). *A case control study on maternal complications of teenage pregnancy in Nepal*. *International Journal of Public Health Asia Pacific, 1*(1). https://doi.org/10.62992/ijphap.v1i1.11

Martínez-Guisasola Campa, J., & Guerrero Ibáñez, M. (2022). Embarazo y maternidad en adolescentes. *Pediatría Integral, 26*(5), 289-299. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/xxvi05/03/n5-289-299_JavierMartinez.pdf

Mazacón Roca, B., Zambrano Mazacón, J., Mesías Sevillano, L., & Blanco Liberio, L. (2025). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes que acuden al área de ginecología del Hospital General Martín Icaza. *Journal of Science and Research, 10*(III CICS). https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/3916

Múnera-Echeverri, A. G., Muñoz-Ortiz, E., & Ibarra-Burgos, J. A. (2021). Hipertensión arterial y embarazo. *Revista Colombiana de Cardiología, 28*(1), 3-13. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000100003

Obeagu, G. U., & Obeagu, E. I. (2025). Complications of anemia in pregnancy: An updated overview for healthcare professionals. *Medicine, 104*(35), e44246. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000442460

Organización Panamericana de la Salud. (2018, 28 de febrero). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. https://www.paho.org/es/noticias/28-2-2018-america-latina-caribe-tienen-segunda-tasa-mas-alta-embarazo-adolescente-mundo

Özkan, S., Dolgun, Z. N., & Yılmaz, S. (2024). PERİDER-TJOD joint review on threatened abortion and guideline for its treatment. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11894778/

Perdomo, G. (2024). El embarazo adolescente: Problema de salud pública y de vulneración de los derechos de niñas y adolescentes en Venezuela. *Comunidad y Salud, 22*(1), 13-23. https://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv22n1/art02.pdf

Plan International. (2025, septiembre). *Más de 18 mil niñas y adolescentes fueron madres este semestre*. https://plan-international.org/peru/noticias/2025/09/26/mas-de-18-mil-ninas-y-adolescentes-fueron-madres-este-semestre/

Rahman, S., Amin, S., Iqbal, T. Z., & Barkat, S. (2024). Obstetric risk factors and consequences of adolescent pregnancy. *Barind Medical College Journal, 10*(1), 41-47. https://doi.org/10.70818/bmcj.2024.v010i02.024

Salazar Quispe, E. K. (2022). *Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa, periodo de marzo de 2021 a marzo de 2022* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional UNSA. https://repositorio.unsa.edu.pe/items/50d34972-1e10-404c-9e39-e9ed4e317af9

Schmidt, P. C., & Fenner, D. E. (2022). *Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first–fourth)*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2822%2900541-5

Veiga de Cabo, J., de la Fuente Díez, E., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 54*(210), 81-88. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011

Ybaseta-Medina, J., Almeida-Galindo, J., Uribe-Quiroz, C., Ybaseta-Soto, L., & Chalco-Barrientos, G. (2025). *Factores de riesgo de complicaciones obstétricas en madres adolescentes*. *Revista Cubana de Medicina Militar, 54*(3), e025076527. https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76527

7.4 Fuentes electrónicas

Centers for Disease Control and Prevention. (2024, 15 de mayo). *Pregnancy complications*. https://www.cdc.gov/maternal-infant-health/pregnancy-complications/index.html

Dayal, S., & Hong, P. L. (2024). Premature rupture of membranes. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888/

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2025, 25 de septiembre). *Semana de la prevención del embarazo adolescente: Garantizar derechos, salvar vidas*. https://peru.unfpa.org/es/news/semana-de-la-prevenci%C3%B3n-del-embarazo-adolescente-garantizar-derechos-salvar-vidas

Instituto Nacional de Salud (2019). Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. https://observateperu.ins.gob.pe/sites/default/files/2025-02/Guia%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Gestante%20Final%20%20-%20Versi%C3%B3n%20Final%20-O6baw.pdf

Hooton, T. M. (2023). Urinary tract infections. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537047/

Hospital Regional de Huacho. (2024). *Análisis situacional de salud*. https://www.hdhuacho.gob.pe/WEB/descargas_epi/asis/ASIS_2024.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2019). *Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante*. https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/4209173-guia-tecnica-para-la-valoracion-nutricional-antropometrica-de-la-gestante

Jenkins, S. M., & Mikes, B. A. (2025). Parto prematuro. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536939/

Jiménez, M. (2025). Guía práctica de validez y confiabilidad en instrumentos de evaluación para la investigación en salud. Validación de una herramienta interactiva para el aprendizaje. https://medicina.udd.cl/innovatm/files/2025/09/validez-y-confiabilidad.pdf

Karrar, S. A., & Hong, P. L. (2023). Preeclampsia. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570611/

Mouri, M., Hall, H., & Rupp, T. J. (2024). Threatened miscarriage. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/

Mousalli-Kayat, G. (2015). *Métodos y diseños de investigación cuantitativa*. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2633.9446

Office of Research Integrity. (s. f.). *Module 3: Elements of research - Section 2: Associations and cause and effect*. U.S. Department of Health & Human Services. https://ori.hhs.gov/module-3-elements-research-section-2

Organización Mundial de la Salud. (2024, 10 de abril). *Adolescent pregnancy*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Salud del adolescente*. Recuperado el 31 de marzo de 2026, de https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Pascual, Z. N., & Langaker, M. D. (2023). Physiology, pregnancy. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559304/

ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de recolección de datos

Ficha de recolección de datos

Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2025

Registrar la información consignada en la historia clínica marcando con una X cada categoría correspondiente.

#Historia Clínica: _____

Dimensiones de la investigación

1.Factores sociodemográficos

1.1. Edad

☐ Adolescencia temprana (10-14 años) ☐ Adolescencia tardía (15-19 años)

☐ No adolescente

1.2. Estado Civil

☐ Soltera ☐ Conviviente ☐ Casada

1.3. Grado de instrucción

☐ Sin instrucción ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior

1.4. Procedencia

☐ Urbano ☐ Rural

2. Factor Antropométrico.

2.1. Índice de masa corporal

☐ Bajo peso (<18.5) ☐ Normal (18.5-24.9) ☐ Sobrepeso (25-29.9) ☐ Obesidad (>30)

2.2. Ganancia o pérdida de peso gestacional

☐ Bajo ☐ Adecuada ☐ Excesiva

3.Factores Obstétricos

3.1 Controles Prenatales

☐ <6 ☐ ≥6

3.2. Gravidez

☐ Primigesta ☐ Secundigesta ☐ Multigesta

4.Complicaciones Obstétricas

Presentó al menos una complicación obstétrica: ☐ No / ☐ Sí

4.1 Preeclampsia

☐ No ☐ Sí

4.2 Amenaza de aborto

☐ No ☐ Sí

4.3 Rotura prematura de membranas

☐ No ☐ Sí

4.4 Anemia gestacional: Hb<11 g/dL en I Y III trimestre, y Hb <10,5 g/dL en el II trimestre

☐ No ☐ Sí

4.5 Infecciones urinarias

☐ No ☐ Sí

4.6. Amenaza de parto pretérmino

☐ No ☐ Sí

4.7 Desproporción céfalo - pélvica

☐ No ☐ Sí

4.8 Trauma perineal

☐ No ☐ Sí

ANEXO 2: Juicio de expertos

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EVALUADORES

Dr/a._____, especialista en el área de_____, se le solicita su revisión y opinión del instrumento teniendo como base a los criterios que se presentan a continuación.

CRITERIOS	**TA**	**A**	**I**	**D**	**TD**
1. ¿El instrumento recopila información adecuada para responder el problema de investigación?					
2. ¿El objetivo propuesto responde a los objetivos de estudio?					
3. ¿La estructura del instrumento es adecuada?					
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?					
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?					
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?					
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?					
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?					
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?					
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?					

Nota: TD, totalmente en desacuerdo; D, en desacuerdo; I, indiferente; A, de acuerdo; TA, totalmente de acuerdo

Observaciones y sugerencias:

_____

_____

…….

Firma y sello del experto

ANEXO 3: Validación de instrumento

En relación con el juicio de expertos, se solicitará la calificación a 5 evaluadores, siendo los cinco especialistas en ginecología y obstetricia; cuyas respuestas se reflejaron en el cuestionario sobre el instrumento a emplear donde:

CATEGORÍA	**TD**	**D**	**I**	**A**	**TA**
VALOR	0	1	2	3	4

Para obtener el valor de V de Aiken se utilizará la siguiente formula:

$$V = \frac{S}{n(c-1)}$$

Donde:

- S = suma de la valoración total de todos los expertos por ítems
- n = número de expertos que participaron en el estudio
- c = número de niveles de la escala de valoración utilizada

Jiménez, M. (2025), nos indica que la prueba de V de Aiken es un coeficiente estadístico que cuantifica la validez del contenido del instrumento mediante el juicio de expertos, estima la validez de contenido ponderando la percepción de los jueces sobre la relevancia de cada ítem.

Se utilizó la prueba de Aiken por lo cual a continuación se muestra la matriz de expertos que participaron en el proceso de validación:

	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10
Evaluador 1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
Evaludaor 2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Evaluador 3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Evaluador 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Evaluador 5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Total (S)	20	20	19	20	20	20	20	20	20	20
V de Aiken	1	1	0.95	1	1	1	1	1	1	1

Cálculo del coeficiente general de validez de contenido del instrumento:

$$Vc = \frac{V}{N}$$

Donde:

Vc: coeficiente general de validez de contenido del instrumento

V: sumatoria de los coeficientes de validez de contenido de todos los ítems

N: número de ítems de instrumento

$$Vc = \frac{1 + 1 + 1 + 0.95 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1}{10}$$

$$Vc = \frac{9.95}{10}$$

$$Vc = 0.995$$

Su interpretación es de la siguiente forma:

Valor de V de Aiken	**Interpretación de validez de contenido**
≥ 0.90	Muy alta validez
0.80 – 0.89	Alta validez
0.70 – 0.79	Validez aceptable con reservas
< 0.70	Baja validez; ítem dese ser revisado

Por lo cual el valor de V de Aiken para la evaluación del instrumento se interpreta como de muy alta validez.

ANEXO 4: **Cuestionarios de validación de instrumento**

ANEXO 2. Juicio de expertos

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EVALUADORES

Dr/a. Indira Covarrubias Burga Ugarte, especialista en el área de Ginecobstetricia, se le solicita su revisión y opinión del instrumento teniendo como base a los criterios que se presentan a continuación.

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recopila información adecuada para responder el problema de investigación?	4				
2. ¿El objetivo propuesto responde a los objetivos de estudio?	4				
3. ¿La estructura del instrumento es adecuada?	4				
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?		3			
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?	4				
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?	4				
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?	4				
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?	4				

Nota: TD, totalmente en desacuerdo; D, en desacuerdo; I, indiferente; A, de acuerdo; TA, totalmente de acuerdo

Observaciones y sugerencias:

Firma y sello del experto

DRA. INDIRA G. BURGA UGARTE
C.M.P. 36429 R.N.E. 19473
GINECO - OBSTETRA

ANEXO 2. Juicio de expertos

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EVALUADORES

Dr/a. Bravo Garcia Victor, especialista en el área de Ginecologia obstetricia, se le solicita su revisión y opinión del instrumento teniendo como base a los criterios que se presentan a continuación.

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recopila información adecuada para responder el problema de investigación?	4				
2. ¿El objetivo propuesto responde a los objetivos de estudio?	4				
3. ¿La estructura del instrumento es adecuada?	4				
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?	4				
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?	4				
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?	4				
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?	4				
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?	4				

Nota: TD, totalmente en desacuerdo; D, en desacuerdo; I, indiferente; A, de acuerdo; TA, totalmente de acuerdo

Observaciones y sugerencias:



Firma y sello del experto

ANEXO 2. Juicio de expertos

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EVALUADORES

Dr/a. Reynaldo Gavidia Núñez, especialista en el área de Ginecología y Obstetricia, se le solicita su revisión y opinión del instrumento teniendo como base a los criterios que se presentan a continuación.

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recopila información adecuada para responder el problema de investigación?	4				
2. ¿El objetivo propuesto responde a los objetivos de estudio?	4				
3. ¿La estructura del instrumento es adecuada?	4				
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?	4				
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?	4				
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?	4				
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?	4				
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?	4				

Nota: TD, totalmente en desacuerdo; D, en desacuerdo; I, indiferente; A, de acuerdo; TA, totalmente de acuerdo

Observaciones y sugerencias:

Dr. Reynaldo Gavidia Núñez
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
CMP: 31498 RNE: 45583

Firma y sello del Experto

ANEXO 2. Juicio de expertos

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EVALUADORES

Dr/a. CARLOS ENRIQUE BERNAL CAMIO, especialista en el área de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA se le solicita su revisión y opinión del instrumento teniendo como base a los criterios que se presentan a continuación.

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recopila información adecuada para responder el problema de investigación?	4				
2. ¿El objetivo propuesto responde a los objetivos de estudio?	4				
3. ¿La estructura del instrumento es adecuada?	4				
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?	4				
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?	4				
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?	4				
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?	4				
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?	4				

Nota: TD, totalmente en desacuerdo; D, en desacuerdo; I, indiferente; A, de acuerdo; TA, totalmente de acuerdo

Observaciones y sugerencias:

Dr. Carlos E. Bernal Camio
CMP 37838 RNE 036296
MEDICO GINECO
Firma y sello del experto

ANEXO 2. Juicio de expertos

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EVALUADORES

Dr/a. Miguel Martin Fernandez Alvarez, especialista en el área de Ginecología y Obstetricia, se le solicita su revisión y opinión del instrumento teniendo como base a los criterios que se presentan a continuación.

CRITERIOS	TA	A	I	D	TD
1. ¿El instrumento recopila información adecuada para responder el problema de investigación?	4				
2. ¿El objetivo propuesto responde a los objetivos de estudio?	4				
3. ¿La estructura del instrumento es adecuada?	4				
4. ¿El instrumento propuesto es adecuado?	4				
5. ¿La secuencia presentada de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
6. ¿El instrumento de medición representa verdaderamente las variables de investigación?	4				
7. ¿Los ítems son claros y entendibles?	4				
8. ¿El número de ítems es adecuado para su aplicación?	4				
9. ¿Las modalidades de respuesta son adecuadas para los ítems?	4				
10. ¿Los ítems presentan codificación de respuesta?	4				

Nota: TD, totalmente en desacuerdo; D, en desacuerdo; I, indiferente; A, de acuerdo; TA, totalmente de acuerdo

Observaciones y sugerencias:

_____

_____



.....

Firma y sello del experto

ANEXO 5: Matriz de consistencia

Título: "Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2025"

Problema	Objetivos	Hipótesis	Dimensiones	Indicadores	Metodología
Problema general ¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y la presencia de complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante el año 2025? **Problema Específicos** **Problema Específico 1** ¿Qué asociación existe entre los factores sociodemográficos y la presencia de complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025? **Problema Específico 2** ¿Qué asociación existe entre los factores antropométricos y la presencia de complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025? **Problema Específico 3** ¿Qué asociación existe entre los factores obstétricos y la presencia de complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital	**Objetivo general** Establecer la asociación de los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025. **Objetivos específicos** **Objetivo específico 1** Establecer la asociación que existe entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025 **Objetivo específico 2** Establecer la asociación que existe entre los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025. **Objetivo específico 3** Establecer la asociación que existe entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el	**Hipótesis general:** Existe una asociación significativa entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025. **Hipótesis específicas:** **Ha1:** Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025. **Ha2:** Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores antropométricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025. **Ha3:** Existe asociación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas durante la gestación en	**Variable X:** **Factores de riesgo** **Dimensiones:** • Sociodemográficos • Antropométricos • Obstétricos	$X_{1.1:}$ Edad: • Adolescencia temprana (10-14) • Adolescencia tardía (15-19) $X_{1.2:}$: Estado civil • Soltera • Conviviente • Casada $X_{1.3}$: Procedencia • Rural • Urbano $X_{1.4}$: Grado de instrucción • Ninguno • Primaria • Secundaria • Superior $X_{2.1}$: Índice de masa • Bajo peso (<18.5) • Normal (18.5–24.9) • Sobrepeso (25–29.9) • Obesidad (≥30) $X_{2.2}$: Ganancia o perdida de peso • Bajo • Adecuado • Excesivo $X_{3.1}$: Controles prenatales • <6 • ≥6 $X_{3.2}$: Gravidez	**Diseño metodológico** **Población: 382** **Muestra: 196 (98 casos y 98 controles)** **Muestreo: No probabilístico** **Tipo de Investigación** • **Según la intervención del investigador:** Observacional • **Según la planificación:** Retrospectivo**,** Transversal • **Según el número de variables:** Analítico, Correlacional, de naturaleza no experimental de casos y controles **Instrumento:** Ficha de recolección de datos Técnica de recolección: revisión documental de historias clínicas

Regional de Huacho 2025?	Hospital Regional de Huacho 2025.	adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2025.		• Primigesta • Secundigesta • Multigesta

Problema	**Objetivos**	**Hipótesis**	**Dimensiones**	**Indicadores**	**Metodología**
			Variable Y: Complicaciones Obstétricas **Dimensiones:** • Obstétricas	$Y_{1.1}$: Preeclampsia • Si • No $Y_{1.2}$: Amenaza de aborto • Si • No $Y_{1.3}$: Amenaza de parto pretérmino • Si • No $Y_{1.4}$: Rotura prematura de membranas • Si • No $Y_{1.5}$: Infecciones urinarias • Si • No $Y_{1.6}$: Anemia gestacional • Si • No $Y_{1.7}$: Desproporción céfalo - pélvica • Sí • No $Y_{1.8}$: Trauma perineal • Si • No	

ANEXO 6: Solicitud de permiso institucional

-

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

SOLICITO:

-Permiso para acceder a historias clínicas para ejecución un estudio de investigación.

HOSPITAL REGIONAL HUACHO
TRAMITE DOCUMENTARIO
03 JUN. 2026
RECIBIDO
Exp.N° 4339047 Doc. 7542406
Hora: 20:26 Firma:

SEÑOR:

.....

DIRECTOR EJECUTIVO
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYÓN Y SBS
Presente. -

Yo, Ignacio Tarco Lhostem Pampayo ....., identificado(a) con DNI N.° 43233605, con domicilio en Av. Los Alisos Mz DN Lte 16b Pampa de Palos San Martín de Porres, ante usted me presento y respetuosamente expongo:

Que, en mi condición de bachiller de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, solicito a usted permiso para realizar la revisión de historias clínicas del servicio de Ginecología y obstetricia, como parte de la ejecución/prueba piloto (excluyente) de la investigación titulada Factores de Riesgo asociado a complicaciones obstetricas en gestantes adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Huacho 2025, a fin de obtener el grado/título de Medico cirujano.

1. Resolución o documento de aprobación del proyecto/plan/protocolo de investigación.
2. Proyecto/plan/protocolo de investigación completo en digital (CD).
3. Resumen del proyecto/plan/protocolo de investigación.
4. Matriz de consistencia.
5. Instrumento de recolección de datos.
6. Consentimiento informado (cuando corresponda).
7. Copia de DNI.

Por lo expuesto: ruego a usted acceder a mi solicitud.

Huacho, 03 de junio del 2026

Firma:

Nombre y apellidos Ignacio Tarco Lhostem
DNI N° 43233605
WhatsApp: 990523744
Correo: ignaciotarco@gmail.com

ANEXO 7: Autorización para revisión de historias clínicas



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Unidad de Estadística e Informática
DOC.: 7582909
EXP: 4339047

MEMORANDO N°219-2026-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-UDEI

A : M.I. LEONARDO VALLADARES ESPINOZA
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ASUNTO : AUTORIZACIÓN REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

REF. : DOC.: 7549406 / EXP. 4339047

FECHA : Huacho, 12 de junio del 2026

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ... DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
12 JUN 2026
RECIBIDO

Me dirijo a Usted, para saludarla y en atención al documento de la referencia, emito opinión favorable para la revisión de historias clínicas a Don: **AGURTO TORRES EHISTEM POMPEYO** identificado con **DNI N° 43232605** y **GIANCARLO DELGADO VEGAS** identificado con **DNI N° 71831358** egresados de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión con el fin de recopilar información para realizar su tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con los interesados, sobre los días viables para la revisión de historias clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto tengo a bien informar para su conocimiento y fines.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y S.B.S.
M.I. LEONARDO VALLADARES ESPINOZA
JEFE UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y S.B.S.
Ing. MILTON GUIMBES CHAFALOTE
C.I.P. 88583
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA

ANEXO 8: Constancia de revisión de historias clínicas

«AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA»

CONSTANCIA

REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del **HOSPITAL HUACHO – HUAURA – OYÓN Y SBS,** hace constatar:

Mediante el presente hago constatar que los datos registrados en el Proyecto de Tesis titulado: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2025-"** elaborado por el Bachiller **DELGADO VEGAS, GIANCARLO, AGURTO TORRES, EHISTEM POMPEYO,** aspirantes al Título profesional de Médico Cirujano, fueron obtenidos de los archivos de las Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho los cuales son válidos y confiables para ser aplicados en el logro de los objetivos que se planteen en la investigación.

Huacho, 11 de Agosto del 2026

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIM.
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA
HOSPITAL HUACHO - HUAURA OYON SBS

Tec. MARIO JOSE CEVERINO RODRIGUEZ
JEFE DE AREA DE REGISTRO MEDICO

Escaneado con CamScanner

ANEXO 9: Recolección de datos



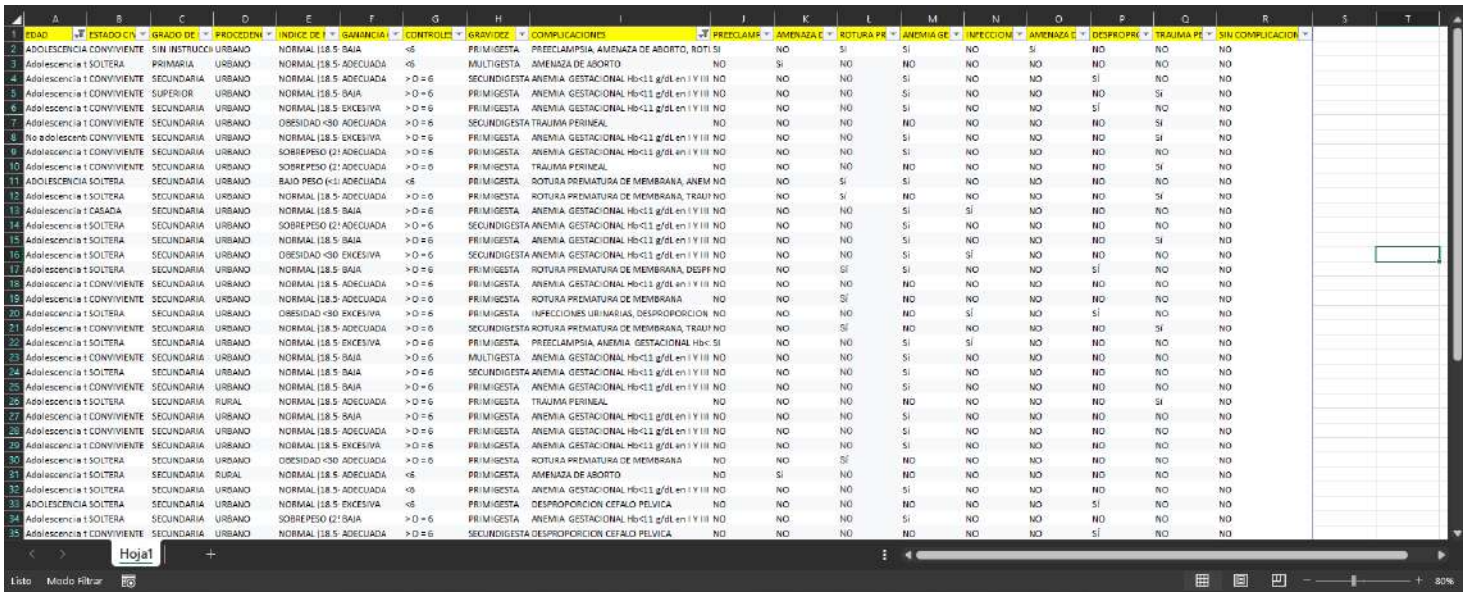






ANEXO 10: Procesamiento de datos

Casos: Adolescentes con complicaciones

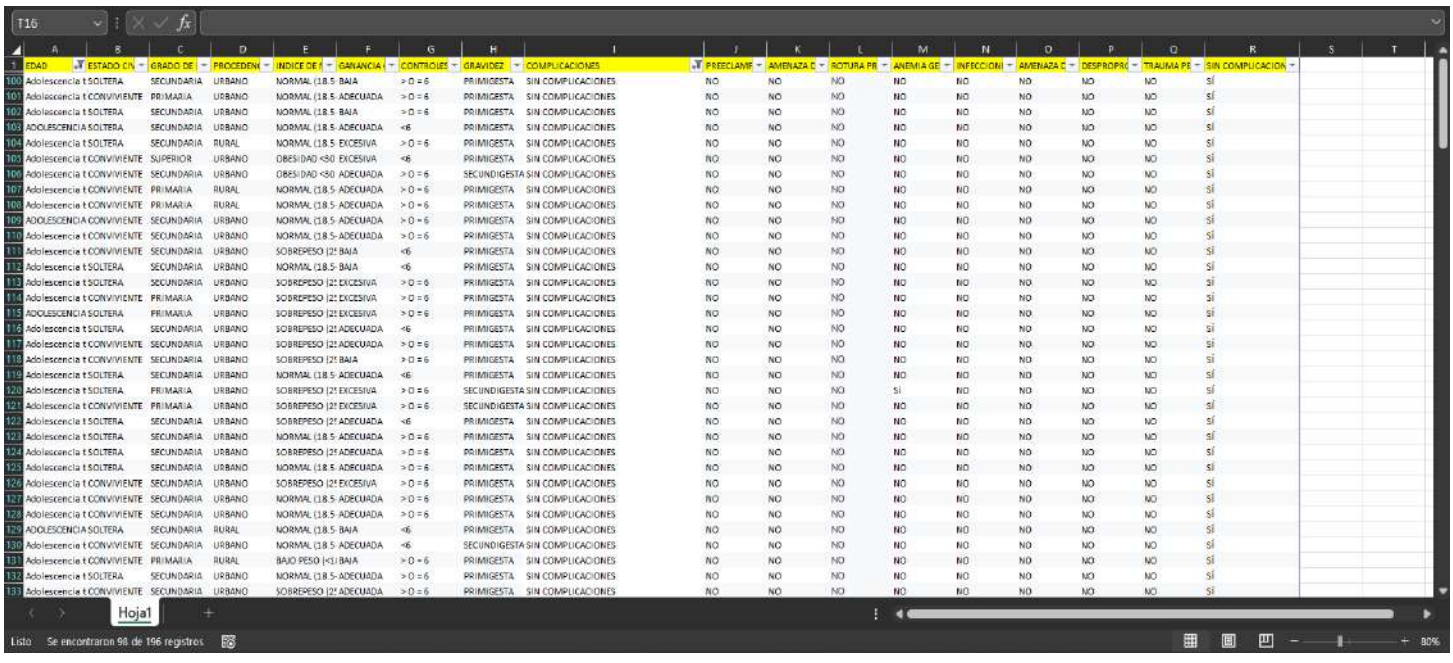


EDAD	ESTADO CIV	GRADO DE I	PROCEDENI	INDICE DE I	GANANCIA I	CONTROLES	GRAVIDEZ	COMPLICACIONES	PREECLAMP	AMENAZA D	ROTURA PR	ANEMIA GE	INFECCION	AMENAZA D	DESPROPR	TRAUMA PE	SIN COMPLICACION
ADOLESCENCIA	CONVIVIENTE	SIN INSTRUCCI	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	<6	PRIMIGESTA	PREECLAMPSIA, AMENAZA DE ABORTO, ROTI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	PRIMARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	<6	MULTIGESTA	AMENAZA DE ABORTO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	SECUNDIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SÍ	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SUPERIOR	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SÍ	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	OBESIDAD <30	ADECUADA	> O = 6	SECUNDIGESTA	TRAUMA PERINEAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
No adolescenti	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	TRAUMA PERINEAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
ADOLESCENCIA	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	BAJO PESO (<1	ADECUADA	<6	PRIMIGESTA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, ANEM	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, TRAU	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Adolescencia t	CASADA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	SÍ	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	ADECUADA	> O = 6	SECUNDIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	OBESIDAD <30	EXCESIVA	> O = 6	SECUNDIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	SÍ	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, DESPR	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SÍ	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 0	PRIMIGESTA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	OBESIDAD <30	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	INFECCIONES URINARIAS, DESPROPORCION	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SÍ	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	SECUNDIGESTA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, TRAU	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	PREECLAMPSIA, ANEMIA GESTACIONAL Hb<	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	MULTIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	SECUNDIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	RURAL	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	TRAUMA PERINEAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	OBESIDAD <30	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	RURAL	NORMAL (18.5	ADECUADA	<6	PRIMIGESTA	AMENAZA DE ABORTO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	<6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ADOLESCENCIA	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	EXCESIVA	<6	PRIMIGESTA	DESPROPORCION CEFALO PELVICA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	ANEMIA GESTACIONAL Hb<11 g/dL en I Y III	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	SECUNDIGESTA	DESPROPORCION CEFALO PELVICA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO

Hoja1

Listo Modo Filtrar

Controles: Adolescentes sin complicaciones

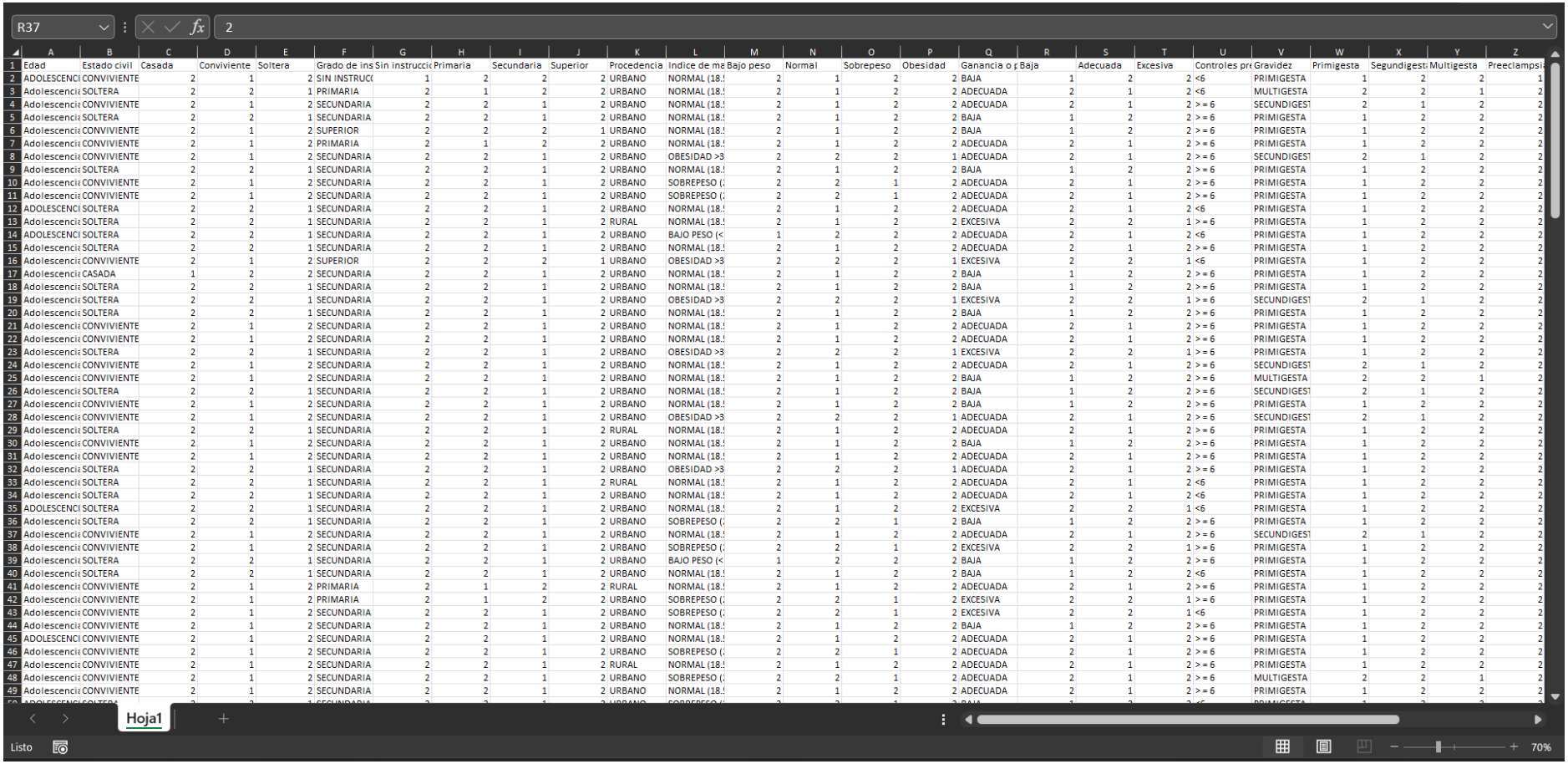


EDAD	ESTADO CIV	GRADO DE I	PROCEDENI	INDICE DE I	GANANCIA I	CONTROLES	GRAVIDEZ	COMPLICACIONES	PREECLAMP	AMENAZA D	ROTURA PR	ANEMIA GE	INFECCION	AMENAZA D	DESPROPR	TRAUMA PE	SIN COMPLICACION
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	PRIMARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
ADOLESCENCIA	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	<6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	RURAL	NORMAL (18.5	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SUPERIOR	URBANO	OBESIDAD <30	EXCESIVA	<6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	OBESIDAD <30	ADECUADA	> O = 6	SECUNDIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	PRIMARIA	RURAL	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	PRIMARIA	RURAL	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
ADOLESCENCIA	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	BAJA	<6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	BAJA	<6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	PRIMARIA	URBANO	SOBREPESO (2	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
ADOLESCENCIA	SOLTERA	PRIMARIA	URBANO	SOBREPESO (2	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	ADECUADA	<6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	<6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	PRIMARIA	URBANO	SOBREPESO (2	EXCESIVA	> O = 6	SECUNDIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	PRIMARIA	URBANO	SOBREPESO (2	EXCESIVA	> O = 6	SECUNDIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	ADECUADA	<6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	EXCESIVA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
ADOLESCENCIA	SOLTERA	SECUNDARIA	RURAL	NORMAL (18.5	BAJA	<6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	<6	SECUNDIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	PRIMARIA	RURAL	BAJO PESO (<1	BAJA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	SOLTERA	SECUNDARIA	URBANO	NORMAL (18.5	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Adolescencia t	CONVIVIENTE	SECUNDARIA	URBANO	SOBREPESO (2	ADECUADA	> O = 6	PRIMIGESTA	SIN COMPLICACIONES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ

Hoja1

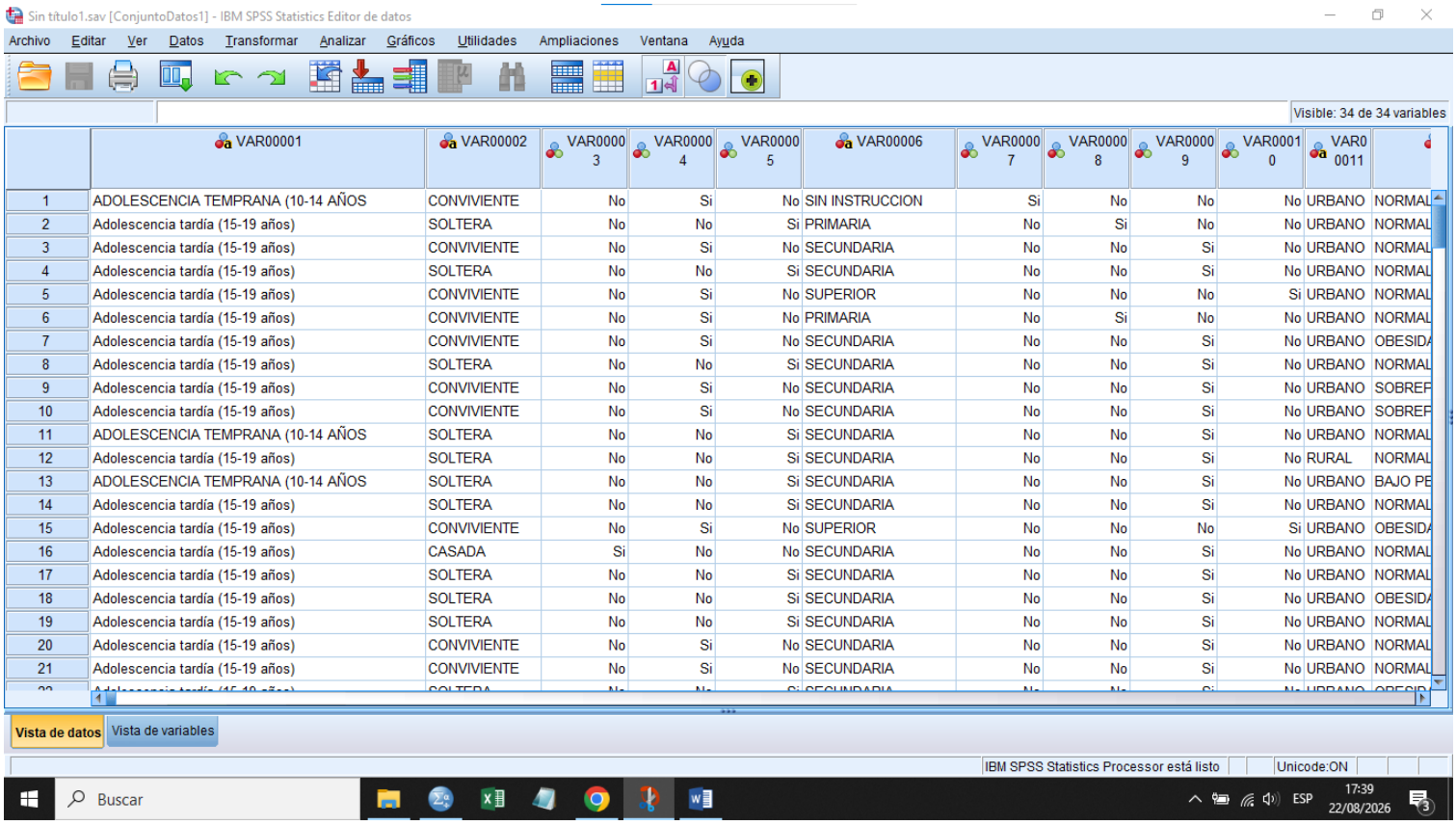
Listo Se encontraron 98 de 196 registros

d



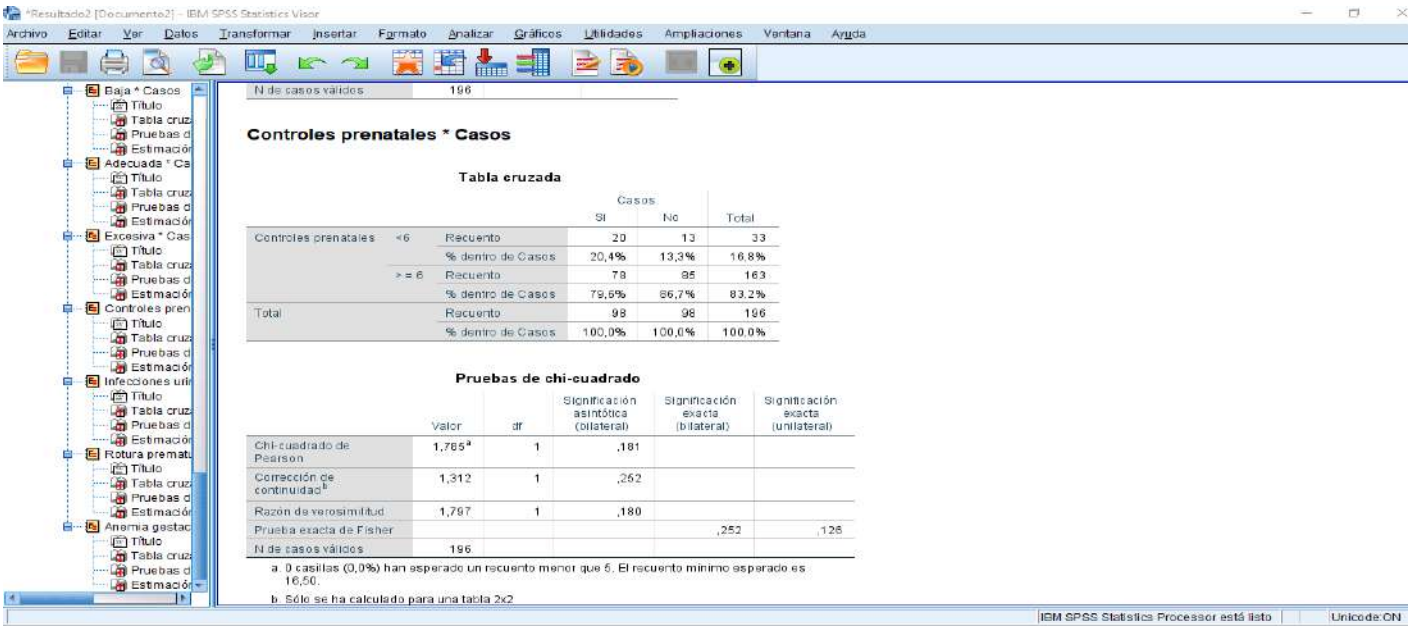
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	Edad	Estado civil	Casada	Conviviente	Soltera	Grado de ins	Sin instrucci	Primaria	Secundaria	Superior	Procedencia	Indice de ma	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Ganancia o p	Baja	Adecuada	Excesiva	Controles pre	Gravidez	Primigesta	Segundigest	Multigesta	Preeclampsi
2	ADOLESCENCI	CONVIVIENTE	2	1	2	SIN INSTRUC	1	2	2	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	1
3	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	PRIMARIA	2	1	2	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	<6	MULTIGESTA	2	2	1	2
4	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	SECUNDIGEST	2	1	2	2
5	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
6	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SUPERIOR	2	2	2	1	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
7	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	PRIMARIA	2	1	2	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
8	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	OBESIDAD >3	2	2	2	1	ADECUADA	2	1	2	> = 6	SECUNDIGEST	2	1	2	2
9	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
10	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	SOBREPESO (2	2	2	1	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
11	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	SOBREPESO (2	2	2	1	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
12	ADOLESCENCI	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
13	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	RURAL	NORMAL (18.5	2	1	2	2	EXCESIVA	2	2	1	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
14	ADOLESCENCI	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	BAJO PESO (<	1	2	2	2	ADECUADA	2	1	2	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
15	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
16	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SUPERIOR	2	2	2	1	URBANO	OBESIDAD >3	2	2	2	1	EXCESIVA	2	2	1	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
17	Adolescencia	CASADA	1	2	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
18	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
19	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	OBESIDAD >3	2	2	2	1	EXCESIVA	2	2	1	> = 6	SECUNDIGEST	2	1	2	2
20	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
21	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
22	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
23	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	OBESIDAD >3	2	2	2	1	EXCESIVA	2	2	1	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
24	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	SECUNDIGEST	2	1	2	2
25	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	MULTIGESTA	2	2	1	2
26	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	SECUNDIGEST	2	1	2	2
27	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
28	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	OBESIDAD >3	2	2	2	1	ADECUADA	2	1	2	> = 6	SECUNDIGEST	2	1	2	2
29	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	RURAL	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
30	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
31	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
32	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	OBESIDAD >3	2	2	2	1	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
33	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	RURAL	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
34	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
35	ADOLESCENCI	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	EXCESIVA	2	2	1	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
36	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	SOBREPESO (2	2	2	1	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
37	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	SECUNDIGEST	2	1	2	2
38	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	SOBREPESO (2	2	2	1	2	EXCESIVA	2	2	1	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
39	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	BAJO PESO (<	1	2	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
40	Adolescencia	SOLTERA	2	2	1	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
41	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	PRIMARIA	2	1	2	2	RURAL	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
42	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	PRIMARIA	2	1	2	2	URBANO	SOBREPESO (2	2	2	1	2	EXCESIVA	2	2	1	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
43	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	SOBREPESO (2	2	2	1	2	EXCESIVA	2	2	1	<6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
44	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	BAJA	1	2	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
45	ADOLESCENCI	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
46	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	SOBREPESO (2	2	2	1	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
47	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	RURAL	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2
48	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	SOBREPESO (2	2	2	1	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	MULTIGESTA	2	2	1	2
49	Adolescencia	CONVIVIENTE	2	1	2	SECUNDARIA	2	2	1	2	URBANO	NORMAL (18.5	2	1	2	2	ADECUADA	2	1	2	> = 6	PRIMIGESTA	1	2	2	2

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences



	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR0 0011	
1	ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-14 AÑOS	CONVIVIENTE	No	Si	No	SIN INSTRUCCION	Si	No	No	No	URBANO	NORMAL
2	Adolescencia tardía (15-19 años)	SOLTERA	No	No	Si	PRIMARIA	No	Si	No	No	URBANO	NORMAL
3	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
4	Adolescencia tardía (15-19 años)	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
5	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	SUPERIOR	No	No	No	Si	URBANO	NORMAL
6	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	PRIMARIA	No	Si	No	No	URBANO	NORMAL
7	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	OBESIDA
8	Adolescencia tardía (15-19 años)	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
9	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	SOBREP
10	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	SOBREP
11	ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-14 AÑOS	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
12	Adolescencia tardía (15-19 años)	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	RURAL	NORMAL
13	ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-14 AÑOS	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	BAJO PE
14	Adolescencia tardía (15-19 años)	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
15	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	SUPERIOR	No	No	No	Si	URBANO	OBESIDA
16	Adolescencia tardía (15-19 años)	CASADA	Si	No	No	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
17	Adolescencia tardía (15-19 años)	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
18	Adolescencia tardía (15-19 años)	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	OBESIDA
19	Adolescencia tardía (15-19 años)	SOLTERA	No	No	Si	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
20	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL
21	Adolescencia tardía (15-19 años)	CONVIVIENTE	No	Si	No	SECUNDARIA	No	No	Si	No	URBANO	NORMAL


*Resultado2 [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor
Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda
Título
Notas
Resumen de p
Edad * Casos
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Estado civil * C
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Caseda * Caso
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Normal * Caso
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Sobrepeso * C
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Obesidad * Ca
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Ganancia o pe
Título
Ganancia o perdida de peso gestacional * Casos
Tabla cruzada
Ganancia o perdida de peso gestacional
ADECUADA
BAJA
EXCESIVA
Total
Recuento
% dentro de Casos
Casos
Si
No
Total
50 71 121
61,0% 72,4% 61,7%
24 8 32
24,5% 8,2% 16,3%
24 19 43
24,5% 19,4% 21,9%
98 98 196
100,0% 100,0% 100,0%
Pruebas de chi-cuadrado
Valor
df
Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson 12,226a 2 ,002
Razón de verosimilitud 12,619 2 ,002
N de casos válidos 196
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,00.
Estimación de riesgo
Valor


*Resultado2 [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor
Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda
Baja * Casos
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Adecuada * Ca
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Excesiva * Cas
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Controles pren
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Infecciones urin
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Rotura prematu
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
Anemia gestac
Título
Tabla cruz
Pruebas d
Estimación
N de casos válidos 196
Controles prenatales * Casos
Tabla cruzada
Controles prenatales
<6
>= 6
Total
Recuento
% dentro de Casos
Casos
Si
No
Total
20 13 33
20,4% 13,3% 16,8%
78 85 163
79,6% 86,7% 83,2%
98 98 196
100,0% 100,0% 100,0%
Pruebas de chi-cuadrado
Valor
df
Significación asintótica (bilateral)
Significación exacta (bilateral)
Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson 1,765a 1 ,181
Corrección de continuidadb 1,312 1 ,252
Razón de verosimilitud 1,797 1 ,180
Prueba exacta de Fisher ,252 ,126
N de casos válidos 196
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,50.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2
IBM SPSS Statistics Processor está listo
Unicode:ON

Factores		Preeclampsia			Amenaza de aborto			Rotura prematura de membranas		
		Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)	Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)	Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)
Edad	Adolescencia tardía (15-19 años)	1(50,0%)	185(95,4%)	186(94,9%)	2(100,0%)	184(94,8%)	186(94,9%)	21(91,3%)	165(95,4%)	186(94,9%)
	ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-14 AÑOS	1(50,0%)	9(4,6%)	10(5,1%)	0(0,0%)	10(5,2%)	10(5,1%)	2(8,7%)	8(4,6%)	10(5,1%)
Estado civil	CASADA	0(0,0%)	2(1,0%)	2(1,0%)	0(0,0%)	2(1,0%)	2(1,0%)	0(0,0%)	2(1,2%)	2(1,0%)
	CONVIVIENTE	2(100,0%)	98(50,5%)	100(51,0%)	0(0,0%)	100(51,5%)	100(51,0%)	11(47,8%)	89(51,4%)	100(51,0%)
	SOLTERA	0(0,0%)	94(48,5%)	94(48,0%)	2(100,0%)	92(47,4%)	94(48,0%)	12(52,2%)	82(47,4%)	94(48,0%)
Grado de instrucción	PRIMARIA	0(0,0%)	14(7,2%)	14(7,1%)	1(50,0%)	13(6,7%)	14(7,1%)	1(4,3%)	13(7,5%)	14(7,1%)
	SECUNDARIA	1(50,0%)	170(87,6%)	171(87,2%)	1(50,0%)	170(87,6%)	171(87,2%)	20(87,0%)	151(87,3%)	171(87,2%)
	SIN INSTRUCCION	1(50,0%)	0(0,0%)	1(0,5%)	0(0,0%)	1(0,5%)	1(0,5%)	1(4,3%)	0(0,0%)	1(0,5%)
	SUPERIOR	0(0,0%)	10(5,2%)	10(5,1%)	0(0,0%)	10(5,2%)	10(5,1%)	1(4,3%)	9(5,2%)	10(5,1%)
Procedencia	RURAL	0(0,0%)	13(6,7%)	13(6,6%)	1(50,0%)	12(6,2%)	13(6,6%)	3(13,0%)	10(5,8%)	13(6,6%)
	URBANO	2(100,0%)	181(93,3%)	183(93,4%)	1(50,0%)	182(93,8%)	183(93,4%)	20(87,0%)	163(94,2%)	183(93,4%)
Índice de masa corporal	BAJO PESO (<18.5)	0(0,0%)	4(2,1%)	4(2,0%)	0(0,0%)	4(2,1%)	4(2,0%)	2(8,7%)	2(1,2%)	4(2,0%)
	NORMAL (18.5-24.9)	2(100,0%)	108(55,7%)	110(56,1%)	2(100,0%)	108(55,7%)	110(56,1%)	16(69,6%)	94(54,3%)	110(56,1%)
	OBESIDAD >30	0(0,0%)	11(5,7%)	11(5,6%)	0(0,0%)	11(5,7%)	11(5,6%)	2(8,7%)	9(5,2%)	11(5,6%)
	SOBREPESO (25-29.9)	0(0,0%)	71(36,6%)	71(36,2%)	0(0,0%)	71(36,6%)	71(36,2%)	3(13,0%)	68(39,3%)	71(36,2%)
Ganancia o pérdida de peso gestacional	ADECUADA	1(50,0%)	120(61,9%)	121(61,7%)	2(100,0%)	119(61,3%)	121(61,7%)	13(56,5%)	108(62,4%)	121(61,7%)
	BAJA	1(50,0%)	31(16,0%)	32(16,3%)	0(0,0%)	32(16,5%)	32(16,3%)	6(26,1%)	26(15,0%)	32(16,3%)
	EXCESIVA	0(0,0%)	43(22,2%)	43(21,9%)	0(0,0%)	43(22,2%)	43(21,9%)	4(17,4%)	39(22,5%)	43(21,9%)

Controles prenatales	<6	1(50,0%)	32(16,5%)	33(16,8%)	2(100,0%)	31(16,0%)	33(16,8%)	4(17,4%)	29(16,8%)	33(16,8%)
	> = 6	1(50,0%)	162(83,5%)	163(83,2%)	0(0,0%)	163(84,0%)	163(83,2%)	19(82,6%)	144(83,2%)	163(83,2%)
Gravidez	MULTIGESTA	0(0,0%)	3(1,5%)	3(1,5%)	1(50,0%)	2(1,0%)	3(1,5%)	0(0,0%)	3(1,7%)	3(1,5%)
	PRIMIGESTA	2(100,0%)	168(86,6%)	170(86,7%)	1(50,0%)	169(87,1%)	170(86,7%)	19(82,6%)	151(87,3%)	170(86,7%)
	SECUNDIGESTA	0(0,0%)	23(11,9%)	23(11,7%)	0(0,0%)	23(11,9%)	23(11,7%)	4(17,4%)	19(11,0%)	23(11,7%)

Factores		Anemia gestacional			Infecciones urinarias			Amenaza de parto pretérmino		
		Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)	Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)	Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)
Edad	Adolescencia tardía (15-19 años)	42(91,3%)	144(96,0%)	186(94,9%)	10(100,0%)	176(94,6%)	186(94,9%)	7(87,5%)	179(95,2%)	186(94,9%)
	ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-14 AÑOS	4(8,7%)	6(4,0%)	10(5,1%)	0(0,0%)	10(5,4%)	10(5,1%)	1(12,5%)	9(4,8%)	10(5,1%)
Estado civil	CASADA	1(2,2%)	1(0,7%)	2(1,0%)	1(10,0%)	1(0,5%)	2(1,0%)	1(12,5%)	1(0,5%)	2(1,0%)
	CONVIVIENTE	24(52,2%)	76(50,7%)	100(51,0%)	4(40,0%)	96(51,6%)	100(51,0%)	5(62,5%)	95(50,5%)	100(51,0%)
	SOLTERA	21(45,7%)	73(48,7%)	94(48,0%)	5(50,0%)	89(47,8%)	94(48,0%)	2(25,0%)	92(48,9%)	94(48,0%)
Grado de instrucción	PRIMARIA	2(4,3%)	12(8,0%)	14(7,1%)	1(10,0%)	13(7,0%)	14(7,1%)	2(25,0%)	12(6,4%)	14(7,1%)
	SECUNDARIA	40(87,0%)	131(87,3%)	171(87,2%)	8(80,0%)	163(87,6%)	171(87,2%)	4(50,0%)	167(88,8%)	171(87,2%)
	SIN INSTRUCCION	1(2,2%)	0(0,0%)	1(0,5%)	0(0,0%)	1(0,5%)	1(0,5%)	1(12,5%)	0(0,0%)	1(0,5%)
	SUPERIOR	3(6,5%)	7(4,7%)	10(5,1%)	1(10,0%)	9(4,8%)	10(5,1%)	1(12,5%)	9(4,8%)	10(5,1%)
Procedencia	RURAL	4(8,7%)	9(6,0%)	13(6,6%)	0(0,0%)	13(7,0%)	13(6,6%)	0(0,0%)	13(6,9%)	13(6,6%)
	URBANO	42(91,3%)	141(94,0%)	183(93,4%)	10(100,0%)	173(93,0%)	183(93,4%)	8(100,0%)	175(93,1%)	183(93,4%)
Índice de masa corporal	BAJO PESO (<18.5)	2(4,3%)	2(1,3%)	4(2,0%)	0(0,0%)	4(2,2%)	4(2,0%)	0(0,0%)	4(2,1%)	4(2,0%)

	NORMAL (18.5-24.9)	34(73,9%)	76(50,7%)	110(56,1%)	7(70,0%)	103(55,4%)	110(56,1%)	6(75,0%)	104(55,3%)	110(56,1%)
	OBESIDAD >30	1(2,2%)	10(6,7%)	11(5,6%)	2(20,0%)	9(4,8%)	11(5,6%)	0(0,0%)	11(5,9%)	11(5,6%)
	SOBREPESO (25-29.9)	9(19,6%)	62(41,3%)	71(36,2%)	1(10,0%)	70(37,6%)	71(36,2%)	2(25,0%)	69(36,7%)	71(36,2%)
Ganancia o pérdida de peso gestacional	ADECUADA	21(45,7%)	100(66,7%)	121(61,7%)	5(50,0%)	116(62,4%)	121(61,7%)	3(37,5%)	118(62,8%)	121(61,7%)
	BAJA	17(37,0%)	15(10,0%)	32(16,3%)	2(20,0%)	30(16,1%)	32(16,3%)	2(25,0%)	30(16,0%)	32(16,3%)
	EXCESIVA	8(17,4%)	35(23,3%)	43(21,9%)	3(30,0%)	40(21,5%)	43(21,9%)	3(37,5%)	40(21,3%)	43(21,9%)
Controles prenatales	<6	10(21,7%)	23(15,3%)	33(16,8%)	2(20,0%)	31(16,7%)	33(16,8%)	5(62,5%)	28(14,9%)	33(16,8%)
	> = 6	36(78,3%)	127(84,7%)	163(83,2%)	8(80,0%)	155(83,3%)	163(83,2%)	3(37,5%)	160(85,1%)	163(83,2%)
Gravidez	MULTIGESTA	1(2,2%)	2(1,3%)	3(1,5%)	0(0,0%)	3(1,6%)	3(1,5%)	0(0,0%)	3(1,6%)	3(1,5%)
	PRIMIGESTA	38(82,6%)	132(88,0%)	170(86,7%)	8(80,0%)	162(87,1%)	170(86,7%)	8(100,0%)	162(86,2%)	170(86,7%)
	SECUNDIGESTA	7(15,2%)	16(10,7%)	23(11,7%)	2(20,0%)	21(11,3%)	23(11,7%)	0(0,0%)	23(12,2%)	23(11,7%)

Factores		Desproporción céfalo pélvica			Trauma perineal		
		Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)	Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)
Edad	Adolescencia tardía (15-19 años)	17(94,4%)	169(94,9%)	186(94,9%)	30(96,8%)	156(94,5%)	186(94,9%)
	ADOLESCENCIA TEMPRANA (10-14 AÑOS	1(5,6%)	9(5,1%)	10(5,1%)	1(3,2%)	9(5,5%)	10(5,1%)
Estado civil	CASADA	0(0,0%)	2(1,1%)	2(1,0%)	0(0,0%)	2(1,2%)	2(1,0%)
	CONVIVIENTE	9(50,0%)	91(51,1%)	100(51,0%)	21(67,7%)	79(47,9%)	100(51,0%)
	SOLTERA	9(50,0%)	85(47,8%)	94(48,0%)	10(32,3%)	84(50,9%)	94(48,0%)
Grado de instrucción	PRIMARIA	0(0,0%)	14(7,9%)	14(7,1%)	0(0,0%)	14(8,5%)	14(7,1%)
	SECUNDARIA	18(100,0%)	153(86,0%)	171(87,2%)	27(87,1%)	144(87,3%)	171(87,2%)
	SIN INSTRUCCION	0(0,0%)	1(0,6%)	1(0,5%)	0(0,0%)	1(0,6%)	1(0,5%)
	SUPERIOR	0(0,0%)	10(5,6%)	10(5,1%)	4(12,9%)	6(3,6%)	10(5,1%)
Procedencia	RURAL	1(5,6%)	12(6,7%)	13(6,6%)	5(16,1%)	8(4,8%)	13(6,6%)

	URBANO	17(94,4%)	166(93,3%)	183(93,4%)	26(83,9%)	157(95,2%)	183(93,4%)
Índice de masa corporal	BAJO PESO (<18.5)	0(0,0%)	4(2,2%)	4(2,0%)	1(3,2%)	3(1,8%)	4(2,0%)
	NORMAL (18.5-24.9)	15(83,3%)	95(53,4%)	110(56,1%)	19(61,3%)	91(55,2%)	110(56,1%)
	OBESIDAD >30	1(5,6%)	10(5,6%)	11(5,6%)	4(12,9%)	7(4,2%)	11(5,6%)
	SOBREPESO (25-29.9)	2(11,1%)	69(38,8%)	71(36,2%)	7(22,6%)	64(38,8%)	71(36,2%)
Ganancia o pérdida de peso gestacional	ADECUADA	12(66,7%)	109(61,2%)	121(61,7%)	12(38,7%)	109(66,1%)	121(61,7%)
	BAJA	2(11,1%)	30(16,9%)	32(16,3%)	10(32,3%)	22(13,3%)	32(16,3%)
	EXCESIVA	4(22,2%)	39(21,9%)	43(21,9%)	9(29,0%)	34(20,6%)	43(21,9%)
Controles prenatales	<6	2(11,1%)	31(17,4%)	33(16,8%)	4(12,9%)	29(17,6%)	33(16,8%)
	> = 6	16(88,9%)	147(82,6%)	163(83,2%)	27(87,1%)	136(82,4%)	163(83,2%)
Gravidez	MULTIGESTA	0(0,0%)	3(1,7%)	3(1,5%)	1(3,2%)	2(1,2%)	3(1,5%)
	PRIMIGESTA	16(88,9%)	154(86,5%)	170(86,7%)	24(77,4%)	146(88,5%)	170(86,7%)
	SECUNDIGESTA	2(11,1%)	21(11,8%)	23(11,7%)	6(19,4%)	17(10,3%)	23(11,7%)

Variable	Casos (n=98)	Controles(n=98)	Total (n=196)
Edad			
Adolescencia tardía (15-19 años)	92(93,9%)	94(95,9%)	186(94,9%)
Adolescencia temprana (10-14 años)	6(6,1%)	4(4,1%)	10(5,1%)
Estado civil			
Casada	2(2,0%)	0(0,0%)	2(1,0%)
Conviviente	53(54,1%)	47(48,0%)	100(51,0%)
Soltera	43(43,9%)	51(52,0%)	94(48,0%)
Grado de instrucción			
Sin instrucción	1(1,0%)	0(0,0%)	1(0,5%)
Primaria	5(5,1%)	9(9,2%)	14(7,1%)
Secundaria	85(86,7%)	86(87,8%)	171(87,2%)
Superior	7(7,1%)	3(3,1%)	10(5,1%)
Procedencia			
Rural	7(7,1%)	6(6,1%)	13(6,6%)
Urbano	91(92,9%)	92(93,9%)	183(93,4%)

Variable	Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)
Índice de masa corporal			
Bajo peso (<18.5)	3(3,1%)	1(1,0%)	4(2,0%)
Normal (18.5-24.9)	67(68,4%)	43(43,9%)	110(56,1%)
Sobrepeso (25-29.9)	20(20,4%)	51(52,0%)	71(36,2%)
Obesidad >30	8(8,2%)	3(3,1%)	11(5,6%)
Ganancia o pérdida de peso gestacional			
Adecuada	50(51,0%)	71(72,4%)	121(61,7%)
Baja	24(24,5%)	8(8,2%)	32(16,3%)
Excesiva	24(24,5%)	19(19,4%)	43(21,9%)

Variable	Casos (n=98)	Controles (n=98)	Total (n=196)
Controles prenatales			
<6	20(20,4%)	13(13,3%)	33(16,8%)
> = 6	78(79,6%)	85(86,7%)	163(83,2%)
Gravidez			
Multigesta	3(3,1%)	0(0,0%)	3(1,5%)
Primigesta	80(81,6%)	90(91,8%)	170(86,7%)
Secundigesta	15(15,3%)	8(8,2%)	23(11,7%)

Complicaciones obstétricas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Anemia gestacional	50	51,0
Trauma perineal	33	33,7
Rotura prematura de membranas	23	23,5
Desproporción cefalopélvica	18	18,4
Infecciones urinarias	9	9,2
Amenaza de partos pretérminos	7	7,1
Preeclampsia	3	3,1
Amenaza de aborto	3	3,1

Numero de complicaciones	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Una complicación	57	58,2
Dos complicaciones	36	36,7
Tres complicaciones	4	4,1
Cuatro complicaciones	0	0,0
Cinco complicaciones	1	1,0
Total	98	100,0