

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**PREVALENCIA DE COMPLICACIONES GINECO OBSTÉTRICAS EN
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SIMÓN
BOLÍVAR DE CAJAMARCA 2024**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

ETIEL BECERRA PEREZ

Código ORCID 0009-0000-0540-9743

ASESOR:

M.C. CARMEN ELIZABETH SÁNCHEZ ALFARO

Código ORCID [0000-0003-0140-4886](https://orcid.org/0000-0003-0140-4886)

Cajamarca, Perú

2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: BECERRA PEREZ, Etiel
DNI: 43307068
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: M.C. Mtra. CARMEN ELIZABETH SÁNCHEZ ALFARO
3. Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
4. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
5. Tipo de Investigación: Tesis
6. Título de Trabajo de Investigación: **PREVALENCIA DE COMPLICACIONES GINECO
OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SIMÓN
BOLÍVAR DE CAJAMARCA 2024**
7. Fecha de Evaluación: 27/02/2026
8. Software Antiplagio: TURNITIN
9. Porcentaje de Informe de Similitud: 19%
10. Código Documento: oid: 3117:561549609
11. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 27 de febrero del 2026



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
Dr. Enzo Renato Bazualdo Fiorini
DIRECTOR (e)

DEDICATORIA

A Dios, por conducir mis pasos con firmeza, darme constancia para alcanzar esta meta y bendecir a mi familia con salud y protección.

A mis padres, por ser el cimiento firme de mi vida, ejemplo de sacrificio, trabajo y valores.

A mi esposa Melina, por su amor incondicional, su infinita paciencia y su apoyo firme en cada etapa de este camino. Gracias por no rendirte nunca, por creer en mí incluso en los momentos de mayor incertidumbre y por sostenerme con tu fortaleza cuando más lo necesitaba. Has transformado tus sacrificios en mis oportunidades y me has enseñado, con tu ejemplo, que los sueños no se alcanzan por azar, sino con constancia, disciplina y una fe inquebrantable.

A mis hijos, Yahir, Josué y Romina, mi mayor motivación y la razón que impulsa cada meta alcanzada; que este trabajo sea para ustedes testimonio de que, con dedicación, disciplina y perseverancia, es posible convertir los sueños en realidad.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional, su confianza permanente y por acompañarme con firmeza en cada etapa que hizo posible la culminación de este logro académico.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa y a mis hijos, porque sin ustedes este sueño no habría sido posible. Su amor fue mi refugio, su paciencia mi sostén y su confianza el impulso necesario para no rendirme. Cada página de este trabajo refleja el sacrificio compartido y la esperanza que juntos construimos. Este logro les pertenece tanto como a mí.

A mis padres, por su apoyo incondicional durante estos últimos años. Gracias por la confianza hicieron posible la culminación de mis estudios.

A mi hermano Luis, por su firme respaldo y por creer en mí cuando decidí retomar mi formación profesional; su confianza y determinación fueron decisivas para perseverar en este camino. Asimismo, a todos mis hermanos, quienes con cada gesto de apoyo y aporte sincero contribuyeron significativamente para que pudiera continuar mis estudios y alcanzar esta anhelada carrera. Que Dios recompense su generosidad y los colme de abundantes bendiciones.

De manera especial y con profunda gratitud, a mis suegros. A Rosa, por su apoyo constante a lo largo de este proceso. Y a Fermín, quien, bajo la guía y voluntad de Dios, fue uno de los principales impulsores para que retomara mi formación profesional; su motivación y confianza fueron una bendición invaluable en este camino. Hoy elevo una oración por su alma, con la certeza de que Dios lo acoge en su santa gloria.

A mi asesor, Dra. Carmen Elizabeth Sánchez Alfaro, por su invaluable guía, paciencia y por compartir conmigo su sabiduría en cada etapa de este proceso

Gracias Rafael, por cuidarme, guiarme desde el cielo

Fuentes de financiamiento

La investigación se desarrolló utilizando exclusivamente recursos propios del autor, sin contar con financiamiento externo.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara que el presente estudio se llevó a cabo sin la existencia de conflictos de interés de ninguna naturaleza que pudieran haber influido en el proceso de investigación o en los resultados obtenidos.

Índice de contenidos

Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Fuentes de financiamiento	4
Declaración de conflicto de interés.....	4
Índice de contenidos	5
Índice de tablas.....	6
Resumen.....	7
Abstract.....	8
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	24
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	29
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	44
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	45
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
CAPÍTULO VIII: ANEXOS	53

Índice de tablas

Tabla 1 Edad.....	29
Tabla 2 Nivel de instrucción	29
Tabla 3 Ocupación	30
Tabla 4 Estado civil	30
Tabla 5 Enfermedades de transmisión	31
Tabla 6 Infecciones vaginales	31
Tabla 7 Prolapso uterino	32
Tabla 8 Anemia	32
Tabla 9 Infección al tracto uterino	33
Tabla 10 Síndrome hipertensivo del embarazo	33
Tabla 11 Diabetes gestacional	34
Tabla 12 Rotura prematura de membranas	34
Tabla 13 Desprendimiento prematuro de placenta monoinsera.....	35
Tabla 14 Retardo del crecimiento intrauterino	35
Tabla 15 Trabajo de parto prolongado.....	36
Tabla 16 Parto vaginal normal.....	36
Tabla 17 Cesárea.....	37
Tabla 18 Parto instrumentalizado	37
Tabla 19 Parto prematuro	38
Tabla 20 Recién nacidos pequeños para la edad gestacional	38
Tabla 21 Recién nacidos adecuados para la edad gestacional	39
Tabla 22 Recién nacidos grandes para la edad gestacional.....	39
Tabla 23 Puntaje APGAR < 7	40

Resumen

Objetivo principal: Determinar la prevalencia de complicaciones gineco-obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca – 2024.

Método: Estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. La población estuvo conformada por 100 gestantes adolescentes atendidas durante el año 2024, de las cuales se seleccionó una muestra de 80 mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La información fue recolectada a través de una ficha de registro elaborada para el estudio, utilizando datos consignados en historias clínicas. Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa estadístico SPSS, empleándose estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se evidenció que el 98,8% de las gestantes pertenecía al grupo etario de 15 a 19 años, predominando la condición de conviviente (72,5%), el desempleo (82,5%) y el nivel educativo primario (51,2%). Entre las complicaciones ginecológicas, el 18,8% presentó infecciones vaginales, sin registrarse casos de enfermedades de transmisión sexual ni prolapso uterino. En cuanto a las complicaciones obstétricas, la anemia fue la más frecuente (38,8%), seguida de infección del tracto uterino (23,7%), trabajo de parto prolongado (13,8%), rotura prematura de membranas (12,5%) y síndrome hipertensivo del embarazo (8,8%). No se reportaron casos de diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, retardo del crecimiento intrauterino ni parto prematuro. Los desenlaces neonatales fueron mayormente favorables, predominando recién nacidos adecuados para la edad gestacional (58,8%) y sin registros de APGAR menor de 7.

Conclusiones: La anemia constituye la principal complicación gineco-obstétrica en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca durante el año 2024. Si bien no se evidenciaron complicaciones obstétricas de extrema gravedad, la presencia significativa de anemia e infecciones resalta la necesidad de fortalecer estrategias preventivas.

Palabras clave: gestante adolescente, complicaciones gineco-obstétricas, anemia, embarazo adolescente, salud materna.

Abstract

Main Objective: To determine the prevalence of gyneco-obstetric complications in pregnant adolescents treated at Hospital Simón Bolívar, Cajamarca – 2024.

Method: A quantitative, descriptive, observational, cross-sectional, and retrospective study was conducted. The population consisted of 100 pregnant adolescents treated during 2024, from which a sample of 80 participants was selected through non-probabilistic convenience sampling. Data were collected using a structured data collection form based on information recorded in medical records. Statistical analysis was performed using SPSS software, applying descriptive statistics through frequencies and percentages.

Results: A total of 98.8% of the pregnant adolescents were between 15 and 19 years old. The majority were cohabiting (72.5%), unemployed (82.5%), and had primary education (51.2%). Among gynecological complications, 18.8% presented vaginal infections, while no cases of sexually transmitted infections or uterine prolapse were reported. Regarding obstetric complications, anemia was the most frequent (38.8%), followed by uterine tract infection (23.7%), prolonged labor (13.8%), premature rupture of membranes (12.5%), and hypertensive disorders of pregnancy (8.8%). No cases of gestational diabetes, placental abruption, intrauterine growth restriction, or preterm birth were recorded. Neonatal outcomes were mostly favorable, with 58.8% classified as appropriate for gestational age and no cases of Apgar score below 7.

Conclusions: Anemia was identified as the main gyneco-obstetric complication among pregnant adolescents treated at Hospital Simón Bolívar in 2024. Although no severe obstetric complications predominated, the significant presence of anemia and infections highlights the need to strengthen preventive strategies and ensure timely prenatal care in this vulnerable population.

Keywords: pregnant adolescent, gyneco-obstetric complications, anemia, adolescent pregnancy, maternal health.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La concepción en edades tempranas se configura como un fenómeno crítico dentro de la esfera sanitaria colectiva, dado que las adolescentes en proceso gestacional manifiestan una susceptibilidad acentuada frente a contingencias gineco-obstétricas de elevada complejidad debido a su inmadurez física y biológica (1); donde las complicaciones más comunes incluyen preeclampsia, parto prematuro, infecciones y hemorragias, que pueden generar consecuencias graves tanto para la progenitora como no nato (2); por ello identificar y comprender estas complicaciones es esencial para mejorar las tácticas de prevención y atención médica, permitiendo a los profesionales clínicos ofrecer un apoyo más adecuado y oportuno a las adolescentes embarazadas (3). Este conocimiento es fundamental para reducir los riesgos asociados y promover una atención más segura y eficiente durante el embarazo, contribuyendo al bienestar de las jóvenes y sus hijos (4).

A nivel internacional, el embarazo en menores sigue siendo un predicamento alarmante; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que alrededor de veintiún millones de mujeres adolescentes, 12 millones dan a luz cada año, lo que representa aproximadamente el 12% del total de nacimientos globales (5). Las complicaciones gineco-obstétricas son mucho más frecuentes en este grupo etario, como la preeclampsia, parto prematuro e infecciones (6). En América Latina, la tasa de fecundidad en menores ocupa el segundo lugar más alto a nivel mundial, se estimaron millón seiscientos treinta y seis mil gestaciones no previstas en mujeres adolescentes (7).

A nivel nacional, el embarazo adolescente tuvo una disminución en la proporción de madres adolescentes, pasando del 13,4 % en 1996 al 8,3 % en 2020; no obstante, los años 2021 y 2022 evidenciaron un aumento en las zonas rurales (8), siendo la selva y la sierra las regiones con cifras más altas, resaltando las áreas rurales como focos de prevalencia de embarazos de menores donde se encuentran entre 2 a 6 nacidos vivos por cada mil féminas entre 10-14 años (9). En Cajamarca, un 12,16% de adolescentes han tenido un hijo o han estado embarazadas por primera vez (10), esta situación posicionó a Cajamarca como la tercera región con más gestantes adolescentes (11). Además de las menores

de 15 años embarazadas, se observó que solo el 0.6% acudía a más de 6 controles prenatales y que del 9-13% de estas presentaban cuadros de anemia que comprometían tanto el periodo gestante, y el parto posterior (12).

El embarazo en adolescentes representa una problemática significativa en Cajamarca, especialmente en el Hospital Simón Bolívar, donde se registran diversas complicaciones gineco-obstétricas en esta población vulnerable. La inmadurez biológica incrementa el riesgo de preeclampsia, parto prematuro, hemorragias e infecciones, comprometiendo la salud materna y neonatal. Esta situación se agrava por condiciones socioeconómicas como pobreza, limitado acceso a servicios especializados y deficiente educación en salud sexual y reproductiva. Además, las consecuencias trascienden el ámbito clínico, afectando la continuidad educativa y el desarrollo social de las gestantes, muchas de las cuales abandonan sus estudios y enfrentan estigmatización.

En base a dicha problemática se consideró como planteamiento del problema, ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones gineco - obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca, 2024?

En lo que respecta a la justificación, la concurrente investigación se origina en la necesidad de comprender una problemática de salud pública que afecta a una población vulnerable como lo son las adolescentes embarazadas; por ello, este estudio busca abordar las complicaciones más frecuentes que enfrentan durante la gestación, parto y puerperio, con el propósito de identificar factores críticos que permitan la implementación de estrategias preventivas y de atención oportuna.

El estudio aportará conocimiento actualizado sobre la frecuencia y características de las complicaciones gineco-obstétricas en esta población específica, lo que permitirá a los profesionales clínicos desarrollar protocolos adaptados a sus necesidades; además, se proyecta que los hallazgos coadyuven al perfeccionamiento de la calidad en los servicios destinados a la atención materna en el ámbito regional y sirvan como directriz para la

formulación de políticas públicas orientadas a garantizar la salud integral de las adolescentes en proceso gestacional.

Además, aportará con el desarrollo y validación de un nuevo instrumento que permita la identificación temprana de las complicaciones gineco - obstétricas de manera más precisa y adaptada a las características del entorno rural; dado que la investigación se desarrolla en zonas rurales como lo es Cajamarca.

Los principales beneficiarios serán las propias adolescentes, quienes recibirán atención más adecuada y oportuna gracias al uso de información basada en evidencia; asimismo, el equipo médico del hospital Simón Bolívar podrá optimizar sus prácticas mediante el desarrollo de intervenciones específicas para este grupo etario. A largo plazo, la comunidad en general también se verá favorecida al reducir los riesgos asociados al embarazo adolescente, lo que fortalecerá del sistema de salud materno-infantil en la región de Cajamarca.

La presente indagación enfrenta limitaciones temporales, el período de recolección de datos estará delimitado por la disponibilidad de registros médicos y la duración del estudio, lo que podría impedir abarcar un intervalo mayor que permita observar tendencias a largo plazo; asimismo, se identifican limitaciones de recursos, ya que el estudio dependerá de los datos disponibles en los registros clínicos y la colaboración del personal de salud para el acceso a dicha información. A pesar de estas limitaciones, se adoptarán estrategias metodológicas rigurosas que garanticen la calidad de los resultados obtenidos y su utilidad para el diseño de intervenciones específicas.

En función a los antecedentes se consideró a Duran M. et al, (8) en su publicación descriptiva, cuantitativa y retrospectiva que plantearon evaluar los resultados maternos y fetales en los embarazos en la adolescencia. Su metodología se basó en la examinación de los registros de 960 féminas gestantes (480 menores y 480 adultas). Se obtuvo que, las mujeres adolescentes fueron el 7,3%, entre los factores de riesgo considerados, la preeclampsia con un 0,8%. Concluyendo que incrementa el riesgo de preeclampsia durante el embarazo en menores embarazadas.

Awoyesuku P. et al, (9) realizaron un estudio explicativo, retrospectivo y observacional para determinar la prevalencia del embarazo adolescente en un hospital de atención terciaria. Metodológicamente, fue estudio de casos y controles, la población fueron adolescentes, con embarazo único, que dieron a luz ≥ 28 semanas. La prevalencia de partos fue 1,49%, y una asociación entre la nuliparidad (OR 10,155; $P=0,0001$) y estado de parto no registrado (OR 4,403; $P=0,028$) con embarazo adolescente. Concluyendo, el embarazo de menores se asoció significativamente con la nuliparidad y el estado no registrado.

Hernández M (10) realizaron un estudio analítico, de cohortes retrospectivas para determinar el nexo entre las complicaciones obstétricas (CO) y la edad de las gestantes en el Hospital Belén de Trujillo. Su metodología analizó 69 gestantes entre 12 a 34 años. Se halló que las menores gestantes tenían un 45% más probabilidades de sufrir CO frente a las adultas (RR: 2.34, $p<0.001$); además, complicaciones como la ruptura prematura de membranas y el parto prematuro mostraron mayor incidencia, con RR de 4.02 y RR de 3.2, respectivamente; asimismo, la anemia fue un factor interviniente significativo (RR: 3.56, IC 95% 2.4–4.7, $p<0.003$). Concluyendo que la gestación en menores constituyó un importante factor de riesgo (RR: 7.34, IC 95% 3.0–17.5, $p<0.001$) para CO.

Cueto T (11) llevó a cabo una investigación cuantitativa correlacional, transversal y retrospectiva con el fin de identificar los factores sociodemográficos asociados a las CO en embarazos adolescentes atendidos. Su metodología incluyó a 148 puérperas menores atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante enero a junio de 2022. Se encontró que el 69% de las pacientes presentó complicaciones obstétricas, el 71% culminó la secundaria, el 37% gestó previamente, el 57% acudió al total de sus controles prenatales y el 45% contaba con ingresos superiores a 1000 soles. Las complicaciones estuvieron asociadas a procedencia ($\chi^2 = 5.677$; $p = 0.017$), nivel académico ($\chi^2 = 8.045$; $p = 0.045$), gestación previa ($\chi^2 = 4.931$; $p = 0.026$) y control prenatal ($\chi^2 = 4.948$; $p = 0.026$). En conclusión, las variables sociodemográficas evaluadas influyeron de manera significativa en las complicaciones obstétricas en adolescentes.

Ormeño-Soto K e Ybasta-Soto M (12) realizaron un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo con el propósito determinar las particularidades sociodemográficas y las dificultades obstétricas surgidas durante el trabajo de parto en adolescentes. Su metodología se basó en la inclusión de 145 menores que enfrentaron CO durante el parto en un Hospital General de Ica en 2019. Se obtuvo que, el 95% de las adolescentes se encontraba en la etapa de adolescencia tardía; el 51% no recibió control prenatal, el 85% eran primíparas y las principales complicaciones fueron partos distócicos (38%), preeclampsia (24.1%), desgarros vulvoperineales (16.12%), retención de membranas placentarias (8.06%), fase activa prolongada (11.29%), y expulsivo prolongado (7.25%). Concluyendo, que el ser menor de edad constituye un factor de riesgo significativo para la aparición de complicaciones obstétricas.

Sabir S. et al, (13) realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal para determinar la frecuencia de complicaciones gineco-obstétricas entre mujeres embarazadas adolescentes. Su metodología se basó en la inclusión de 126 mujeres embarazadas en la adolescencia, de entre 13 y 19 años, y se interrogó sobre sus datos demográficos, como edad, paridad, origen étnico, atención prenatal, calificación, y se obtuvieron detalles clínicos sobre los resultados maternos y fetales del embarazo. Se obtuvo que, el rango de edad oscila en 13 y 19 años con edad media de $17,44 \pm 1,63$ años. La mayoría de estos pacientes 100 (79,87%) estaban en el grupo de 17 a 19 años, anemia se encontró en 32,54% de pacientes, aborto espontáneo en 18,25% y parto prematuro en 35,71%. Concluyendo, el embarazo adolescente está asociado con resultados fetomaternos adversos.

Sandoval B (14) llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con el propósito de establecer las CO en menores gestantes. Su metodología se basó en la participación de 150 gestantes adolescentes, y la información se obtuvo de historias clínicas del periodo octubre a diciembre del 2019. Se obtuvo que, predominaron las adolescentes de 18 años (36%), el 77.3% contaba con secundaria completa, el 58% procedía de zonas urbanas, y el 83% eran primigestas; el 87.33% correspondía a gestaciones a término, el 48.7% recibió seis o más controles prenatales, y el 65% culminó en parto eutócico; además, las principales complicaciones obstétricas fueron la anemia

(26.1%), las infecciones del tracto urinario (23.3%) y la preeclampsia con criterios de severidad (8.5%). Se concluyó que la anemia fue la CO más observada, seguida por las infecciones del tracto urinario y la preeclampsia severa.

Utoo B. et al, (15) realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, y observacional para determinar el riesgo obstétrico del embarazo en la adolescencia. Su metodología se basó en la revisión de las hojas de datos obstétricos de los embarazos adolescentes entre 2019-2022 en el Hospital Universitario, Nigeria. Se obtuvo que, los partos en adolescentes son el 2,06% de 2084 partos. La edad media fue de 17,88 ($\pm 1,77$) años, las complicaciones prenatales más comunes fueron malaria (39,5%), anemia (37,2%) e hipertensión (20,9%), la tasa de cesáreas fue del 16,3% y el 46,5% tuvo desgarro perineal, y la tasa de mortalidad perinatal entre los partos de adolescentes fue de 13,95%. Concluyendo, el embarazo en adolescentes presenta riesgos obstétricos significativos y resultados desfavorables del embarazo.

Salazar (13), ejecutó un estudio retrospectivo, observacional, analítico de casos y controles, plantearon determinar los factores de riesgo conectadas con CO en menores gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa, mediante el empleo de historias clínicas de 246 gestantes adolescentes recopiladas en fichas de acopio de datos en 2021-2022. Se observó que el grueso de gestantes rondaba los 17, 5 años, y que la edad, situación económica o grado de estudios determinaba un nexo con las complicaciones obstétricas, ($p=0,757$, $p=0,218$ y $p=0,749$ respectivamente). En cuanto a los factores de riesgo antropométricos, la media del IMC general fue de 24 kg/m² y el aumento de peso gestacional fue de 11 kg. En el análisis multivariado, la obesidad fue el único factor significativo (OR=3,045, IC=0,107-0,580, $p=0,005$), la mayoría acudió a 7 controles prenatales y exhibía un nivel de hemoglobina de 11,16 g/dL. La presencia de infecciones del tracto urinario (ITU) y los controles prenatales insuficientes fueron estadísticamente significativos ($p=0,032$ y $p=0,001$). Se concluye que la obesidad, la insuficiencia en los controles prenatales y la presencia de ITU representan factores de riesgo con un nexo con las complicaciones en la población analizada.

Montoya (14), realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, longitudinal con el propósito de analizar las CO durante la gestación, parto y postparto en menores ingresadas en el Hospital Básico de Borbón, metodológicamente empleó estudio de caso control y revisión documental de historias clínicas durante 2019. Se observó mayoritariamente prevalencia de gestantes adolescentes de etapa tardía (56,31%) y las complicaciones evidenciadas fueron la ruptura temprana de membrana (alrededor de 50% de cesáreas), el sufrimiento fetal agudo (23,10%) y la incompatibilidad cefalopélvica (15,38%). Concluyendo que gran parte de las situaciones que afectan a las menores de Borbón están vinculadas a la influencia costumbre culturales, que incluyen nula adopción de métodos anticonceptivos, la pobreza y los bajos niveles educativos.

En lo que respecta a las bases teóricas, como primera variable se tiene las Complicaciones ginecológicas, que son alteraciones patológicas que afectan los órganos del aparato reproductor femenino (útero, ovarios, trompas de Falopio, vagina y vulva), generalmente fuera del contexto del embarazo, estas condiciones pueden tener un origen inflamatorio, infeccioso, hormonal, tumoral o traumático, y su impacto varía desde síntomas leves hasta cuadros graves que comprometen la función reproductiva o la vida de la paciente (15)

La Enfermedad de Transmisión sexual (ETS) son infecciones causadas por microorganismos como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis*, virus del papiloma humano (VPH), herpes simple (HSV-1 y HSV-2) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros; estas patologías son adquiridas principalmente mediante contacto sexual sin protección y poseen un impacto clínico significativo en el embarazo adolescente. Durante la gestación, las ETS generan complicaciones como corioamnionitis, parto pretérmino, rotura temprana de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, muerte fetal y transmisión vertical, especialmente en infecciones como VIH, sífilis y herpes genital (16).

El diagnóstico de las ETS en gestantes adolescentes requiere un enfoque sistemático basado en la identificación clínica y pruebas complementarias, la sospecha diagnóstica se inicia con la anamnesis dirigida, exploración

ginecológica y la evaluación de síntomas como leucorrea, lesiones genitales, disuria, prurito o adenopatías inguinales. Para confirmación, se emplean técnicas específicas como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, pruebas serológicas como VDRL y FTA-ABS para sífilis, ELISA y Western Blot para VIH, y cultivos especializados en casos de *Trichomonas vaginalis*; además, el tamizaje serológico universal para VIH y sífilis es de carácter obligatorio en la atención prenatal, garantizando la identificación temprana y la intervención oportuna (16).

Las infecciones vaginales son patologías causadas por desequilibrios en la microbiota vaginal o por agentes patógenos como *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis* y bacterias anaerobias asociadas a vaginosis bacteriana, estas infecciones son frecuentes en gestantes debido a cambios hormonales y anatómicos que favorecen el sobrecrecimiento de microorganismos, y pueden clasificarse en vulvovaginitis candidiásica, vaginosis bacteriana y tricomoniasis (16). Los síntomas incluyen leucorrea anormal, prurito, disuria y mal olor vaginal, el examen físico puede revelar eritema, edema o secreción característica según el tipo de infección, para confirmar el diagnóstico, se realizan técnicas como el examen microscópico en fresco con solución salina y KOH, pruebas de pH vaginal y cultivo microbiológico; en el caso de vaginosis bacteriana, los criterios de Amsel (secreción homogénea, pH >4.5, prueba de aminas positiva y presencia de células clave en microscopía) son útiles (16).

El prolapso uterino es la complicación ginecológica infrecuente pero grave, caracterizada por el descenso anómalo del útero a través del canal vaginal debido a la debilidad o insuficiencia de los músculos del suelo pélvico y los ligamentos uterinos, puede ser congénito o adquirido, siendo más frecuente en féminas jóvenes con antecedentes de partos múltiples, traumatismos obstétricos o aumento de la presión intraabdominal. Durante la gestación, el prolapso puede ocasionar complicaciones como aborto espontáneo, parto pretérmino, infecciones, rotura temprana de membranas y restricción del crecimiento intrauterino (17). El diagnóstico del prolapso uterino en gestantes se realiza mediante evaluación clínica, basándose en los síntomas característicos como sensación de masa vaginal, dolor pélvico, dificultad para la micción, infecciones

urinarias recurrentes y, en casos severos, exposición cervical; la exploración física revela el descenso del útero a través del introito vaginal, clasificándose según el sistema de grados de prolapso (I a IV), por otro lado, las imágenes complementarias, como la ecografía transvaginal, pueden ser útiles para evaluar la posición uterina y descartar complicaciones asociadas (17).

Las complicaciones obstétricas son alteraciones médicas o quirúrgicas que ocurren durante el embarazo, el parto o el puerperio, y que inciden en la salud de la madre, el feto o ambos, estas condiciones pueden resultar de factores preexistentes, eventos agudos o la interacción entre la fisiología del embarazo y otras comorbilidades (18).

Las complicaciones obstétricas en embarazo adolescente son:

La anemia hemolítica microangiopática (AHMA) se trata de una alteración hematológica definida por la lisis intravascular de eritrocitos debido al daño en la microvasculatura, se presenta con hemólisis no inmune y formación de esquistocitos en sangre periférica. En el embarazo adolescente, puede asociarse a complicaciones obstétricas severas como el síndrome HELLP, la preeclampsia severa y la coagulación intravascular diseminada (CID) (19). El diagnóstico de la AHMA se apoya en la identificación de hemólisis microangiopática mediante un frotis de sangre periférica que muestra esquistocitos, anemia con disminución de hemoglobina y hematocrito, aumento de bilirrubina indirecta y lactato deshidrogenasa (LDH), y reducción de haptoglobina; además, suelen presentarse trombocitopenia y alteraciones en pruebas de función hepática y deben evaluarse signos clínicos como ictericia, fatiga, hipertensión y alteraciones en pruebas obstétricas que indiquen preeclampsia o síndrome HELLP (19).

La infección al tracto urinario (ITU) que son los procesos infecciosos de origen bacteriano que comprometen diversas estructuras del aparato urinario, tales como la uretra, la vejiga, los uréteres o los riñones, comunes durante el embarazo debido a cambios fisiológicos como la dilatación de los uréteres y la compresión del tracto urinario por el útero en crecimiento, lo que facilita el ascenso bacteriano, as bacterias más frecuentes incluyen *Escherichia coli* (causante de más del 80% de los casos), *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus*

mirabilis y, en menor medida, *Staphylococcus saprophyticus*; en el embarazo adolescente, las ITU Representan un condicionante crítico que incrementa la probabilidad de desenlaces adversos, como la interrupción prematura del proceso gestacional, restricción del crecimiento intrauterino y pielonefritis (20). El diagnóstico de ITU en adolescentes embarazadas está apoyado en la identificación de signos y síntomas clínicos, junto con pruebas de laboratorio, los síntomas comunes incluyen disuria, tenesmo vesical, urgencia y frecuencia urinaria, mientras que la fiebre y el dolor lumbar pueden sugerir una pielonefritis. Se requiere análisis de orina muestra piuria, bacteriuria y, en algunos casos, hematuria, el urocultivo es la prueba confirmatoria (20).

El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) se trata de un espectro de entidades nosológicas propias del embarazo, caracterizadas por la elevación de la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg a partir de la vigésima semana de gestación, con eventual afectación de órganos blanco; este grupo incluye hipertensión gestacional, preeclampsia, hipertensión crónica y preeclampsia sobreimpuesta a hipertensión crónica; además, constituye una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal, asociándose a complicaciones severas como insuficiencia renal aguda, disfunción hepática, síndrome HELLP, desprendimiento prematuro de placenta, restricción del crecimiento intrauterino y parto pretérmino (21). El diagnóstico del síndrome hipertensivo del embarazo requiere la presencia de hipertensión arterial $\geq 140/90$ mmHg en al menos dos mediciones cada 4 horas; además, se vincula con la presencia de proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas o una relación proteína/creatinina ≥ 0.3 ; en ausencia de esta, el diagnóstico puede fundamentarse en la evidencia de disfunción orgánica, que comprende insuficiencia renal (creatinina sérica >1.1 mg/dL), trombocitopenia ($<100,000/\mu\text{L}$), incremento de enzimas hepáticas (duplicación del valor fisiológico) o manifestaciones neurológicas tales como cefalea refractaria y alteraciones visuales (21).

La diabetes gestacional es una complicación metabólica del embarazo caracterizada por intolerancia a los carbohidratos que desencadena hiperglucemia, diagnosticada por primera vez durante la gestación, se desarrolla debido a la resistencia a la insulina mediada por las hormonas placentarias, como el lactógeno placentario y la progesterona, exacerbada en mujeres con

factores predisponentes como obesidad, antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 o edad materna avanzada; esta condición aumenta el riesgo de complicaciones materno-fetales, incluyendo macrosomía, polihidramnios, preeclampsia, parto traumático, hipoglucemia neonatal y predisposición a diabetes tipo 2 en el futuro (22). Se realizan para diagnóstico pruebas de tamizaje y confirmatorias en el segundo trimestre del embarazo, entre las semanas 24 y 28, utilizando criterios establecidos por la Asociación Americana de Diabetes (ADA), inicialmente, se realiza una prueba de carga oral de glucosa (50 g), considerando valores ≥ 140 mg/dL como indicativos de hiperglucemia y para confirmación, se emplea una prueba de tolerancia oral a la glucosa (75 g o 100 g), que evalúa los niveles de glucosa en ayunas, a 1 hora y a 2 horas tras la ingesta; los criterios diagnósticos incluyen valores ≥ 92 mg/dL en ayuno, ≥ 180 mg/dL a 1 hora o ≥ 153 mg/dL a 2 horas (22).

La rotura prematura de membranas (RPM) es la interrupción anticipada de la integridad anatómica de las membranas amnióticas antes del inicio del proceso de parto, sin consideración de la edad gestacional, esta condición puede clasificarse como RPM a término (≥ 37 semanas) o pretérmino (< 37 semanas), siendo más frecuente en el contexto de infecciones intraamnióticas, incompetencia cervical, traumatismos o polihidramnios; la RPM expone al feto y a la madre a riesgos significativos como corioamnionitis, parto pretérmino, prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta y sufrimiento fetal (23). Clínicamente, se sospecha ante la referida salida de líquido amniótico por la vagina, corroborada mediante especuloscopia, donde se observa líquido claro en el fondo vaginal, las pruebas diagnósticas incluyen el test de nitrazina, que detecta cambios en el pH vaginal, y la prueba de cristalografía (patrón en helecho) al microscopio; en casos complejos, el diagnóstico puede apoyarse en pruebas bioquímicas como la detección de PAMG-1 (proteína alfa microglobulina-1) o IGFBP-1 (proteína 1 de unión al factor de crecimiento insulínico), además, la ecografía obstétrica puede ser útil para evaluar el volumen de líquido amniótico y descartar complicaciones asociadas (23).

El desprendimiento parcial o total de la placenta (DPPNI) respecto a su zona de fijación en la decidua basal, ocurrido antes de la expulsión fetal, ocurriendo típicamente posterior a las 20 semanas de gestación y previo al tercer

periodo del trabajo de parto. Es uno de los detonantes de hemorragia obstétrica de la segunda mitad del periodo gestante, con una incidencia de 1 en 200 a 300 partos, y está asociada a alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal, los factores de riesgo incluyen hipertensión materna, multiparidad, edad materna avanzada, uso inadecuado de oxitocina, trauma uterino y adicciones (24). Clínicamente, se presenta con dolor abdominal súbito y constante, hemorragia vaginal de características oscuras o hematoma retroplacentario, hipertensión, taquicardia materna, útero hipersensible y sufrimiento fetal agudo, en casos graves, puede haber signos de choque hipovolémico. En la ecografía obstétrica, se identifica el hematoma retroplacentario, aunque en ocasiones puede no ser visible; complementariamente, se evalúan hemograma, pruebas de coagulación, y función renal para descartar complicaciones asociadas como la coagulación intravascular diseminada (CID) (24).

El retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) es atribuido a factores fetales (como anomalías cromosómicas), maternos (desnutrición, anemia, diabetes gestacional), placentarios (insuficiencia placentaria, gestaciones múltiples) o ambientales (alcohol, tabaco, fármacos), siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal, puede ser asimétrica (más común, 75% de los casos), caracterizada por una afectación del crecimiento de partes específicas del cuerpo, o simétrica, en la que todos los parámetros biométricos fetales están proporcionalmente reducidos; este trastorno se asocia a complicaciones neonatales graves, como el parto prematuro y un mayor riesgo de muerte perinatal (25). El diagnóstico de la RCIU se basa en el monitoreo del crecimiento fetal mediante ultrasonografía obstétrica seriada, que evalúa parámetros biométricos como la circunferencia abdominal, longitud femoral y diámetro biparietal, la determinación del índice de líquido amniótico y la evaluación de los flujos en la arteria umbilical mediante doppler son fundamentales para detectar alteraciones hemodinámicas asociadas; el diagnóstico también incluye la comparación de las medidas fetales con tablas de referencia para la edad gestacional (25).

El trabajo de parto prolongado es la complicación obstétrica caracterizada por una duración excesiva de una o más fases del trabajo de parto (fase latente, activa o expulsiva), que supera las expectativas normales para la edad

gestacional, paridad y condiciones clínicas de la madre, esta alteración puede ser consecuencia de factores como la disfunción uterina (contracciones inefectivas), desproporción cefalopélvica, malposición fetal o distocias de origen materno o fetal y se asocia con un mayor riesgo de morbilidad materna, como hemorragias postparto e infecciones, y de complicaciones neonatales, como asfixia perinatal, infecciones y trauma al nacer (23). El diagnóstico del trabajo de parto prolongado requiere una evaluación clínica minuciosa basada en los criterios establecidos por el partograma de la OMS, que monitorea la progresión del trabajo de parto mediante la dilatación cervical y el descenso fetal en relación al tiempo, el diagnóstico incluye la identificación de contracciones uterinas inadecuadas mediante monitoreo tocodinamométrico, exploración vaginal para evaluar la dilatación cervical y la posición fetal, y estudios de imagen como ultrasonografía para descartar malposiciones fetales o desproporción cefalopélvica, incluso, en casos específicos, el monitoreo fetal intraparto permite detectar signos de sufrimiento fetal asociados (23).

Las complicaciones clínicas comprende a las siguientes complicaciones:

Las complicaciones hemorrágicas que son manifestaciones críticas de las complicaciones gineco-obstétricas, caracterizadas por sangrado anormal, en el ámbito ginecológico, incluyen menorragias, metrorragias, ruptura de quistes ováricos, embarazo ectópico roto y enfermedad trofoblástica gestacional, mientras que en el contexto obstétrico abarcan hemorragias del primer trimestre (como aborto espontáneo y embarazo molar), del tercer trimestre (placenta previa, desprendimiento temprano de placenta y ruptura uterina) y del puerperio (retención de restos placentarios, atonía uterina y laceraciones del canal del parto). Estas condiciones representan emergencias médicas que demandan diagnóstico y tratamiento inmediato para estabilizar a la paciente, controlar el sangrado y prevenir complicaciones graves como el shock hipovolémico y la muerte materna (26).

Las complicaciones trombóticas son manifestaciones clínicas graves que resultan de un desequilibrio en los mecanismos de coagulación, caracterizado por un estado de hipercoagulabilidad fisiológica del embarazo que, bajo ciertas condiciones patológicas, evoluciona hacia eventos trombóticos, consideran

trombosis venosa profunda (TVP), embolia pulmonar (EP), trombosis arterial o complicaciones asociadas como el síndrome de HELLP y la coagulación intravascular diseminada (CID), se asocian frecuentemente con patologías obstétricas como preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, sepsis o hemorragias obstétricas. El diagnóstico de las complicaciones tromboticas considera identificación de signos clínicos como edema unilateral en extremidades inferiores, dolor localizado, dificultad respiratoria súbita, taquicardia o hipotensión, dependiendo del tipo de evento trombotico, haciendo empleo de pruebas con dímero-D y estudios de imagen especializados como ecografía Doppler venosa para TVP, angiotomografía pulmonar para EP y resonancia magnética en casos de trombosis arterial (27).

Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente son las condiciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales que incrementan la probabilidad de desenlaces adversos para la madre y el no nato, actúan de manera multifactorial y sinérgica, exacerbando las vulnerabilidades inherentes de la gestante adolescente debido a su inmadurez física, emocional y social (28). A continuación, se presentan las principales categorías de factores de riesgo:

Como factores biológicos se tiene la inmadurez fisiológica del aparato reproductor donde las adolescentes, especialmente aquellas en la etapa temprana de la adolescencia (10-14 años), presentan un desarrollo incompleto de la pelvis y del útero, lo que incrementa el riesgo de complicaciones como distocia de parto, ruptura uterina, y hemorragias (29), también se tiene el déficit nutricional que es la coexistencia de las demandas metabólicas del crecimiento propio de la adolescencia y del embarazo puede generar estados de desnutrición, anemia y deficiencia de micronutrientes como hierro, calcio y ácido fólico (29), también se tiene la mayor susceptibilidad a infecciones, donde las adolescentes embarazadas tienen un mayor riesgo de infecciones del tracto urinario y enfermedades de transmisión sexual (ETS), como sífilis y clamidia, debido a una mayor fragilidad del epitelio vaginal (23).

Dentro de los factores sociales se encuentra el bajo nivel educativo donde la limitada educación sexual y reproductiva aumenta la probabilidad de embarazos no planificados; además, la deserción escolar es común,

perpetuando el ciclo de pobreza y exclusión social (30), también se tiene las condiciones socioeconómicas adversas donde la pobreza, el desempleo y la falta de acceso a servicios básicos limitan el acceso a cuidados médicos oportunos y adecuados durante la gestación(31) y las normas culturales, en algunas comunidades, las tradiciones y creencias fomentan el matrimonio y la maternidad a edades tempranas, dejando a las adolescentes expuestas a embarazos prematuros(30).

Como factores médicos y obstétricos se tiene la falta de controles prenatales adecuados, donde muchas adolescentes no acuden a controles prenatales regulares, lo que dificulta la identificación y manejo temprano de complicaciones como la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) (23), y la historia reproductiva previa que son los antecedentes de abortos previos o embarazos complicados aumentan el riesgo de recurrencia de complicaciones en embarazos subsecuentes (23).

Como factores relacionados al entorno familiar y comunitario de tiene la violencia que es la exposición a abuso físico, emocional o sexual incrementa la incidencia de embarazos no deseados y el riesgo de complicaciones obstétricas y psicológicas (31), y la falta de redes de apoyo, donde las adolescentes que carecen de soporte emocional y económico de sus familias y comunidades enfrentan mayores barreras para acceder a cuidados prenatales adecuados (31).

En lo que respecta al objetivo general se planteó analizar la prevalencia de complicaciones gineco - obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca, 2024; y como objetivos específicos: identificar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca, 2024; evaluar las complicaciones ginecológicas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca, 2024, y determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca, 2024.

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El enfoque cuantitativo se caracterizó por la recopilación y análisis de datos numéricos, utiliza procedimientos estadísticos para describir y analizar fenómenos, buscando establecer patrones o tendencias generales. Se seleccionó el enfoque cuantitativo porque la investigación requería datos específicos, como tasas de prevalencia, frecuencias y proporciones de complicaciones gineco-obstétricas, lo que permitió obtener información objetiva y generalizable sobre el fenómeno estudiado (39).

El diseño observacional implica estudiar a los sujetos sin intervenir en las variables o manipularlas, solo se registra los datos de manera sistemática en el contexto natural del fenómeno y resultó apropiado porque la investigación analizó los casos de menores gestantes atendidas en el hospital sin la introducción de ninguna intervención experimental (40).

El nivel descriptivo busca detallar características, frecuencias o distribuciones de un fenómeno específico, sin establecer relaciones causales y fue seleccionado porque el objetivo principal de la tesis es identificar y describir la prevalencia de complicaciones gineco-obstétricas en un grupo definido (gestantes adolescentes), lo que permitió detallar las complicaciones más comunes y sus características, ofreciendo una visión clara del problema (41).

El diseño transversal es un tipo de estudio en el que la información se recopila en un único momento o periodo definido, con el propósito de describir la prevalencia, características o distribución de variables en una población específica, sin realizar seguimiento en el tiempo, este diseño fue ideal para la presente investigación porque permite determinar la prevalencia de complicaciones gineco-obstétricas en gestantes analizando datos retrospectivos obtenidos de historias clínicas (41).

De acuerdo con el momento en que se realizó la recolección de datos, el estudio es de tipo retrospectivo., dado que examina eventos que ya han ocurrido en el pasado; en el presente caso se centrará en identificar la prevalencia de

complicaciones gineco-obstétricas en menores gestantes atendidas en el hospital Simón Bolívar de Cajamarca, revisando registros clínicos, historiales médicos o bases de datos existentes (42).

El diseño es no experimental, ya que en este tipo de estudios no se manipulan deliberadamente las variables; en su lugar, los fenómenos se observan en su entorno para posteriormente ser analizados; en el concurrente caso el investigador se centrará en observar y analizar las complicaciones gineco-obstétricas en gestantes adolescentes sin manipular las variables o intervenir en el entorno; este diseño permite recolectar datos tal como se presentan de manera natural en el contexto del hospital Simón Bolívar de Cajamarca (43).

Población

El diseño metodológico comprende la descripción del tipo de diseño empleado, acompañado de una explicación detallada de los procedimientos, etapas o secuencia de operaciones que se llevarán a cabo para garantizar la obtención y el procesamiento adecuado de la información necesaria. Este apartado incluye el establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión que determinarán qué participantes serán considerados aptos para formar parte del estudio, asegurando así la representatividad y validez de las cifras obtenidas; asimismo, se definirá la población de estudio, precisando sus características generales, y la delimitación de la muestra, especificando el tamaño y el método de muestreo utilizado; estos elementos permiten estructurar una metodología rigurosa y coherente con los objetivos planteados en la investigación.

Criterios de inclusión:

- Gestantes adolescentes (menores de 19 años) atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca.
- Pacientes con historias clínicas completas y con registros claros de complicaciones gineco-obstétricas.
- Gestantes adolescentes atendidas durante el periodo de estudio establecido.
- Casos donde se cuente con autorización institucional y de la gestante para el uso de los datos.

Criterio de exclusión:

- Gestantes con diagnósticos gineco-obstétricos fuera del rango de edad definido (menores de 10 años o mayores de 19 años).
- Gestantes adolescentes con historias clínicas incompletas o ilegibles cuya atención no incluyó el registro de complicaciones gineco-obstétricas.
- Gestantes adolescentes atendidas fuera del periodo establecido.
- Historias clínicas que no cuenten con autorización institucional o de la gestante para su revisión.

La población para este proyecto está conformada por 100 gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca.

Muestra

Conformado por 80 madres gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca que cumplieron con los criterios.

El muestreo empleado es no probabilístico por conveniencia, ya que la selección de la muestra se realiza en función de la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas para participar, el intervalo de tiempo establecido u otras especificaciones prácticas relacionadas con elementos particulares (44).

Procedimientos y Técnicas

En cuanto a la técnica, se optó por observación, que consiste en recopilar información mediante la percepción directa y sistemática de hechos, comportamientos o situaciones en su contexto natural, sin intervenir en las variables, en este caso, se empleó para examinar y registrar datos clínicos previamente documentados en las historias médicas de las gestantes adolescentes atendidas.

El instrumento constó de una ficha de recolección de data, que permitió registrar información específica de manera organizada y estandarizada mediante categorías y variables previamente definidas, adaptadas a los objetivos del estudio, como factores sociodemográficos, tipo de complicaciones gineco-obstétricas, y otras variables relevantes, de tal manera que se aseguró la

sistematización y precisión de los datos recopilados durante el análisis. Constaba de 4 partes, en las que se recopila datos generales, características sociodemográficas de la gestante adolescente, complicaciones ginecológicas y obstétricas (Anexo 2).

El instrumento empleado deberá ser validado, dicha validación incluirá el juicio de expertos en el área gineco-obstétrica, así como la realización de pruebas estadísticas que aseguren su confiabilidad, siendo a más adecuada la prueba Kr-20.

El proceso de recolección de datos en la investigación se llevará a cabo mediante la revisión de las historias clínicas de las embarazadas atendidas en dicho hospital; para ello, se seleccionarán las historias correspondientes a las menores gestantes que aceptaron formar parte del estudio y que corresponden al periodo 2024; además, el lugar de recolección será el hospital Simón Bolívar, específicamente en los departamentos de gineco-obstetricia y archivo médico, donde se podrán consultar las historias clínicas de manera accesible y organizada; y el investigador será el único encargado de la recolección de datos.

Aspectos éticos

En el desarrollo de esta investigación se asegurará la observancia rigurosa de los preceptos éticos esenciales, priorizando el respeto, la confidencialidad y el bienestar de los participantes; para ello, se empleará una Hoja de Consentimiento Informado, mediante la cual se explicará de manera clara y accesible los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio.

Las participantes tendrán plena libertad para decidir su inclusión o exclusión, sin que ello incida negativamente en la provisión de cuidados clínicos que se les dispensan y se les asegurará la discrecionalidad en el manejo de la data obtenida, resguardando los datos sensibles y clínicos de las gestantes adolescentes bajo estrictas normas de confidencialidad; ya que toda la información será utilizada exclusivamente con fines de investigación y será presentada en forma agregada, sin identificar a las participantes de manera individual.

Además, se garantizará que el estudio cumpla con las normativas éticas, tales como las directrices de la Declaración de Helsinki y los lineamientos de ética en investigaciones de salud; y se buscará la aprobación del comité de ética asegurando así que la investigación se lleve a garantizando la inviolabilidad de los derechos fundamentales y la preservación de la dignidad ontológica de las personas involucradas.

El análisis de la data fue de tipo descriptivo y estadístico, utilizando frecuencias absolutas y relativas para identificar la prevalencia de complicaciones gineco-obstétricas del conjunto estudiado, posteriormente los datos fueron procesados inicialmente en Excel para su organización, y luego analizados con el software SPSS, que permitió generar tablas y gráficos que respaldaron los resultados; este procedimiento aseguró la sistematización, precisión y claridad en el análisis de la información.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

OE1: identificar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca, 2024.

Tabla 1

Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10 a 14 años	1	1,3	1,3	1,3
15 a 19 años	79	98,8	98,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa la distribución de las gestantes adolescentes según grupo etario; del total de 80 adolescentes atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca durante el año 2024, el 98,8% (n = 79) se encuentra en el rango de 15 a 19 años, mientras que solo el 1,3% (n = 1) corresponde al grupo de 10 a 14 años; estos resultados evidencian que la gran mayoría de embarazos adolescentes se concentra en la etapa tardía de la adolescencia (15–19 años).

Tabla 2

Nivel de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	41	51,2	51,2	51,2
Secundaria	39	48,8	48,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se presenta la distribución del nivel de instrucción de las 80 gestantes adolescentes atendidas, donde se observa que el 51,2% (n = 41) cuenta con educación primaria, mientras que el 48,8% (n = 39) alcanzó el nivel secundario; estos resultados evidencian que más de la mitad de las gestantes adolescentes

posee únicamente estudios primarios, lo que refleja un nivel educativo básico predominante en la población evaluada.

Tabla 3

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empleada	14	17,5	17,5	17,5
Desempleada	66	82,5	82,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se presenta la distribución de la ocupación de las 80 gestantes adolescentes atendidas, donde se observa que el 82,5% (n = 66) se encuentra desempleada, mientras que solo el 17,5% (n = 14) refiere estar empleada; estos resultados evidencian que la mayoría de las gestantes adolescentes no realiza una actividad laboral remunerada, lo cual refleja una condición de dependencia económica, ya sea de los padres, pareja u otros familiares.

Tabla 4

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	22	27,5	27,5	27,5
Conviviente	58	72,5	72,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa la distribución del estado civil de las 80 gestantes adolescentes atendidas, donde se evidencia que el 72,5% (n = 58) se encuentra en condición de conviviente, mientras que el 27,5% (n = 22) refiere ser soltera; estos resultados muestran que la mayoría de las adolescentes gestantes mantiene una relación de convivencia con su pareja, lo que podría interpretarse como la formalización de una unión temprana a raíz del embarazo o como parte

de un contexto sociocultural donde la convivencia se establece a edades tempranas.

OE2: evaluar las complicaciones ginecológicas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca, 2024.

Tabla 5
Enfermedades de transmisión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	80	100,0	100,0	100,0
Presente	0	0,0	0,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 100,0% (n = 80) de las gestantes adolescentes atendidas no presentó enfermedades de transmisión sexual registradas en la ficha de recolección de datos; este resultado indica que, dentro de la muestra evaluada, no se reportaron casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el periodo de estudio.

Tabla 6
Infecciones vaginales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	65	81,3	81,3	81,3
Presente	15	18,8	18,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se presenta la distribución de infecciones vaginales en las gestantes adolescentes atendidas, donde se observa que el 81,3% (n = 65) no presentó infección vaginal, mientras que el 18,8% (n = 15) sí registró presencia de esta condición.

Tabla 7*Prolapso uterino*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	80	100,0	100,0	100,0
Presente	0	0,0	0,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 100,0% (n = 80) de las gestantes adolescentes no presentó prolapso uterino, mientras que no se registraron casos con presencia de esta condición (0,0%).

OE3: determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca, 2024.

Tabla 8*Anemia*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	49	61,3	61,3	61,3
Presente	31	38,8	38,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 61,3% (n = 49) de las gestantes adolescentes no presentó anemia, mientras que el 38,8% (n = 31) sí fue diagnosticada con esta condición; este resultado evidencia que casi cuatro de cada diez adolescentes gestantes presentaron anemia, lo cual representa una proporción considerable dentro de la muestra pues la anemia durante la gestación constituye un factor de riesgo materno-perinatal, asociado a complicaciones como parto prematuro, bajo peso al nacer y mayor riesgo de morbilidad materna.

Tabla 9*Infección del tracto urinario*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	61	76,3	76,3	76,3
Presente	19	23,7	23,7	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 76,3% (n = 61) de las gestantes adolescentes no presentó infección del tracto urinario, mientras que el 23,7% (n = 19) sí registró esta condición; esto indica que aproximadamente una de cada cuatro adolescentes presentó infección uterina durante la gestación, proporción que no es menor en términos clínicos. Este tipo de infección puede asociarse a complicaciones obstétricas como amenaza de parto pretérmino o infecciones puerperales si no se trata oportunamente.

Tabla 10*Síndrome hipertensivo del embarazo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	73	91,3	91,3	91,3
Presente	7	8,8	8,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 91,3% (n = 73) de las gestantes adolescentes no presentó síndrome hipertensivo del embarazo, mientras que el 8,8% (n = 7) sí fue diagnosticada con esta complicación. Si bien la mayoría no presentó esta patología, el porcentaje registrado (casi 1 de cada 10 gestantes) es clínicamente relevante, considerando que los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal.

Tabla 11*Diabetes gestacional*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	80	100,0	100,0	100,0
Presente	0	0,0	0,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 100% (n = 80) de las gestantes adolescentes no presentó diabetes gestacional, no registrándose ningún caso en la muestra evaluada.

Tabla 12*Rotura prematura de membranas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	70	87,5	87,5	87,5
Presente	10	12,5	12,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 12,5% (n = 10) de las gestantes adolescentes presentó rotura prematura de membranas, mientras que el 87,5% (n = 70) no registró esta complicación. La proporción identificada indica la presencia de un evento obstétrico relevante dentro de la muestra, el cual requiere control prenatal estricto debido a su asociación con parto pretérmino y riesgo infeccioso materno-fetal.

Tabla 13*Desprendimiento prematuro de placenta monoinserta*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	80	100,0	100,0	100,0
Presente	0	0,0	0,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 100,0% (n = 80) de las gestantes adolescentes no presentó desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, no registrándose casos en la muestra evaluada; este resultado indica ausencia de esta complicación obstétrica durante el periodo de estudio, lo que refleja un desenlace favorable en relación con este evento, considerado de alta gravedad por su asociación con hemorragia materna y compromiso fetal.

Tabla 14*Retardo del crecimiento intrauterino*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	80	100,0	100,0	100,0
Presente	0	0,0	0,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 100,0% (n = 80) de las gestantes adolescentes no presentó retardo del crecimiento intrauterino, no registrándose casos en la muestra estudiada; este resultado indica que, durante el periodo evaluado, no se evidenció compromiso del crecimiento fetal en la población analizada, lo que constituye un indicador favorable respecto a la evolución perinatal.

Tabla 15*Trabajo de parto prolongado*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	69	86,3	86,3	86,3
Presente	11	13,8	13,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 13,8% (n = 11) de las gestantes adolescentes presentó trabajo de parto prolongado, mientras que el 86,3% (n = 69) no evidenció esta complicación. La presencia de estos casos indica que una proporción de la muestra experimentó una evolución obstétrica más lenta de lo esperado, situación que puede incrementar el riesgo de intervenciones médicas y complicaciones materno-fetales, por lo que requiere monitoreo intraparto adecuado.

Tabla 16*Parto vaginal normal*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	42	52,5	52,5	52,5
Presente	38	47,5	47,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 47,5% (n = 38) de las gestantes adolescentes culminó en parto vaginal normal, mientras que el 52,5% (n = 42) no presentó este tipo de desenlace; estos resultados muestran que menos de la mitad de los casos finalizó mediante parto eutócico, lo que sugiere que en la mayoría de las gestantes se requirió otro tipo de resolución obstétrica, aspecto que puede estar asociado a complicaciones maternas, condiciones clínicas o indicaciones médicas específicas durante el trabajo de parto.

Tabla 17*Cesárea*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	68	85	85,0	85,0
Presente	12	15	15,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 15,0% (n = 12) de las gestantes adolescentes fue sometida a cesárea, mientras que el 85,0% (n = 68) no requirió este procedimiento quirúrgico. La proporción registrada indica que una minoría de los casos necesitó intervención quirúrgica para la culminación del embarazo, lo cual sugiere que la mayoría de los partos se resolvió por vía no quirúrgica.

Tabla 18*Parto instrumentalizado*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	80	100,0	100,0	100,0
Presente	0	0,0	0,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 100,0% (n = 80) de las gestantes adolescentes no presentó parto instrumentalizado, no registrándose ningún caso en la muestra evaluada; este resultado indica que no fue necesario el uso de instrumentos obstétricos (como fórceps o vacuum) para la culminación del parto en los casos estudiados, evidenciando ausencia de complicaciones que demandaran este tipo de intervención.

Tabla 19*Parto prematuro*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	80	100,0	100,0	100,0
Presente	0	0,0	0,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 100,0% ($n = 80$) de las gestantes adolescentes no presentó parto prematuro, no registrándose casos en la muestra estudiada; este resultado indica que todos los embarazos culminaron a término, sin evidenciar nacimientos antes de las 37 semanas de gestación, lo que constituye un desenlace perinatal favorable en la población evaluada.

Tabla 20*Recién nacidos pequeños para la edad gestacional*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	79	98,8	98,8	98,8
Presente	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 1,3% ($n = 1$) de los recién nacidos fue clasificado como pequeño para la edad gestacional, mientras que el 98,8% ($n = 79$) no presentó esta condición. La baja frecuencia registrada indica que casi la totalidad de los neonatos presentó un crecimiento acorde a la edad gestacional, evidenciando un resultado perinatal favorable en la población estudiada.

Tabla 21*Recién nacidos adecuados para la edad gestacional*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	33	41,3	41,3	41,3
Presente	47	58,8	58,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 58,8% (n = 47) de los recién nacidos fue clasificado como adecuado para la edad gestacional, mientras que el 41,3% (n = 33) no se encontró dentro de esta categoría.

Tabla 22*Recién nacidos grandes para la edad gestacional*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	79	98,8	98,8	98,8
Presente	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 1,3% (n = 1) de los recién nacidos fue clasificado como grande para la edad gestacional, mientras que el 98,8% (n = 79) no presentó esta condición. La frecuencia registrada es mínima, lo que indica que los casos de macrosomía o crecimiento superior al esperado para la edad gestacional fueron poco frecuentes en la población evaluada.

Tabla 23*Puntaje APGAR < 7*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausente	80	100,0	100,0	100,0
Presente	0	0,0	0,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Nota. Obtenido de la ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que el 100,0% (n = 80) de los recién nacidos no presentó puntaje APGAR menor de 7, no registrándose casos en la muestra evaluada; este resultado indica que todos los neonatos presentaron una adecuada adaptación inmediata al nacimiento, sin evidencia de depresión neonatal al primer o quinto minuto de vida, lo que constituye un indicador favorable del estado clínico perinatal.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, la mayoría de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca durante el año 2024 se encontraron en el rango etario de 15 a 19 años (98,8%), predominando además el nivel educativo primario (51,2%), la condición de desempleo (82,5%) y el estado civil conviviente (72,5%). Estos hallazgos evidencian que el embarazo adolescente en la población estudiada se presenta principalmente en la etapa tardía de la adolescencia y en un contexto de vulnerabilidad socioeconómica y dependencia económica, lo cual podría influir en la aparición de complicaciones durante la gestación.

En relación con las complicaciones ginecológicas, no se registraron casos de enfermedades de transmisión sexual ni prolapso uterino, mientras que el 18,8% presentó infecciones vaginales. La baja frecuencia de patologías ginecológicas podría explicarse por un adecuado control prenatal o por posible subregistro en historias clínicas; sin embargo, la presencia de infecciones vaginales en casi una quinta parte de la muestra indica que este grupo mantiene susceptibilidad a procesos infecciosos asociados a cambios hormonales propios de la gestación.

Respecto a las complicaciones obstétricas, se evidenció que la anemia fue la complicación más frecuente (38,8%), seguida por infección del tracto uterino (23,7%), trabajo de parto prolongado (13,8%), rotura prematura de membranas (12,5%) y síndrome hipertensivo del embarazo (8,8%). No se registraron casos de diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, retardo del crecimiento intrauterino ni parto prematuro; por tanto, estos resultados indican que, aunque no se presentaron complicaciones obstétricas de extrema gravedad, existe una proporción considerable de adolescentes que experimentó condiciones que pueden comprometer la salud materno-perinatal.

Al comparar estos hallazgos con lo reportado por Salazar (13), quien encontró que la anemia fue una de las principales complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes, se observa coincidencia en identificar esta patología como una de las más prevalentes. Asimismo, Sandoval (14) reportó que la anemia alcanzó una frecuencia de 26,1%, cifra inferior a la encontrada en el presente estudio

(38,8%), lo que podría explicarse por diferencias en el contexto geográfico y socioeconómico, considerando que Cajamarca presenta índices elevados de pobreza y limitaciones nutricionales que pueden influir en el estado hematológico de las gestantes.

De manera similar, Utoo B. et al. (15) identificaron la anemia (37,2%) como una de las complicaciones más frecuentes en embarazos adolescentes, resultado muy cercano al obtenido en esta investigación, lo que refuerza la evidencia de que el déficit de hierro constituye un problema recurrente en esta población debido a la coexistencia de demandas nutricionales propias del crecimiento adolescente y del embarazo.

En cuanto al síndrome hipertensivo del embarazo (8,8%), la frecuencia encontrada es menor a la reportada por Ormeño-Soto y Ybasta-Soto (12), quienes hallaron una prevalencia de preeclampsia de 24,1%. Esta diferencia podría deberse a variaciones en el tamaño muestral, características clínicas de la población o calidad del control prenatal. No obstante, aunque el porcentaje en el presente estudio es menor, continúa siendo clínicamente relevante dado que los trastornos hipertensivos representan una de las principales causas de morbilidad materna.

Respecto a la rotura prematura de membranas (12,5%) y trabajo de parto prolongado (13,8%), los resultados guardan relación con lo descrito por Hernández (10), quien evidenció mayor incidencia de ruptura prematura de membranas en adolescentes comparadas con adultas (RR 4,02), lo cual sugiere que la inmadurez biológica y posibles infecciones subyacentes podrían influir en la aparición de estas complicaciones en gestantes jóvenes.

En relación con los desenlaces perinatales, el 58,8% de los recién nacidos fue clasificado como adecuado para la edad gestacional, mientras que solo el 1,3% fue pequeño y 1,3% grande para la edad gestacional; además, no se registraron casos con puntaje APGAR menor de 7 ni partos prematuros; por lo cual, se reflejan desenlaces neonatales mayormente favorables, lo cual podría estar relacionado con una adecuada atención intrahospitalaria. Sin embargo, resulta llamativa la ausencia total de parto prematuro, considerando que la literatura

reporta mayor riesgo en adolescentes, como lo señalan Diabelková J. et al. (3) y Kassa G. et al. (2), quienes describen incremento de resultados perinatales adversos en esta población. Esta discrepancia podría atribuirse al tamaño de muestra limitado o a criterios estrictos de inclusión.

En cuanto a las características sociodemográficas, el predominio de nivel educativo primario y condición de desempleo coincide con lo reportado por Cueto (11), quien encontró asociación significativa entre factores sociodemográficos y complicaciones obstétricas ($p < 0,05$). Ello sugiere que el componente social y educativo podría desempeñar un rol importante en la vulnerabilidad de las gestantes adolescentes.

De manera general, los resultados del presente estudio evidencian que, aunque la mayoría de las gestantes adolescentes no presentó complicaciones obstétricas severas, existe una frecuencia considerable de anemia e infecciones que requieren intervenciones preventivas fortalecidas. Asimismo, la coexistencia de factores sociales como bajo nivel educativo y dependencia económica podría constituir un elemento predisponente para la aparición de complicaciones.

En relación con las limitaciones del estudio, el diseño transversal y retrospectivo no permite establecer relaciones causales, sino únicamente describir la prevalencia de las complicaciones. Además, el muestreo no probabilístico por conveniencia limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. La dependencia de registros clínicos podría haber generado subregistro de algunas patologías, especialmente aquellas no documentadas adecuadamente en las historias médicas. Finalmente, no se analizaron asociaciones estadísticas entre variables sociodemográficas y complicaciones obstétricas, lo cual podría ser considerado en futuras investigaciones para profundizar en los factores determinantes dentro del contexto regional.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

En relación al objetivo general, se determinó que la prevalencia de complicaciones gineco-obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca durante el año 2024 estuvo principalmente representada por anemia (38,8%), seguida de infección del tracto uterino (23,7%), trabajo de parto prolongado (13,8%), rotura prematura de membranas (12,5%) y síndrome hipertensivo del embarazo (8,8%). No se registraron casos de diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, retardo del crecimiento intrauterino ni parto prematuro.

En relación al primer objetivo específico, se identificó que predominó el grupo etario de 15 a 19 años (98,8%), con mayoría de adolescentes convivientes (72,5%), desempleadas (82,5%) y con nivel de instrucción primaria (51,2%). Estos resultados reflejan que las gestantes adolescentes atendidas se encuentran en un contexto de vulnerabilidad socioeconómica y dependencia económica, factores que podrían influir en la aparición de complicaciones durante la gestación.

En relación al segundo objetivo específico, se concluyó que las complicaciones ginecológicas fueron poco frecuentes, no registrándose casos de enfermedades de transmisión sexual ni prolapso uterino, mientras que las infecciones vaginales estuvieron presentes en el 18,8% de las gestantes adolescentes. Esto indica que, aunque la mayoría no presentó patologías ginecológicas relevantes, existe una proporción que mantiene riesgo de procesos infecciosos durante el embarazo.

En relación al tercer objetivo específico, se determinó que las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron la anemia y las infecciones del tracto urinario, seguidas de eventos relacionados con el trabajo de parto como rotura prematura de membranas y trabajo de parto prolongado. Asimismo, los desenlaces perinatales fueron mayormente favorables, evidenciándose que el 58,8% de los recién nacidos fueron adecuados para la edad gestacional, con ausencia de puntaje APGAR menor de 7 y sin registros de parto prematuro, lo que sugiere adecuada resolución intrahospitalaria en la mayoría de los casos.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

En relación al objetivo general, se recomienda fortalecer las estrategias de prevención y control de complicaciones gineco-obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca, mediante un enfoque integral que incluya detección temprana de factores de riesgo, seguimiento clínico continuo y educación preventiva, con el fin de reducir la frecuencia de anemia, infecciones y otras complicaciones identificadas en el estudio.

En relación al primer objetivo específico, se recomienda implementar intervenciones diferenciadas dirigidas a gestantes adolescentes en situación de vulnerabilidad socioeconómica, priorizando a aquellas con bajo nivel educativo y condición de desempleo, mediante programas de consejería adaptados a su nivel de comprensión y reforzando el acompañamiento social y familiar durante el embarazo.

En relación al segundo objetivo específico, se recomienda reforzar el tamizaje y tratamiento oportuno de infecciones vaginales y del tracto urinario durante el control prenatal, estableciendo protocolos estrictos de evaluación periódica y asegurando la adherencia al tratamiento, con el propósito de prevenir complicaciones asociadas como rotura prematura de membranas y trabajo de parto prolongado.

En relación al tercer objetivo específico, se recomienda intensificar las estrategias de prevención y manejo de anemia en gestantes adolescentes, promoviendo suplementación adecuada con hierro y ácido fólico, educación nutricional personalizada y monitoreo constante de niveles de hemoglobina, a fin de disminuir la principal complicación obstétrica encontrada en la población estudiada.

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pietras J, Jarząbek-Bielecka G, Mizgier M, Markowska A. Adolescent pregnancy – medical, legal and social issues. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [internet]. 2024 [Consultado el 11 de junio de 2025]; 37(1):1–19. 10.1080/14767058.2024.2391490
2. Kassa G, Arowojolu A, Odukogbe A, Yalew A. Adverse maternal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia: A prospective cohort study. Navaneetham K, editor. *PLoS One* [Internet]. 2021 [Consultado el 13 de mayo de 2023];16(9):85–99. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257485>
3. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová L. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [Consultado el 25 de febrero de 2023];20(5):13–41. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>
4. Amjad S, Adesunkanmi M, Twynstra J, Seabrook J, Ospina M. Social Determinants of Health and Adverse Outcomes in Adolescent Pregnancies. *Semin Reprod Med.* [Internet]. 2022 [Consultado el 25 de marzo de 2023];40(2):116–223. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [Consultado el 25 de febrero de 2023]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
6. Rey G, Paller L, Feldman F, Lauria W. Obstetric and perinatal outcomes in teenage pregnancy: a literature review. *Int J Fam Community Med* [Internet]. 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023];5(1):179-183. 10.15406/ijfcm.2021.05.00211
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). OPS, UNICEF y UNFPA unen esfuerzos para abordar el embarazo adolescente en poblaciones vulnerables en ALC [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [23 de diciembre del 2025]. <https://www.paho.org/es/noticias/13-9-2024-ops-unicef-unfpa-unen-esfuerzos-para-abordar-embarazo-adolescente-poblaciones>

8. Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Observatorio CEPLAN. Descenso del embarazo en niñas y adolescentes [Internet]. Lima: PCM; 2024 [23 de diciembre del 2024]. <https://observatorio.ceplan.gob.pe/ficha/t15>
9. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Tablero digital sobre el embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes en el Perú. Mapa del embarazo y la maternidad adolescentes en el Perú [Internet]. Lima: UNFPA; 2024 [23 de diciembre del 2024]. <https://peru.unfpa.org/es/mapa-embarazo-y-maternidad-adolescentes-peru>
10. Gobierno Regional Cajamarca. Nota de Prensa N.º 2701 [Internet]. Cajamarca: Gobierno Regional Cajamarca; 2024 [23 de diciembre del 2024]. <https://www.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/pdf/9434#:~:text=En la región Cajamarca el porcentaje de mujeres,nacional%2C este grupo corresponde al 8%2C2%25 %28ENDES-INEI 2023%29.>
11. Dávila A. Cajamarca: tercer lugar en índice de embarazos adolescentes según el Minsa [Internet]. Contigotv; 2024 [23 de diciembre del 2024]. <https://contigotv.pe/cajamarca-tercer-lugar-en-indice-de-embarazos-adolescentes-segun-el-minsa/>
12. Carhuavilca D. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2020 [Internet]. Lima: INEI; 2021 [23 de diciembre del 2024]. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentacion-resultados-endes-2020.pdf>
13. Salazar E. 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 [Internet] [Tesis de título, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2024 [23 de diciembre del 2024]. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2daa9d4a-9691-4126-8eeb-12e1c1a51e43/content>
14. Montoya E. Análisis holístico de las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y postparto en adolescentes ingresadas en el Hospital Básico de Borbón [Internet] [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del

- Ecuador]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020 [23 de diciembre del 2024].
<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/d19d87c2-157e-47f4-b86e-663ea7ae2dfa/content>
15. Nieto A, Quiñonero J, Cascales P. Obstetricia y ginecología [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2022 [23 de diciembre del 2024].
https://www.google.com.pe/books/edition/Obstetricia_y_Ginecología/DJpxEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
 16. Mehta S, Grover A, eds. Infections and pregnancy [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2022 [23 de diciembre del 2024].
<https://link.springer.com/10.1007/978-981-16-7865-3>
 17. Macdonald S, Johnson G, eds. Mayes' midwifery [Internet]. 16th ed. London: Elsevier; 2024 [23 de diciembre del 2024].
https://www.google.com.pe/books/edition/Mayes_Midwifery_E_Book/mjfAEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=uterine+prolapse+pregnancy&pg=PA1201&printsec=frontcover
 18. Pschyrembel K. Diccionario Pschyrembel de ginecología y obstetricia [Internet]. Berlin: Walter de Gruyter & Co; 2021 [23 de diciembre del 2024].
https://www.google.com.pe/books/edition/Diccionario_Pschyrembel_de_Ginecologia_y/LoatEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
 19. Ferri F. Ferri. Consultor clínico. Diagnóstico y tratamiento [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2023 [23 de diciembre de 2024].
https://www.google.com.pe/books/edition/Ferri_Consultor_clínico_Diagnóstico_y/0BSwEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
 20. Flynn M, Martinez M. Ackley y Ladwig. Manual de Diagnósticos de Enfermería [Internet]. Madrid: Elsevier; 2023.
https://www.google.com.pe/books/edition/Ackley_y_Ladwig_Manual_de_Diagnósticos/1EzXEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=0
 21. Jankovic J, Mazziota J, Pomeroy S, Newman N, eds. Bradley y Daroff. Neurología clínica [Internet]. 2nd ed. Barcelona: Elsevier; 2022 [Consultado el 25 de marzo de 2023].

https://www.google.com.pe/books/edition/Bradley_y_Daroff_Neurología_clínica/-q6GEAAQBAJ?hl=es&gbpv=1

22. McPherson R, Pincus M. Henry. Diagnóstico clínico y técnicas de laboratorio [Internet]. 24th ed. Barcelona: Elsevier; 2022 [Consultado el 25 de marzo de 2023].https://www.google.com.pe/books/edition/Henry_Diagnóstico_clínico_y_técnicas/YruYEAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
23. Landon M. Gabbe. Obstetricia: embarazos normales y de riesgo [Internet]. Madrid: Elsevier; 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023].https://www.google.com.pe/books/edition/Gabbe_Obstetricia/S5iZEAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
24. Quintanar L, Rodríguez L, Cavazos M, Valente B, eds. Manual del médico interno de pregrado [Internet]. 2nd ed. Chapultepec: Intersistemas; 2023 [Consultado el 25 de marzo de 2023].https://www.google.com.pe/books/edition/Manual_del_Médico_Interno_de_Pregrado/33-_EAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
25. Torchia M, Persaud T. Embriología clínica básica [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023].https://www.google.com.pe/books/edition/Embriología_clínica_básica/-BJuEAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
26. Centro Nacional de Investigación de Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETES). Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2020 [Consultado el 25 de marzo de 2023].
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013(1).pdf)
27. Goldman L, Schafer A. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna [Internet]. 26th ed. Madrid: ELSEVIER; 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023].https://www.google.com.pe/books/edition/Goldman_Cecil_Tratado_de_medicina_intern/SkEoEAAQBAJ?hl=es&gbpv=1

28. Goldman L, Schafer A. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna [Internet]. 26th ed. Madrid: ELSEVIER; 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023] https://www.google.com.pe/books/edition/Alimentación_y_nutrición_de_la_mujer_e/1DBJEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
29. Nix S, Williams. Nutrición básica y dietoterapia [Internet]. Roma: ELSEVIER; 2022 [Consultado el 25 de marzo de 2023] https://www.google.com.pe/books/edition/Williams_Nutrición_básica_y_dietoterapia/yxp4EAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
30. Burhansstipanov L, Braun K. Indigenous Public Health [Internet]. Kentucky: Association of University Press; 2022 [Consultado el 25 de marzo de 2023]. https://www.google.com.pe/books/edition/Indigenous_Public_Health/syR-EAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
31. Meriño H. Gestión del Conocimiento. Perspectiva Multidisciplinaria [Internet]. Santa Bárbara: Fondo Editorial Universitario de la Universidad Nacional Experimental del Sur del Lago de Maracaibo; 2022 [Consultado el 25 de marzo de 2023]. https://www.researchgate.net/publication/365715572_Factores_interculturales_y_socioeconomicos_de_riesgo_en_embarazo_adolescente_de_migrantes_venezolanas_en_Atlantico_-_Barranquilla_-_Colombia
32. Stemmelin G, Dupont J. Hematología [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Hematología; 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023]. <https://www.google.com.pe/books/edition/Hematologia/Qp5MEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=complicaciones+obstetricas+son&pg=PA394&printsec=frontcover>
33. Avedissian T, Alayan N. Adolescent well-being: A concept analysis. Int J Ment Health Nurse [internet]. 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023];; 30(2):357–67. 10.1111/inm.12833
35. Blyth U, Lall A, Jaffray B, Choudhary M. Transition Care from Adolescence to Adulthood: A 10-Year Service Review of the Gynecological Implications for Young Women and Girls Born with Cloacal Anomalies. J Pediatr Adolesc Gynecol [internet]. 2023 [Consultado el 25 de marzo de 2023];34(3):412–4. 10.1016/j.jpag.2021.01.001

36. Cabrera S. Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. *Rev Peru Ginecol Obstet* [internet]. 2023 [Consultado el 25 de marzo de 2023];69(3):1–12. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v69i2553>
37. Nabugoomu J, Seruwagi G, Hanning R. What can be done to reduce the prevalence of teen pregnancy in rural Eastern Uganda?: multi-stakeholder perceptions. *Reprod Health* [internet]. 2023 [Consultado el 25 de marzo de 2024];17(1):134. 10.1186/s12978-020-00984-x
38. Uwizeye D, Muhayiteto R, Kantarama E, Wiehler S, Murangwa Y. Prevalence of teenage pregnancy and the associated contextual correlates in Rwanda. *Heliyon* [Consultado el 25 de marzo de 2023]; 2020;6(10):37-50. 10.1016/j.heliyon.2020.e05037
39. Romero H, Real J, Ordoñez JL, Gavino G, Saldarriaga G. Metodología de la investigación [Internet]. 1st ed. Lascano E, editor. Vol. 1. Guayaquil: Edicumbre Editorial Corporativa; 2021 [Consultado el 26 de mayo de 2024] https://www.researchgate.net/publication/356568692_Metodologia_de_la_investigacion_cientifica
40. Ruiz C, Valenzuela M. Metodología de la investigación [Internet]. 1st ed. Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja Daniel Hernández Morillo, editor. Huancavelica: UNAT-Fondo Editorial; 2022 [Consultado el 25 de marzo de 2023]. <https://fondoeditorial.unat.edu.pe/index.php/EdiUnat/catalog/download/4/5/13?inline=1>
41. Guevara G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo* [internet]. 2023 [Consultado el 25 de marzo de 2023];4(3):163–73. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
42. Corona L, Fonseca M. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. *MediSur* [internet]. 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023];19(2):338–41. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v19n2/1727-897X-ms-19-02-338.pdf>
43. Medina M, Rojas R, Bustamante W, Loaiza R, Martel C, Castillo R. Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación [Internet]. 1st ed.

Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C; 2023 [Consultado el 25 de marzo de 2023].<https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/view/90/133/157>

44. Hernández O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. Rev Cuba Med Gen Integr [internet] 2021 [Consultado el 25 de marzo de 2023];37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002

5. Anexos

CAPÍTULO VIII: ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Problema de investigación	Objetivos	Variables	Dimensión	Diseño de investigación	Métodos y técnicas	Población y muestra
Prevalencia de complicaciones gineco - obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca	¿Cuál es la prevalencia de complicaciones gineco - obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca?	GENERAL: Analizar la prevalencia de complicaciones gineco - obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca	Gestantes adolescentes	Características sociodemográficas	Cuantitativo, Observacional y Descriptivo.	Técnicas: Observación. Instrumento: Ficha de recolección de datos	POBLACIÓN: Conformado por 100 historias clínicas de gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca
		ESPECÍFICOS: • Identificar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca. • Evaluar las complicaciones ginecológicas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca. • Determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca.	Complicaciones gineco - obstétricas	Complicaciones ginecológicas Complicaciones obstétricas		Análisis de datos: Descriptivo, estadístico, con frecuencias absolutas y relativas	MUESTRA: Conformado por 80 historias clínicas gestantes adolescentes atendidas en el hospital simón Bolívar de Cajamarca

Anexo 2. Matriz de operacionalización

Variable	Definición	Tipo	Escala	Dimensión	Indicador	Unidad de análisis
Complicaciones gineco-obstétricas	Problema médico que surge en el ámbito de la salud reproductiva femenina y el embarazo, que pueden presentarse durante el embarazo, el parto o el posparto, y afectan tanto a la madre como al feto.	Cualitativa	Nominal	Complicaciones ginecológicas	Enfermedad de Transmisión sexual (ETS)	Historia clínica de pacientes
					Infecciones vaginales	
					Prolapso uterino	
				Complicaciones obstétricas	Anemia	
					Infección al tracto urinario (ITU)	
					Síndrome hipertensivo del embarazo (SHE)	
					Diabetes gestacional	
					Rotura prematura de membranas (RPM)	
					Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	
					Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)	
					Trabajo de parto prolongado	
					Parto vaginal normal	
					Cesárea	
					Parto instrumentalizado	
					Parto prematuro	
					Recién nacidos pequeños para la edad gestacional (RN PEG)	
					Recién nacidos adecuados para la edad gestacional (RN AEG)	
					Recién nacidos grandes para la edad gestacional (RN GEG)	
					RN bajo peso al nacer	
					Puntaje Apgar < 7	
Gestantes adolescentes	Adolescente entre el período de 10-19 años que experimenta un embarazo.	Cualitativa	Nominal	Características sociodemográficas	Edad	
					Nivel de instrucción	
					Ocupación	
					Estado civil	

Anexo 3. Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS “PREVALENCIA DE COMPLICACIONES GINECO - OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR DE CAJAMARCA”

I. Datos generales

Historia clínica:

N° Ficha:

Apellidos y nombres:

Fecha de nacimiento:

II. Características sociodemográficas de la gestante adolescente

2.1. Edad

- a) 10 a 14 años
- b) 15 a 19 años

2.2. Nivel de instrucción

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

2.3. Ocupación

- a) Empleado
- b) Desempleado

2.4. Estado civil

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Divorciada
- e) Viuda

III. Complicaciones ginecológicas

	Ausente	Presente	Sem. gest
3.1. Enfermedad de transmisión sexual	()	()	()
3.2. Infecciones vaginales	()	()	()

3.3. Prolapso uterino	()	()	()
-----------------------	-----	-----	-----

IV. Complicaciones obstétricas

	Ausente	Presente	Sem. gest
4.1. Anemia	()	()	()
4.2. Infección al tracto urinario	()	()	()
4.3. Síndrome hipertensivo del embarazo	()	()	()
4.4. Diabetes gestacional	()	()	()
4.5. Rotura prematura de membranas	()	()	()
4.6. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	()	()	()
4.7. Retardo del crecimiento intrauterino	()	()	()
4.8. Trabajo de parto prolongado	()	()	()
4.9. Parto vaginal normal	()	()	()
4.10. Cesárea	()	()	()
4.11. Parto instrumentalizado	()	()	()
4.12. Parto prematuro	()	()	()
4.13. Recién nacidos			
a) Pequeños para la edad gestacional	()	()	()
b) Adecuados para la edad gestacional	()	()	()
c) Grandes para la edad gestacional	()	()	()
4.14. Recién nacidos bajo peso al nacer	()	()	()
4.15. Puntaje Apgar < 7	()	()	()