



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÈMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“GESTACIÓN EN ADOLESCENTES COMPLICACIONES MATERNAS Y
NEONATALES EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA
EsSalud - 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: ALFARO CORONEL, CARMEN GABRIELA

ASESOR: REJAS FALCON, MIGUEL

ICA – PERÚ

2014

DEDICADO A:

Dios por ser mi fortaleza, a mis padres por su ferviente y profundo amor que nos impulsa cumplir y alcanzar nuestras metas.

AGRADEZCO A:

A mi asesor y maestros por su amistad, ayuda y dedicación que nos brindan día a día.

RESUMEN

Se realizó un estudio en todos los pacientes con diagnóstico de embarazo en adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión que se atiendan en el servicio de Ginecología del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud durante el periodo comprendido entre Enero 2013 a Diciembre 2013. Teniendo como objetivo principal determinar las complicaciones maternas y neonatales asociados a embarazos en adolescentes atendidos en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – EsSalud durante el 2013 llegando a las siguientes conclusiones: La prevalencia de embarazo adolescente en el Hospital EsSalud “Augusto Hernández Mendoza” de Ica es de 22%. Las complicaciones maternas se presentan en el 51.4% de las gestantes adolescentes. Las complicaciones neonatales se presenta en el 27.8% de los recién nacidos de madres adolescentes. La complicación más frecuente en la adolescente es la desproporción céfalo pélvica (27.5%) le sigue, los trastornos hipertensivos (19.5%) la rotura prematura de membranas (17.4%), amenaza de parto pretérmino (16.8%), el trabajo de parto distócico (13.5%) y la infección puerperal (5.0%). La complicación neonatal más frecuente es la asfixia perinatal con 62% de casos, seguido de bajo peso al nacer con 34% y 4% de sepsis neonatal.

PALABRAS CLAVES: PREVALENCIA, COMPLICACIONES MATERNAS, NEONATALES, GESTANTES ADOLESCENTES.

ABSTRACT

A study was realized in all the patients by diagnosis of pregnancy in teenagers who expire with the criteria of incorporation and exclusion to that EsSalud attends in the service of Gynaecology of the Hospital Augusto Hernández Mendoza - during the period understood between January, 2013 to December, 2013. Having as principal aim determine the mother complications and neonatal associated with pregnancy in teenagers attended in the Hospital Augusto Hernández Mendoza - It Is A Health during 2013 coming to the following conclusions: The prevalence of teen pregnancy in the Hospital EsSalud "Augusto Hernández Mendoza" of Ica is 22 %. The mother complications appear in 51.4 % of the teen pregnant. The complications neonatal he appears in 27.8 % of the newborn children of teen mothers. The Caesarean is a frequent procedure in the teen pregnant (40 %), follows the threat of premature childbirth (27.5 %), the premature break of membranes (11.4 %), the disproportion mullet pelvic (7.8 %), the hypertensive disorders (6.7 %), the labor distócico (4.2 %) and the infection puerperal (2.4 %). The complication neonatal more frequent is the asphyxiation perinatal with 62 % of cases, followed from low weight to be born with 34 % and 4 % of sepsis neonatal.

KEY WORDS: PREVALENCIA, MOTHER COMPLICATIONS, NEONATALES, TEEN GESTANTES.

ÍNDICE	Pág
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	9
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL	11
1.2.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL	11
1.2.3. DELIMITACIÓN SOCIAL	11
1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	11
1.4. OBJETIVOS	11
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.5.1. HIPÓTESIS DE GENERAL.....	12
1.5.2. VARIABLES.....	12
1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	12
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	13
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.6.3. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.7.1. POBLACIÓN.....	13
1.7.2. MUESTRA.....	14
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	
1.8.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	14
1.8.2. INSTRUMENTOS.....	16
1.8.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS	16
1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.2. BASES TEÓRICAS.....	24
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	38

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	43
3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	48
3.3. CONCLUSIONES.....	50
3.4. RECOMENDACIONES.....	51
3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	52

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	55
2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56

INTRODUCCIÓN

La elaboración del presente trabajo de investigación está motivada por nuestra inquietud debido al incremento de embarazos en adolescentes a temprana edad. La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad.

Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

En casa de alguno de los padres y con su novia o novio, buena parte de los chicos y chicas se inicia sexualmente cuando está promediando los 15 años. Sin estadísticas oficiales, el comportamiento de los adolescentes se refleja en los hospitales públicos. Allí se realizan encuestas, las que arrojan como resultado que la edad promedio en que las adolescentes tienen su primera relación sexual es casi a los 16 años; y los chicos un año antes.

Por lo ya mencionado entendemos que el embarazo de las adolescentes es producto de una escasa e insuficiente información y educación sexual, por lo tanto es muy importante que el adolescente conozca todo lo relacionado al transcurrir de su gestación hasta el parto, así como la calidad de nacimiento de su producto.

En esta investigación se determina la prevalencia de gestante adolescentes, así como sus complicaciones maternas y neonatales, como paso previo para concientizar sobre la gravedad de esta situación y poder tomar medidas que mejores la realidad en beneficio de la madre y el niño.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública sobre todo en los países en vías de desarrollo como el nuestro donde el embarazo en adolescentes ocurre cada vez más en edades más tempranas. Por las repercusiones médicas y sociales, el embarazo en la adolescencia es considerado un embarazo de alto riesgo. Está además relacionado con múltiples complicaciones que amenazan la salud y la vida tanto de la madre como del producto, entre ellas la hipertensión inducida por el embarazo, abortos, anemia, hemorragias, aumento de incidencias de cesáreas, los trastornos metabólicos y respiratorias del neonato, sepsis, bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional, entre otras descritas en la literatura.

La palabra adolescente se deriva del verbo latino adolescere y su traducción correcta es “en crecimiento”, lo cual indica que es un época donde es más notoria la transición de niños a adultos por los múltiples cambios. ¹

La adolescencia es una de las etapas más importantes del ciclo vital, tiempo de formación, estudio, recreación y crecimiento personal. ²

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. En el año 1998 se observó que 2.415.355 jóvenes iniciaron relaciones sexuales, lo que representa un 60% del total de ellos. Al agregar al resultado general de la iniciación sexual infantil el grupo de jóvenes que comenzaron su experiencia sexual entre los 15 y los 19 años, se concluye que más del 90% (93.7% /2.262.091) de los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, lo han hecho antes de cumplir los 20 años^{3, 4}

¹ Magnelli, A. 2001. Obstetricia y Ginecología contemporánea. Edit. Arte. 1ª ed. Caracas, Venezuela. Cap 37: 593-606.

² Issler, J. 2001. Embarazo en la adolescencia. Rev. de postgrado de la cátedra vía medicina. 107:11-23.

³ Molina, L. 2006. Embarazo en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/EEA.PDF> [Febrero 2008].

⁴ Díaz, A., Sanhueza, P., Yaksic, N. 2002. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. [En línea]. 67 (6): 481-487. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_artext [Febrero 2008]

Los resultados de la Encuesta de la juventud venezolana (ENJUVE 1998) reflejan que cerca de dos quintos (38.3% / 932.013) de los jóvenes con experiencia sexual, han agregado a su condición juvenil la condición de paternidad, cifra que se sitúa alrededor del 69% en el caso de las jóvenes mujeres que declararon experiencia sexual. Se trata de aproximadamente 600 mil (601.637) jóvenes madres, de las cuales, más de 400 mil (425.361) tuvieron su primer hijo antes de cumplir 20 años. (4)

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros y muchos se inician sexualmente antes de los 18 años, y antes de contraer matrimonio. En América Latina y en Venezuela, la edad modal de la primera relación sexual ocurre alrededor de los 15 años, para los varones y un poco más tarde para las adolescentes. El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y sin los servicios de apoyo de orientación y salud adecuados para este grupo poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados o no planificados.⁵

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.⁶

Se realizara un estudio descriptivo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud, con el objetivo de determinar la incidencia y complicaciones maternas, y neonatales mas frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital, en el periodo de 2013; con la finalidad de contribuir a reconocer sus problemas y a mejorar su calidad de vida.

⁵ Pomata, J., García, H., Otheguy, L., Aspres, N., Fernández, T. 1997. Adolescencia y embarazo. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 16 (2): 52-56

⁶ Centro Latinoamericano de Salud y Mujer. 2004. 26 de septiembre, Día Mundial de Prevención del Embarazo Adolescente. [En línea]. Disponible: http://www.celsam.org/home/articulos.asp?cve_articulo=39 [Febrero 2008]

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación espacial.- El estudio se desarrolló en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – EsSalud

1.2.2. Delimitación temporal.- El estudio corresponde al año 2013

1.2.3. Delimitación social.- La investigación se desarrolló en las adolescentes embarazadas.

1.2.4. Delimitación conceptual.- La investigación consistió en conocer las complicaciones maternas y neonatales.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las complicaciones maternas y neonatales asociados a embarazo en adolescentes, atendidos en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud, durante Enero- Diciembre del 2013?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar las complicaciones maternas y neonatales asociados a embarazo en adolescentes atendidos en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud durante el 2013

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar la incidencia de partos en adolescentes atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud durante el 2013
- 2) Establecer las complicaciones maternas más frecuentes del embarazo en la adolescente, en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud durante el 2013
- 3) Identificar las complicaciones neonatales más frecuentes del embarazo en la adolescente en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud durante el 2013
- 4) Determinar los tipos de complicaciones maternas más frecuentes del embarazo en la adolescente en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud durante el 2013.

5) Determinar los tipos de complicaciones neonatales más frecuentes del embarazo en la adolescente en el Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud durante el 2013.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS DE GENERAL

“Los casos de embarazo en adolescentes está asociada a complicaciones en la madre y el recién nacido en el Servicio de Obstetricia del Augusto Hernández Mendoza - EsSalud en el año 2013”.

1.5.2. VARIABLES

1.5.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Adolescentes embarazadas.

1.5.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Complicaciones maternas, durante el embarazo, parto, puerperio, y complicaciones del recién nacido.

- Interviniente: Edad, complicaciones

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA
1) Edad Materna	Edad en años que tiene la mujer al momento de finalizar el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • < 19 años • De 20 a mas
2) Trastornos Hipertensivos del Embarazo	Hallazgo de presiones arteriales elevadas en la 2da mitad del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No.
3) Amenaza de Parto Pretermino	Presencia de Actividad uterina y/o modificaciones cervicales antes de las 37 sem	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No.
4) Ruptura Prematura de Membranas	Presencia de ruptura de membranas antes del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No.
5) Desproporción Cefalopélvica.	Medio seleccionado por el que se produce el nacimiento del producto.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No.

6) Vía de Terminación del Embarazo	Complicación del trabajo de parto que ponga en riesgo al feto y/o la madre.	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Cesárea
7) Trabajo de Parto Distócico	Proceso clínico caracterizado por fiebre, taquicardia y afección nivel del tracto genital o herida operatoria posterior al parto vaginal o cesárea.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No.
8) Infección puerperal	Datos clínicos de lesión hipóxico-isquémica en el recién nacido según Neonatología.	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No
9) Asfixia Perinatal	Infección diseminada caracterizada por la presencia de signos específicos o no de enfermedad sistémica secundario a infección materna o manipulación	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No
10) Sepsis Neonatal	Primera medida en gramos al nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Si. • No.
11) Peso al nacer		<ul style="list-style-type: none"> • PEG. • AEG.

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo, retrospectivo, transversal, descriptivo

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo

1.6.3. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo cuantitativo

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de embarazo en adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión que se atiendan en el servicio de Ginecología del Augusto Hernández Mendoza - EsSalud durante el periodo comprendido entre Enero 2013 a Diciembre 2013.

1.7.2. MUESTRA

Unidad de análisis:

No requerirá tamaño muestral, ya que se trabajara con la totalidad de casos de gestantes adolescentes.

Individual:

La población objetivo estuvo constituida por todas las adolescentes que presentaron término del parto a y sus recién nacidos en el Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, desde el 1° de Enero al 31 de Diciembre del 2013.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes en edad comprendida entre los 10-19 años.
- Atención del parto vaginal o cesárea en el Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, en el periodo de 2013.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 20 años.
- Pacientes adolescentes con Retraso Mental

1.8. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICA

Autorización del Director del Hospital al que se le envió una versión del proyecto y la ficha; además se realizó el envío de una circular al jefe Médico de Obstetricia, donde se explica la intención y se agrega la ficha solicitando su colaboración.

- Tiempo de recojo de acuerdo al cronograma de actividades Ejecutada entre Enero a Diciembre 2013.

Procesos seguidos durante el estudio:

- Se realiza el recojo de datos durante los últimos 12 meses
- Diseño del cuestionario y la realización de la prueba piloto.
- Colaboración de todos los jefes y servicios.

Obtenida la autorización y coordinación correspondiente, se procedió a aplicar los instrumentos antes mencionados. Los datos recolectados fueron vaciados a la Hoja Matriz de Datos para su procesamiento estadístico

Se gestionó la autorización de la Dirección del Hospital.

El tiempo de recojo, de acuerdo al Cronograma de Actividades fue ejecutado entre abril y Julio de 2014.

A todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión y quienes no tengan criterios de exclusión, se les realizó revisión de los datos de la historia clínica del Hospital.

La recolección de datos fue de fuente directa de la historia clínica y de la base de datos de reporte estadístico, de laboratorio y estuvo a cargo del propio investigador para asegurar el cumplimiento del plan de recolección.

La selección de los encuestados se realizó siguiendo un procedimiento diariamente se seleccionó al paciente que recibió atención en el Hospital en el periodo de estudio si cumplía con los criterios de selección.

Se coordinó con el personal del Hospital que pueda intervenir en el estudio.

Los datos se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa SPSS versión 18.0 tomando en cuenta todas las variables e indicadores.

El análisis descriptivo y analítico se realizó con el apoyo del paquete estadístico SPSS versión 18.0.

Las fichas fueron leídas en la base de datos obtenida en Microsoft Office Excell 2003, posteriormente fueron transformadas y procesadas en el paquete estadístico SPSS vs 18.

Previo al análisis se realizó un control de la base de datos a fin de detectar y eliminar valores fuera del rango previsto (outliers).

La información recolectada fue ingresada en una base de datos, del cual sacaron tablas de frecuencia

Los resultados son mostrados en cuadros y gráficos que ayudan a interpretar los hallazgos encontrados.

El plan de análisis consistió en la descripción estadística de cada una de las variables de estudio, cuyos valores se expresaron en tablas de frecuencia y de contingencia.

Análisis descriptivo de todas las variables, a través de la determinación de proporciones de las variables sociodemográficas y medias.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Se hizo uso de los siguientes instrumentos:

Formato de toma de recolección de datos (ver anexo 1).

Recolección de datos en cuestionarios estructurados para la población en estudio.

Este instrumento consta de preguntas sobre datos generales, diagnóstico de ingreso, servicio de procedencia. Se diseñó especialmente para el estudio.

La técnica a utilizar fue la recolección de datos en una ficha prediseñada específicamente para el estudio.

Se ha confeccionado una ficha de recolección de datos con los datos generales del paciente y las variables, la cual es llenada por los que rotan por el servicio; consignando los valores que se encuentra en la ficha de recolección de datos.

- Tiempo de recojo de acuerdo al cronograma de actividades ejecutada entre Enero 2013 a Diciembre 2013.

Procesos seguidos durante el estudio:

- Diseño del cuestionario y la realización de la prueba piloto.
- Colaboración de todos los jefes y servicios.
- Se procedió a la búsqueda de la información de las historias clínicas y exámenes diagnósticos, previa ubicación de los instrumentos, los datos fueron consignados en una ficha de datos cuyo modelo adjuntamos en anexos de este proyecto.

ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

La información que se recoja de las historias clínicas se maneja de forma confidencial. A las historias se les asignó una clave, que puede ser las iniciales del nombre del paciente, a fin de que no puedan ser reconocidas.

El manejo de la información fue anónimo y reservado para mantener la debida confidencialidad.

Si las conclusiones de la investigación tuvieran alguna implicancia importante en la marcha del hospital, se hará de conocimiento de las autoridades competentes por conducto regular y en forma confidencial.

El proyecto del presente trabajo no requiere ir al Comité de Ética del Departamento y del Hospital para su aprobación y realización, por ser un estudio retrospectivo, descriptivo.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

- El Ministerio de Salud como ente rector prioriza la atención al paciente de emergencia, como estrategia para reducir las tasas de morbilidad en estos grupos poblacionales.
- Base Legal: Constitución Política del Perú, Plan Nacional de Desarrollo, Ley General de Salud, Ley Orgánica del Sector Salud, Decreto Ley 584 y su reglamento 00292 SA Titulo IV Disposiciones Complementarias, Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25).

El embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial, por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, debido a que las consecuencias implícitas en este problema de orden bio-psico-social repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo.

En la revisión bibliográfica encontramos investigaciones en relación al tema que nos ocupa, realizadas en diferentes países, pero ninguna realizada en este centro asistencial, de allí la relevancia de este estudio que se propuso determinar los factores clínico epidemiológicos de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de embarazo adolescente del servicio de Ginecología y Obstetricia del Augusto Hernández Mendoza – Es Salud, Periodo 2013.

Con este estudio se pretende establecer una asociación de causalidad, para determinar el riesgo en las embarazadas adolescentes, por lo que se considera de vital importancia determinar la incidencia y complicaciones maternas, fetales y neonatales más frecuentes que afectan a este grupo etéreo, para incidir en ellos y contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal en nuestro hospital y resto del país.

El principal reto de este proyecto es poner en evidencia la problemática de la gestación en adolescentes en los servicios de salud por parte del Hospital Augusto Hernández Mendoza – Es Salud, sino también proporcionar las herramientas necesarias para garantizar su normal funcionamiento y para llevar a cabo las acciones en salud pública que están en la obligación de cumplir a fin de minimizar los riesgos en este grupo.

De igual forma, se pretende fortalecer la gestión de la salud pública, entendiendo ésta como el conjunto de procesos relacionados con la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones en salud contribuyen de una u otra forma en el logro de metas propuestas a fin de mejorar la calidad del servicio consolidando la acción institucional.

Es importante recalcar que el Hospital permite desarrollar proyectos que garanticen una mejora en su servicio, por tal razón se decidió socializar el proyecto obteniendo una respuesta positiva por parte de la institución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales

La probabilidad de que una mujer haya tenido una relación sexual antes de los 20 años varía entre el 46% y el 63% en Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Trinidad y Tobago, según datos obtenidos de la encuesta demográfica y de salud.⁷

Vásquez y cols (1997), en una provincia de República Dominicana estudió a 138 adolescentes embarazadas y halló que el 60.1% se hallaban en la adolescencia tardía, el 84.1% eran solteras, el 68.2% procedían de un área rural. El 71.7% solo llegaron a realizar estudios de primaria. El 73.9% refirió no utilizar anticonceptivos.⁸

En los Estados Unidos, de un millón de embarazos entre adolescentes cada año, aproximadamente medio millón resultan en nacimientos vivos y estos embarazos están expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, tanto para la madre como para su hijo.⁹

En el año 2002, se embarazaron aproximadamente 757,000 adolescentes en Estados Unidos entre la edad de 15 a 19 años; casi un 25 por ciento menos que en 1990. Aproximadamente el 31 por ciento de las mujeres estadounidenses se embaraza antes de los 20 años de edad. Casi el 13 por ciento de los hombres estadounidenses sexualmente activos de entre 15 y 19 años dicen haber dejado embarazada a una mujer.¹⁰

⁷ Carugno, J. 1998. Adolescentes embarazadas. Un estudio epidemiológico. XIV Jornada nacional de obstetricia y ginecología. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 61 (3): 153 – 156. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322001000300003&lng=es&nr m=iso [Marzo 2008]

⁸ Ruoti, M., Ruoti A., et al. 1997. Adolescentes Embarazadas: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1997; 23 (1):13-17. [En línea]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_1_97/gin03197.htm [Julio 2008]

⁹ Elster, A., Lamb M., et al. 1987. The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. JAMA. 258 (9):1187-92. [En línea]. Disponible: <http://www.popline.org/docs/0813/044218.html> [Julio2008]

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. 2005. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. Embarazo Adolescente. [En línea]. Disponible en:

Según la National Center for Health Statistics (2002), el 9,6 % de las madres de entre 15 y 19 años dio a luz a bebés de bajo peso (2,5kg), en comparación con el 7,8 % correspondiente a madres de todas las edades. El riesgo es mayor para las adolescentes más jóvenes: el 11.3% de las madres de 15 años tuvo bebés de bajo peso en 2002, comparado con el 8,9 % de las madres de 19 años (168.111 nacimientos, 14.920 de bajo peso).¹¹

Según las estadísticas, "Venezuela es considerada en la ONU como líder en embarazos no deseados". En el año 2000, de los 23 mil 247 partos atendidos en la Maternidad de Caracas, 156 fueron de niñas entre los 10 y 14 años, y cinco mil 551 de las adolescentes entre los 15 y 17 años de edad. Las cifras que maneja el Centro Latinoamericano de Salud y Mujer, señalan que de cada mil mujeres embarazadas, 98 tienen entre 15 y 19 años; una de cada 10 comienza su vida sexual antes de los 15 años.¹²

Según ENPOFAM (Encuesta de Población y Familia realizada con una muestra de mujeres adolescentes en 1998), siete de cada diez adolescentes, pertenecen a un hogar pobre. Del total de 105.948 de muertes registradas en el año 2000 (Venezuela), el 39,50% son mujeres y de ellas 12.928 (30,89%) en las edades comprendidas entre 10-49 años de edad. De estas mujeres 327 (2,53%) murieron por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; de ellas 108 (33,03%) murieron por aborto y correspondió al grupo de 15-19 años de edad, un total de 15 muertes por esta última causa, equivalente al 4,59%.(2)

El embarazo en menores de 19 años es tres veces más frecuente que en las madres jóvenes adultas (20-24 años). En relación a la residencia, el porcentaje de embarazo precoz es más frecuente en el área rural que en la urbana (18,2% Área Metropolitana, 19,4% Grandes ciudades, 21,2% Ciudades medianas y 29% en las

http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm [Julio 2008]

¹¹ Sandoval J. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34

¹² Morales, J. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008 Rev. Perú. epidemiol. Vol 12 No 3 Diciembre 2008.

pequeñas poblaciones). De cada 10 madres precoces que dejan el Sistema Educativo, 2 lo hacen a causa del embarazo, 2 porque piensan que los estudios no son importantes y 5 por razones económicas. Sólo una de cada 100 madres precoces que está fuera del sistema educativo ha concluido sus estudios.¹³

Según el MSDS en el año 2000, el 21.4% de nacimientos ocurrió en el grupo de adolescentes de 15-19 años. (2) Carugno y cols. (1998), en los Teques, estado miranda, estudió 87 adolescentes que acudieron a la consulta prenatal del hospital "Dr. Victorino Santaella". La edad promedio fue de 16 años, el 13,79% estaban casadas y sólo 64,35% se mantenían unidas a su pareja. Únicamente el 6, 89% había culminado la secundaria.¹⁴

Otros autores al hacer un estudio multidisciplinario (obstétricos-perinatológicos social y psicológico) de las gestantes de 16 años o menos, encontraron que el embarazo presentó alguna complicación en el 55% de los casos y el problema más frecuente fue la hipertensión arterial con un 35%.

La morbilidad durante el periodo fetal puede provenir de una gran variedad de factores intrauterinos, estos comprenden interferencia en la oxigenación fetal o a través de alteraciones fetales, placentarias o del cordón umbilical.

El estudio, "La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza", de la Organización Mundial de la Salud, señala que el riesgo de muerte materna entre las jóvenes de menos de 20 años de edad, es mayor que entre las de 20 a 34 años. El riesgo para las adolescentes de 10 a 14 años es mucho mayor que para las de 15 a 19 años. Señala, además, que algunas complicaciones son más comunes entre las adolescentes que en las mujeres de más edad, como los trastornos hipertensivos del embarazo, parto obstruido por pelvis no desarrollada que puede llevar a una fístula vesicovaginal o rectovaginal.

¹³ Casas, J. El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. Ginecol Obstet. (Perú) 1998; 44 (2):101-6

¹⁴ Tay, F. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. Ginecología y Obstet. (Perú) 1999; 45 (3):179-82.

En el estudio “El embarazo en la adolescencia: la experiencia chilena” presenta las patologías más comunes, tales como la alteración en el peso materno, tanto en exceso como en deficiencia, infecciones del tracto de vías urinarias, síntomas de parto prematuro, pre-eclampsia en sus diferentes tipos y rotura prematura de membrana.

Durante el período de dilatación y de trabajo de parto, las complicaciones mórbidas más frecuentes son: las distocias de presentación y posición, trabajo de parto prolongado asociado a la falta de control emocional de la paciente en este período, infección ovular, prolapso del cordón umbilical.

En el parto y post-parto inmediato tienen mayor incidencia las lesiones del cuello uterino ocasionadas por los esfuerzos de la expulsión sin dilatación completa y lesiones de la vagina y periné por desgarros debido a la falta de distensibilidad de los tejidos en las adolescentes muy jóvenes.

Estudios realizados en diversos países de América Latina confirman que la edad materna es un factor muy importante en el desarrollo de complicaciones en el embarazo de la adolescente.

Estas estadísticas indican que a pesar de los avances producidos en la ciencia médica y el desarrollo de un complejo sistema de servicios de alta tecnología no han probado ser efectivos, por lo que constituye un reto y punto de atención continua para el Médico y Obstetras que atiende a la madre.

Antecedentes Nacionales:

En nuestro país los estudios realizados con respecto a este tema son escasos, por este motivo se requiere mayor información para determinar qué tan frecuente es el embarazo en adolescentes en nuestro medio.

Asimismo, en el trabajo presentado por Díaz, L. y colaboradores ¹⁵ realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en su investigación realizada en 21.944 gestantes atendidas, concluyó que el mayor porcentaje de infecciones puerperales se presentó en las adolescentes por malas prácticas de higiene, destacando las infecciones urinarias (15,12%) y las endometritis (6,2%) anota que en el año 2000 hubieron el 16.4% de madres adolescentes de la población de gestantes, y encontraron que el 67.22% de las gestantes adolescentes tuvieron alguna complicación durante el embarazo, y presentaron una tasa específica de mortalidad de 26.96% por cada 100,000 nacidos vivos, además de un mayor uso de fórceps durante el parto, especialmente en el grupo de adolescentes menores de 15 años, así como otras complicaciones del parto y puerperio.

En el trabajo realizado por Jorge Fernandini et al ¹⁶ en el Instituto Materno Perinatal, durante 1998, sobre los resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes tempranas atendidas en el IMP, el 1.5% del total de partos fueron de adolescentes menores de 16 años, nulíparas fueron el 98.26%, 52% no tuvieron control prenatal, y de las complicaciones obstétricas la RPM alcanzó el 17.36%, la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo el 10.42%, los pre-términos llegaron al 8.33%, la tasa de cesáreas de 34%, y el riesgo relativo fue mayor a menor edad, si bien no hubieron muertes maternas, si hubieron 5 muertes neonatales precoces que con las muertes fetales alcanza a una tasa de Mortalidad Perinatal I de 27.28 por mil. En este trabajo encontraron que la mayoría de las adolescentes tuvieron un buen resultado obstétrico, el 91.68% con gestaciones mayores de 36 semanas, 66% por vía vaginal, 91.32% recién nacidos con 2,500g o más, 89.58% con peso adecuado a la edad gestacional y 94.45% sin asfixia.

En el trabajo de Jorge Alarcón, et al ¹⁷ sobre Complicaciones Perinatales y factores de riesgo obstétrico asociados, realizado en el Instituto Materno Perinatal durante 1998, señalan la necesidad de confiabilidad en los datos de la historia clínica, a partir de la fidelidad de la información obtenida y cuestionan los criterios de riesgo obstétrico utilizados a la fecha. En el estudio efectuado con más de 18,000 historias clínicas, encontraron que el 15% de la población fueron menores de 18 años, y señalan como las principales condiciones de patología encontradas la RPM(19.9%), anemia crónica, hemorragia puerperal, pre-eclampsia, desproporción céfalopélvica, infección puerperal, otras infecciones, y RCIU(2.3%)

¹⁵ Díaz SL. Embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis de Bachillerato. Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2001.

¹⁶ Fernandini Jorge; Antoniop Limay; Erasmo Huertas; 1998, "Resultados Obstétricos y Perinatales de las Gestantes Tempranas en el Instituto Materno Perinatal, de Enero a Diciembre de 1998"

¹⁷ Alarcón Jorge; et al, 1999, "Complicaciones Perinatales y Factores de Riesgo Obstétricos Asociados", Revista Institucional del Instituto Materno Perinatal, N°6.

en orden decreciente; además, hubieron 7.9% de partos menores de 37 semanas de gestación. De otro lado, indica que estaría por resolverse cuál sería el punto de corte, según la edad, para establecer el riesgo, en una población que principalmente es joven, proponiendo la hipótesis que sería algo mayor para las adolescentes que lo que plantea el CLAP. Asimismo, destaca el hecho que las nulíparas representan mayores probabilidades de complicaciones maternas y fetales, y presenta una nueva variable de riesgo compuesta por los antecedentes de nacidos muertos y muertes neonatales.

2.2. BASES TEÓRICAS

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. (3)

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. (5)

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa en la vida por la que transita: En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal, se preocupan más por sus necesidades personales y no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. En la adolescencia media, entre los 14 y 16 frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. (3)

La mayor parte de la información disponible sobre fecundidad en la adolescente se registra en el grupo de 15 a 19 años. Sin embargo, también se registran

embarazos en el grupo de 10 a 14 años, pero, salvo en algunos países, no se cuenta con información al respecto. Esta resulta imprescindible porque, si bien numéricamente no es importante, este grupo podría tener un mayor riesgo de complicaciones y muertes.¹⁸

La frecuencia de embarazos en adolescentes depende de la región y el nivel de desarrollo de los países, en Estados Unidos el embarazo en adolescentes representa el 12.8% del total de embarazos, en Chile 15.2%, en El Salvador 25%, se han reportado cifras tan altas como 45% en los países africanos. En el Perú, la frecuencia de embarazos en adolescentes varía de una región a otra, siendo en la Costa 13.3%, en la Sierra 15.1% y 30.8% en la Selva.

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina. Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad.

Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. (5, 6)

Las cifras que maneja CELSAM indican que la mayoría de los jóvenes conocen de la existencia de los métodos anticonceptivos modernos, sin embargo, sólo 1 de cada 10 los utiliza, y tan sólo 1 de cada cinco mujeres adolescentes conoce su período fértil.¹⁹

¹⁸ Wechsler, D. 2000. Embarazo en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://adolescentesembarazadas.wordpress.com/embarazo-en-adolescentes/> [Enero2008]

¹⁹ United Nations population fund. 2003. El estado de la población mundial 2003: asignar prioridad a los adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch1/index.htm> [Enero 2008]

Si lo miramos, en cambio, desde la movilización que existe en los grupos familiares actualmente, diríamos que la desintegración familiar, la poca comunicación con los padres, la falta de enseñanza sobre la capacidad de medir riesgos, son otras variables que intervienen. La realidad es que estas adolescentes se convierten en madres antes de afianzar su propio proyecto de vida, sin tener aún madurez física ni emocional.²⁰

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza.

En los países con Mínimo Desarrollo suceden más del doble de embarazos adolescentes que en los países Desarrollados o en Vías de Desarrollo.²¹(5, 10). La procreación precoz se correlaciona con más altas tasas de fecundidad, más cortos intervalos entre alumbramientos, menor cantidad de familias nucleares tradicionales y la transmisión a los propios hijos de la preferencia por familias numerosas. Esos efectos no son meramente transitorios. Persisten tanto más tiempo cuanto más pobre sea inicialmente la adolescente. Entre las adolescentes pobres (a diferencia de las que están en posición económica más desahogada), la procreación redundante en menores sueldos mensuales; y los efectos sobre la nutrición de los niños sólo se ponen de manifiesto entre los pobres.²²

La reproducción en la adolescencia, en todo estrato socioeconómico, se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantiles, y de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Los mayores riesgos se constatan con claridad hasta los embarazos de menos de 18 años, pues pasada dicha edad, la biología reproductiva parece alcanzar su plenitud.²³

²⁰ UNICEF. 2007. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos. Rev. Desafíos Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. [En línea]. (4): 1-12. Disponible: http://www.cepal.org.ar/ddds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf [Febrero 2008]

²¹ Vázquez, A., Pérez, L., Guerra, C., Almirail, A., Chávez, F. 1998. Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz. Rev. Cub. obstet. ginecol. 24 (3): 48-52

²² González, A., Molina, G. 2007. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. Rev. chil. obstet. ginecol. 72 (6): 374-382.

²³ Fleitas, R. 1999. Panorama de Realidad Cubana. La maternidad adolescente en Cuba. [En línea]. Disponible: <http://www.unb.br/cea m/nescuba/artigos/pano104.htm#autor> [Febrero 2008]

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. (6)

La adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo que mantendrá su acción potencial a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio.

Los peligros de la maternidad en esta etapa de la vida aumentan con una atención médica inadecuada y es frecuente encontrar anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis urinaria. La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 22% y 23% respectivamente. Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso de nacimiento. ²⁴(6,13). Dentro de las complicaciones obstétricas: el parto pre término, instrumentado o quirúrgico, los desgarros, los sangrados y la infección, mientras que en el neonato es frecuente encontrar bajo peso, Apgar bajo, distress respiratorio, infecciones y traumatismos obstétricos, con un riesgo muy alto de fallecer. (13)

Bajo el mismo concepto anterior, podríamos inferir que la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionado con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años. (6)

²⁴ Maynard, R. 1997. Kids Having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy. *Journal of Policy Analysis and Management*. 18 (3): 503-505.

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de partos prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando. (6)

Una de las consecuencias asociadas con maternidad adolescente mas conocida es que las hijas de madres adolescentes tienen una alta probabilidad de llegar a ser madres adolescentes también. Esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente perpetúa un ciclo de desventajas. La explicación del fenómeno puede deberse a diversos procesos tales como herencia biológica o genética, actitudes, valores y preferencias, ambiente familiar y características socioeconómicas.²⁵

Estudios médico-antropológicos que asocian calidad de la alimentación con reducción de la edad menárquica también apuntan que existe un grado de asociación fuerte entre una menarquia temprana, un despertar precoz a la sexualidad y una maternidad adolescente. Investigaciones sobre la sexualidad en mujeres cubanas descubren tanto una reducción sostenida de la edad menárquica promedio durante las últimas décadas y un comienzo temprano a la actividad sexual en ese género. La relación entre edad menárquica temprana y actividad sexual precoz se muestra en diversos estudios que citan una edad menárquica promedio sobre el entorno de los 12 años y una edad de inicio a la sexualidad entre 15 y 16 años.²⁶

²⁵ Camacho, A. 2000. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998. Serie OPS/FNUAP. [En línea]. (1): 1-69. Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf> [Febrero 2008]

²⁶ Weiss, D. 2006. Planned Parenthood® Federation of America, Inc., Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick. [En línea]. Disponible: <http://www.plannedparenthood.org/files/PPFA/informe-embarazo-adolescentes.pdf> [Febrero 2008]

Es notorio que las mujeres que iniciaron una maternidad temprana llegan al final de su vida reproductiva con más hijos que las que empezaron después de los 19 años. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. (5)

Los niños nacidos de madres adolescentes también tienen más riesgo de problemas de conducta social y de menores logros intelectuales y académicos. Los hijos de madres adolescentes tienen casi tres veces más probabilidades de ser encarcelados durante la adolescencia o primera juventud que los hijos de madres de más edad. Los niños de madres adolescentes tienen más probabilidades de vivir en la pobreza. El setenta y ocho por ciento de los hijos de adolescentes solteras que no terminaron la escuela secundaria viven en la pobreza.²⁷

Investigaciones han demostrado que una variable a tener en cuenta en el inicio de la vida sexual de los y las adolescentes es la escolaridad. Las adolescentes que no están matriculadas en la escuela, así como las que no tienen motivación para asistir a la escuela o proseguir con ella, tienen mayores probabilidades de iniciar las relaciones sexuales en forma temprana. (7)

El embarazo interrumpe los estudios: 2 de cada 5 adolescentes dejan la escuela como consecuencia del embarazo y a mayor educación, menos embarazos.

Las adolescentes más pobres y menos instruidas tienen 4 veces más riesgo de embarazarse que las menos pobres y las más instruidas. (5)

Si lo miramos desde un punto de vista médico preventivo, podemos decir que el inicio precoz de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos, es un factor importante. Cerca de un 60% de la actual población juvenil, como se ha visto, mantiene relaciones sexuales, no obstante, sólo el 39.0% (949.086) de este grupo utiliza métodos preventivos y apenas la mitad (52.6% /512.844) de ellos los adopta de manera permanente. Esto se traduce en que por cada veinte (20) jóvenes venezolanos, doce (12) aproximadamente han mantenido relaciones sexuales pero, de ellos, sólo cinco (5) utilizan algún método preventivo. (4)

²⁷ Salinas, A., 2003. National center for health statistics. Births: final data for 2002. nacional vital statistics reports. [En línea]. Disponible: http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=206&Itemid=1 [Enero del 2008]

La mayoría de estas madres precoces son solteras, sus historias hablan de desconocimiento, abandono, soledad y problemas familiares. Ellas no tienen la experiencia y madurez necesaria para encarar el embarazo y la maternidad. El saberse embarazada muchas veces se asocia a sorpresa, ocultamiento, temor, primeras consultas tardías, etc. (7)

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por la inmadurez biológica, psíquica y emocional para asumir el rol de madre y mantener una relación de pareja estable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años, e incluye la adolescencia inicial o temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años).

1. Adolescencia

El vocablo “adolescencia” deriva de la voz latina “adolece” que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Esta etapa comprende edades muy variables de un niño a otro, pero se acepta como intervalos aproximados los 10 y 20 años. La “pubertad describe una de las fases de la adolescencia, la encargada del desarrollo de la capacidad de procrear que se inicia con la primera emisión de líquido seminal en el varón, y con la menarquia en la mujer.

La Adolescencia es una etapa compleja de la vida que presenta una serie de problemas importantes que resolver, los que deben ser correctamente encarados para llegar a una vida adulta normal.

Arbitrariamente, de acuerdo a preceptos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales entre las edades (10-14 años) y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico (15-19 años).

Las líneas de desarrollo tienen lugar dentro de tres períodos de la adolescencia:

- * Temprana
- * Intermedia
- * Tardía

La adolescencia temprana comprende la edad entre los 10 y 13 años. La adolescencia intermedia, entre los 14 y los 16 años y la adolescencia tardía, entre los 17 y los 20 años.

El desarrollo que tiene lugar en la adolescencia es, por lo general desigual, ya que la madurez física puede alcanzarse mucho antes que la madurez psicológica o social; en la mayoría de las sociedades, de hecho, la capacidad reproductora comienza actualmente a una edad más temprana que en el pasado.

Embarazo en adolescencia

La probabilidad de que una mujer haya tenido una relación sexual antes de los 20 años varía entre el 46% y el 63% en Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Trinidad y Tobago, según datos obtenidos de la encuesta demográfica y de salud. (17)

En el año 2002, se embarazaron aproximadamente 757,000 adolescentes en Estados Unidos entre la edad de 15 a 19 años; casi un 25 por ciento menos que en 1990. Aproximadamente el 31 por ciento de las mujeres estadounidenses se embaraza antes de los 20 años de edad. Casi el 13 por ciento de los hombres estadounidenses sexualmente activos de entre 15 y 19 años dicen haber dejado embarazada a una mujer. (10)

Vásquez y cols (1997), en una provincia de República Dominicana estudió a 138 adolescentes embarazadas y halló que el 60.1% se hallaban en la adolescencia tardía, el 84.1% eran solteras, el 68.2% procedían de un área rural. El 71.7% solo llegaron a realizar estudios de primaria. El 73.9% refirió no utilizar anticonceptivos. (21)

En los Estados Unidos, de un millón de embarazos entre adolescentes cada año, aproximadamente medio millón resultan en nacimientos vivos y estos embarazos están expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, tanto para la madre como para su hijo.(9)

Según la National Center for Health Statistics (2002), el 9,6 % de las madres de entre 15 y 19 años dio a luz a bebés de bajo peso (2,5kg), en comparación con el 7,8 % correspondiente a madres de todas las edades. El riesgo es mayor para las adolescentes más jóvenes: el 11.3% de la madres de 15 años tuvo bebés de bajo peso en 2002, comparado con el 8,9 % de las madres de 19 años (168.111 nacimientos, 14.920 de bajo peso). (11)

Según las estadísticas, "Venezuela es considerada en la ONU como líder en embarazos no deseados". En el año 2000, de los 23 mil 247 partos atendidos en la Maternidad de Caracas, 156 fueron de niñas entre los 10 y 14 años, y cinco mil 551 de las adolescentes entre los 15 y 17 años de edad. Las cifras que maneja el

Centro Latinoamericano de Salud y Mujer, señalan que de cada mil mujeres embarazadas, 98 tienen entre 15 y 19 años; una de cada 10 comienza su vida sexual antes de los 15 años. (12)

Según ENPOFAM (Encuesta de Población y Familia realizada con una muestra de mujeres adolescentes en 1998), siete de cada diez adolescentes, pertenecen a un hogar pobre. Del total de 105.948 de muertes registradas en el año 2000 (Venezuela), el 39,50% son mujeres y de ellas 12.928 (30,89%) en las edades comprendidas entre 10-49 años de edad. De estas mujeres 327 (2,53%) murieron por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; de ellas 108 (33,03%) murieron por aborto y correspondió al grupo de 15-19 años de edad, un total de 15 muertes por esta última causa, equivalente al 4,59%.(2)

El embarazo en menores de 19 años es tres veces más frecuente que en las madres jóvenes adultas (20-24 años). En relación a la residencia, el porcentaje de embarazo precoz es más frecuente en el área rural que en la urbana (18,2% Área Metropolitana, 19,4% Grandes ciudades, 21,2% Ciudades medianas y 29% en las pequeñas poblaciones). De cada 10 madres precoces que dejan el Sistema Educativo, 2 lo hacen a causa del embarazo, 2 porque piensan que los estudios no son importantes y 5 por razones económicas. Sólo una de cada 100 madres precoces que está fuera del sistema educativo ha concluido sus estudios. (12)

Según el MSDS en el año 2000, el 21.4% de nacimientos ocurrió en el grupo de adolescentes de 15-19 años. (2) Carugno y cols. (1998), en los Teques, estado miranda, estudió 87 adolescentes que acudieron a la consulta prenatal del hospital "Dr. Victorino Santaella". La edad promedio fue de 16 años, el 13,79% estaban casadas y sólo 64,35% se mantenían unidas a su pareja. Únicamente el 6, 89% había culminado la secundaria. (7)

La actividad sexual temprana junto con el bajo rendimiento escolar suelen ocasionar según la OPS, mayores tasas de natalidad y exponen a las adolescentes a riesgos de quedar embarazadas.

El embarazo adolescente es considerado como un problema social, el cual ha sido analizado desde muchas perspectivas sin llegar al fondo de la situación, sabiendo la morbimortalidad materno infantil y el impacto Psicosocial que este genera.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho social importante; aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden poner en riesgo la Salud de la madre y del hijo en comparación con aquel que se produce en edades óptimas para la concepción.

“Así un primer grupo de países de alta fecundidad por encima de 100 nacimientos de cada mil mujeres entre las edades de 12 a 19 años estarían compuesto por Nicaragua, Honduras, Guatemala, El Salvador, República Dominicana, Jamaica, Belice”.

Un segundo grupo de país que reporta de un 75 a 100 de nacimiento por cada 1000 mujeres por orden descendente son Bolivia, Paraguay, Ecuador, Panamá, Colombia, Costa Rica, Brasil, Venezuela, Haití, México y Perú.

Si se considera que los jóvenes son el presente y el futuro de los países en las áreas reproductivas, económica y social es imperativo buscar formas estratégicas que conlleve a mejorar tales consecuencias y combatir los factores que predisponen a esta problemática.

Actualmente la quinta parte de la población mundial tiene entre 10 y 19 años de edad y debido al inicio de las relaciones sexuales en edad tempranas están más expuestas a riesgos de embarazos involuntarios o no deseados, incrementándose a mundial los problemas para los padres y los hijos. Una actitud de responsabilidad frente a la posibilidad de generar una nueva vida tiene que ser un valor firmemente arraigado en la educación sexual de los jóvenes. Pero en la realidad llegan a su primera relación sexual con escasa o ninguna preparación. Este aspecto puede reflejarse con los hechos concretos en América Latina y Estados Unidos.- En la década de los años 90 la tasa de nacimientos de madres adolescentes latinas fue de 97.4 de cada mil mujeres ese mismo año aproximadamente un cuarto de los nacimientos de madres entre 15 y 19 años.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2004, el 11% de adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre o está gestando, y una buena parte de estos embarazos (37%) se presentan en mujeres con bajo nivel educativo.

Asimismo el índice de mortalidad materna entre las adolescentes es elevada, ya que en jóvenes de 15 a 19 años alcanza una tasa de 362 por cien mil nacimientos, mientras que las muertes maternas en general alcanzan 185 por cien mil nacimientos vivos (según ENDES 2000).

Factores de Riesgo del embarazo de la adolescente

Los factores de riesgos son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

A continuación se enumeran los factores de riesgo que se presentan en la adolescente y que favorecen el embarazo precoz o se asocian con él:

a). Factores individuales, se consideran:

- Personalidad inestable
- Baja autoestima
- Falta de actitud preventiva
- Menarquia precoz
- Abuso de sustancias
- Bajo nivel educativo
- Embarazo previo
- Ignorancia de su propia fisiología
- Curiosidad sexual

b). Factores Familiares

- Inestabilidad y conflictos familiares
- Embarazo de una hermana cuando era adolescente
- Madre con historia de embarazo adolescente
- Familia con poca comunicación entre padres e hijos, donde los problemas sexuales no se discuten, o se discuten en forma distorsionada.
- Vínculo más estrecho con el padre

c). Factores Sociales

- Proveniencia de un nivel socioeconómico bajo
- Situación social carente de oportunidades reales de progreso
- Disminución del valor de la virginidad como pre-requisito para el matrimonio
- Machismo como valor cultural
- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios masivos de comunicación.
- Trabajo no calificado
- Vivir en área rural

La Organización Panamericana de la Salud también relaciona ciertos factores de riesgo asociados a la edad en la adolescente gestante:

Edad: Menor de 17 años

Estatura: Menor de 1.50 mts.

Estado Civil: Soltera o sin compañero estable

Peso Inicial: Menor de 45 Kg.

Ganancia de Peso: Menos de 8 Kg. durante todo el embarazo

Educación: Analfabetismo

Comportamiento: Hábito de fumar

Consumo de alcohol

Consumo de drogas

Actitud negativa hacia el embarazo

Aspecto Socioeconómico: Ingreso familiar por debajo de la pobreza crítica

Embarazo producto de abuso sexual

Atención de salud: Poca accesibilidad a los servicios

Morbilidad Obstétrica en la Adolescente

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia. Recién después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de pos menarquia adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia (menor de 15 años).

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares.

En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pre término como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, como son: hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), y el desprendimiento prematuro de la placenta. Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal.

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad.

Para finalizar, podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

El embarazo en una adolescente constituye una seria amenaza, desde el punto de vista físico, psíquico y social. Muchos autores han encontrado un importante número de complicaciones durante el embarazo. Especialmente relacionadas con cuadros hipertensivos; por otra parte, otros investigadores han informado que las adolescentes menores de 16 años tienen complicaciones más frecuentes que las de mayor edad.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

GESTANTE

Mujer que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto.

COMPLICACIONES MATERNAS

Son las complicaciones maternas presentadas durante la gestación y parto

COMPLICACIONES NEONATALES

Son las complicaciones del recién nacido hasta las 27 días de nacido

- **LA ADOLESCENCIA**

La OMS la define como un período que separa la infancia de la edad adulta donde el ser humano adquiere su identidad adulta, "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Según las edades, se puede dividir en tres etapas:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años) Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años) Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes...

Complicaciones maternas: efectos que sobrevienen de la madre en el curso de la ruptura de membranas durante el embarazo, parto y puerperio.

- **Amenaza de parto pre-término:** El criterio esencial para el diagnóstico de parto pre-término son las contracciones uterinas regulares menos de 2 en 10 minutos con una duración de por lo menos 30 segundos que ocurren por 30 minutos y/o cambios cervicales.
- **Parto pre-término:** Al que se produce antes de las 37 semanas de gestación.
- **Rotura prematura de membranas:** La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura espontánea de membranas antes del comienzo del parto.
- **Hipertensión durante el embarazo:** Hipertensión inducida Por la gestación (HIG) TA diastólica \geq a 90 mmHg y/o TA sistólica \geq 140 mm Hg después de las 20semanas de gestación, en 2 ocasiones separadas al menos 4 horas, en una mujer previamente normotensa.

- **Hipertensión gestacional (HG):** Criterios de HIG y proteinuria en orina de 24h inferior a 300 mg/L.
- **Preeclampsia leve:** Criterios de HG y proteinuria mayor a 300 mg/L en 24 horas, o en su defecto 2 + de proteínas en laboratorios en dos mediciones repetidas (en 4 horas de diferencia)
- **Preeclampsia grave:** Preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios: TA > 160/110 mmHg, Proteinuria \geq 2g/24h, Plaquetas < 100.000/L, Transaminasas elevadas, Hemólisis, Dolor epigástrico, Clínica neurológica: cefalea, fotopsias
- **Eclampsia:** Aparición de convulsiones o coma en una paciente con criterios de HIG
- **Desproporción cefalo-pélvica:** Distocia provocada por estenosis de la pelvis: Cualquier reducción de los diámetros de la pelvis que reduzca la capacidad pélvica puede provocar una distocia durante el parto.
- **Trabajo de parto prolongado:** En virtud del mal desarrollo de partes óseas y blandas, se observa con frecuencia, lo que lleva a un cansancio obstétrico y a la vez a un mayor número de cesárea. Se dice que una vez iniciado el trabajo de parto, clásicamente se acepta que éste se encuentra detenido cuando luego de 1 hora en las multíparas y de 3 horas en las nulíparas, con contractilidad normal y sin desproporción céfalo-pélvica, la cabeza fetal no ha descendido, ni rotado y la dilatación cervical permaneció estacionaria. Se considera enlentecido cuando la velocidad de dilatación es menor que el promedio de 1.2 cm por hora en la nulípara y de 1.5 cm en la multípara.
- **Hemorragia post parto:** La pérdida sanguínea normal tras el parto es muy variable, dependiendo de la vía del mismo: vaginal o cesárea (aproximadamente 500 y 1000 ml respectivamente). La hemorragia postparto tardía es la que ocurre después de las 24 horas, pero antes de las 6 semanas del parto.
- **Laceraciones del canal de parto:** Constituyen la segunda causa de hemorragia postparto. Suelen estar relacionados con partos instrumentales que lesionan el canal blando del parto, aunque pueden aparecer también en partos espontáneos muy rápidos, por macrosomía fetal o prolongación de episiotomía. - Desgarros de primer grado: Cuando sólo comprometen la horquilla, mucosa y piel, sin llegar al plano muscular.- Desgarros de segundo grado: Lesionan la vagina y el periné, desgarran músculo pero sin llegar a comprometer el esfínter del ano.-

Desgarros de tercer grado: Cuando se extiende desgarrando el esfínter del ano.-
Desgarros de cuarto grado: Cuando se extiende al ano y recto.

- **Infección puerperal:** Es la infección del tracto genital que ocurre durante el puerperio y se manifiesta por la presencia de hipertermia mayor de 38° C durante 2 o más días consecutivos, después de las primeras 24 horas del postparto, siempre y cuando no existan causas evidentes extragenitales de fiebre.
- **Retención placentaria:** periodo patológico que se produce durante el alumbramiento en el que se destaca la retención de la placenta y membranas ovulares pudiendo ser parcial o total
- **Hemorragia:** pérdida de más de 500 cc de sangre después de un parto vaginal o más de 800 – 1000 cc en un parto abdominal.

Complicaciones neonatales: son aquellas que sobreviene en el feto en el transcurso de la RPM.

- **Sufrimiento fetal agudo:** cuando el feto presenta bradicardia (menos de 120 latidos por minuto), taquicardia (mayor de 160 latidos por minuto)
- **Hipódinamia:** contracciones uterinas que se caracterizan por su corta duración de 15 a 20 segundos, una intensidad de una cruz y una frecuencia de 5 a 10 minutos
- **Hiperdinamia:** exageración de la contractibilidad uterina. Se caracteriza por una intensidad mayor de 50 mmHg, frecuencia normal o algo mayor de 5 contracciones en 10 minutos
- **Control Prenatal Inadecuado:** procedimiento médico que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbi-mortalidad materno-fetal a su mínima expresión.
- **Asfixia neonatal:** Asfixia: significa que una hipoxia grave y/o de larga duración, ha provocado una acidosis con trastorno funcional del órgano en cuestión.

CAPÍTULO III:
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 01
FRECUENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE

GESTANTE	Frecuencia	Porcentaje
DE 20 A MAS AÑOS	1002	78%
MENORES DE 20 AÑOS	288	22%
TOTAL	1290	100%

Fuente: Ficha recolección de datos.

Al analizar la tabla se observa una prevalencia de embarazos en adolescentes de 22%.

Gráfico N° 01

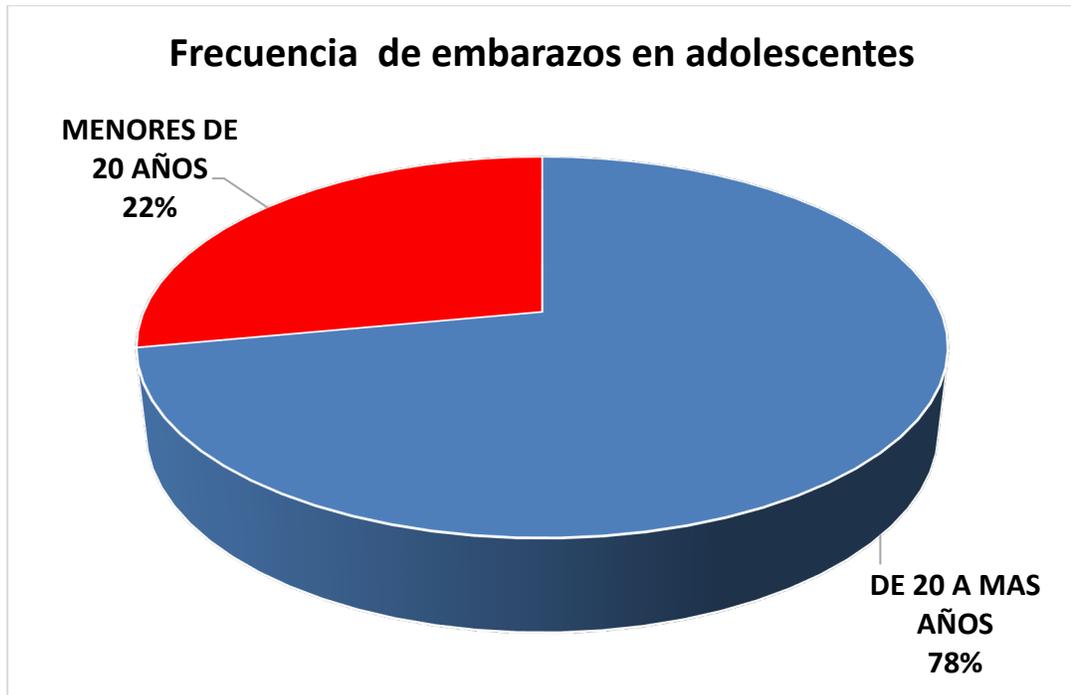


Tabla N° 02
FRECUENCIA COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO
ADOLESCENTE

Complicación materna	Frecuencia	Porcentaje
SI	148	51,4
NO	140	48,6
Total	288	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla muestra que las adolescentes embarazadas el 51.4% presentan alguna complicación durante su embarazo

Gráfico N° 02

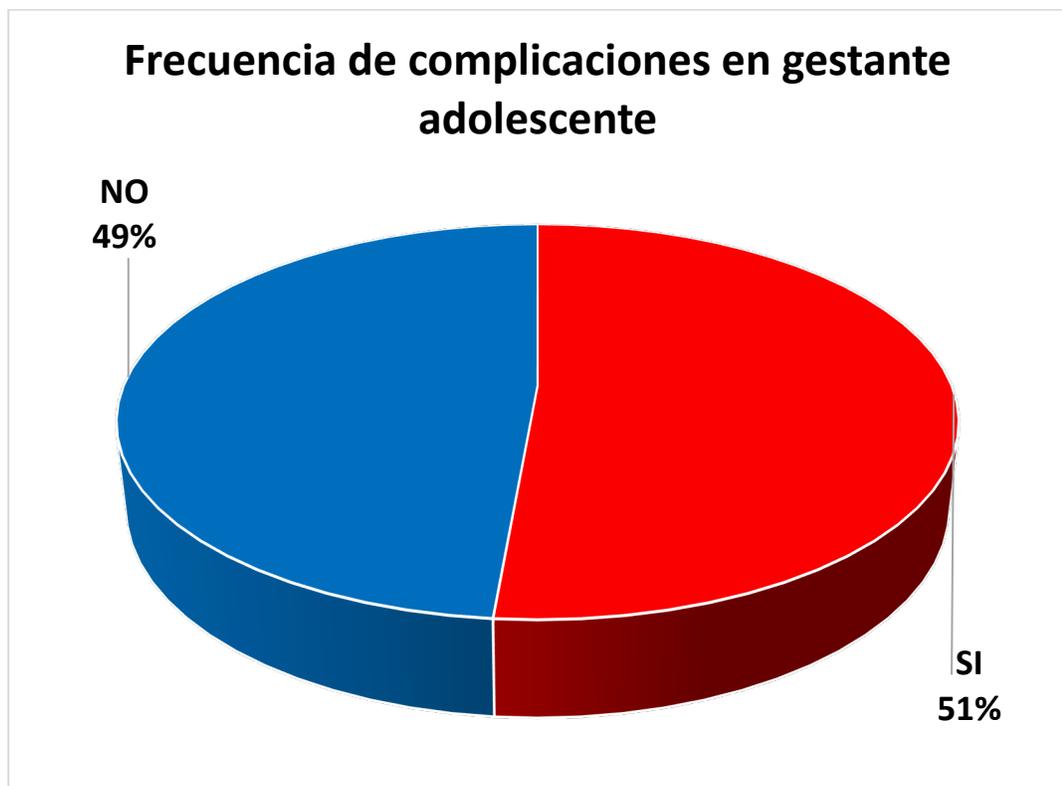


Tabla N° 03
FRECUENCIA COMPLICACIONES NEONATALES DEL EMBARAZO
ADOLESCENTE

Complicación neonatal	Frecuencia	Porcentaje
SI	80	27.8%
NO	208	72.2%
Total	288	

Fuente: Ficha de recolección de datos

La tabla muestra una prevalencia de complicaciones neonatales de 27.8%

Gráfico N° 03

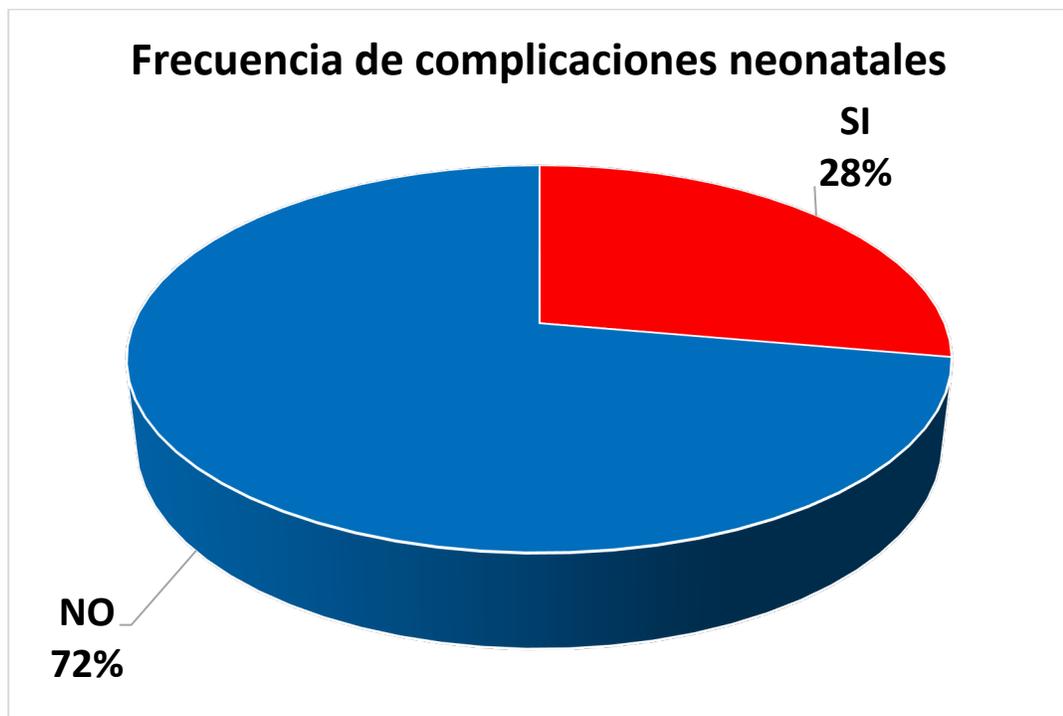


Tabla N° 04

TIPOS DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

TIPO DE COMPLICACIÓN MATERNA	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos Hipertensivos del Embarazo	65	19.5%
Amenaza de Parto Pre término	56	16.8%
Ruptura Prematura de Membranas	58	17.4%
Desproporción Céfalopélvica.	92	27.5%
Trabajo de Parto distócico	46	13.8%
Infección puerperal	17	5 %
TOTAL	334	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla muestra que la complicación más frecuente es la desproporción céfalopélvica, seguida de los trastorno hipertensivo del embarazo, la rotura prematura de membranas, amenaza de parto pre término, trabajo de parto distócico e infección puerperal.

Gráfico N° 04

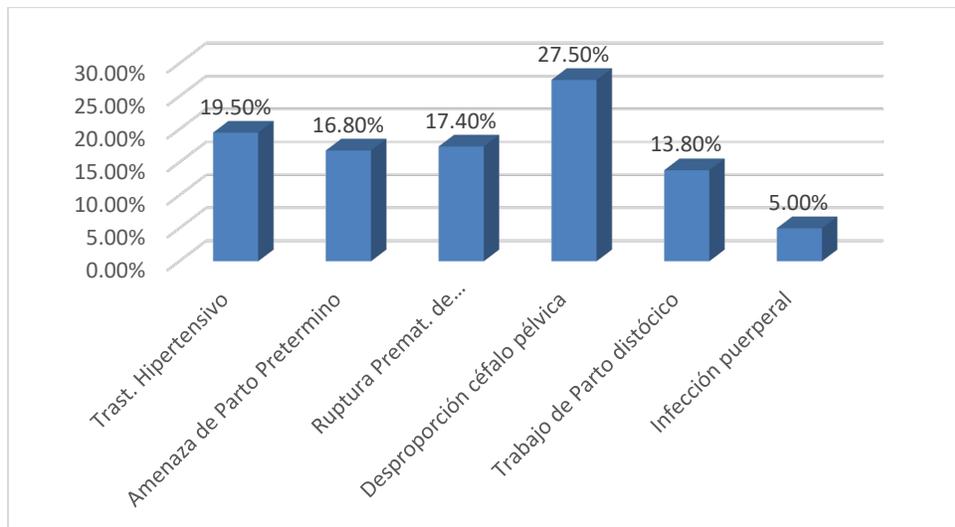


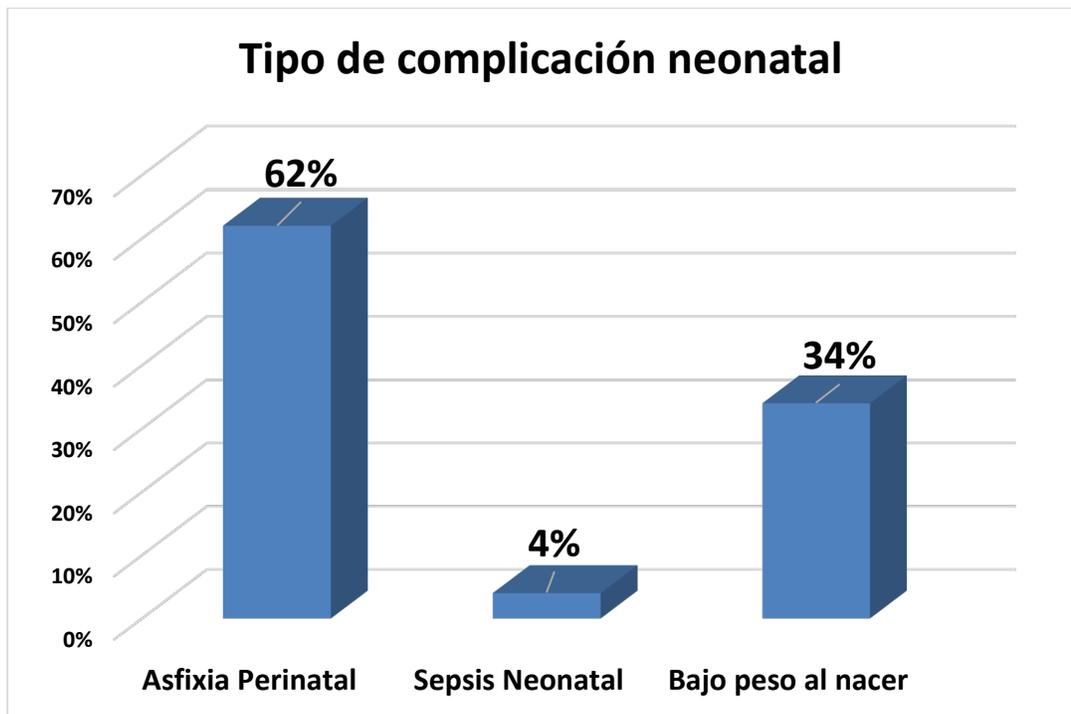
Tabla N° 05
TIPOS DE COMPLICACIONES NEONATALES DEL EMBARAZO
ADOLESCENTE

Complicaciones neonatales	Frecuencia	Porcentaje
Asfixia Perinatal	62	62%
Sepsis Neonatal	4	4%
Bajo peso al nacer	34	34%
TOTAL	100	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La tabla muestra que la complicación neonatal más frecuente es la asfixia perinatal con 62% de casos, seguido de bajo peso al nacer con 34% y sepsis neonatal con 4%.

Gráfico N° 05



3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la investigación realizada para conocer la prevalencia de embarazo adolescente en el hospital EsSalud “Augusto Hernández Mendoza” Ica así como las complicaciones de estas gestantes se encontró lo siguiente:

Se determinó que la prevalencia de embarazo adolescente fue de 22% siendo un porcentaje que no se ajusta a la realidad nacional pues Díaz, L. y colaboradores realizaron en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, una investigación en 21.944 gestantes atendidas, concluyó que en el año 2000 hubieron el 16.4% de madres adolescentes de la población de gestantes, probablemente porque en la actualidad el desarrollo tecnológico facilita el ingreso más prematuro en la relaciones sexuales y por ende en el riesgo de embarazo adolescente. Así mismo Jorge Alarcón, sobre Complicaciones Perinatales y factores de riesgo obstétrico asociados, realizado en el Instituto Materno Perinatal durante 1998, en el estudio efectuado con más de 18,000 historias clínicas, encontraron que el 15% de la población fueron menores de 18 años.

De estas gestantes adolescentes, el 51.4% de ellas presentaron algún tipo de complicación durante la gestación o en el parto. Lo que demuestra que la adolescente se encuentra en condición de riesgo para cualquier tipo de complicación durante su embarazo pues algo más de la mitad de ellos se complica. Así lo demuestra Jorge Alarcón, et al sobre Complicaciones Perinatales y factores de riesgo obstétrico asociados, realizado en el Instituto Materno Perinatal durante 1998, según la edad, para establecer el riesgo, en una población que principalmente es joven, proponiendo la hipótesis que sería algo mayor para las adolescentes. Díaz, L. y colaboradores realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, encontraron que el 67.22% de las gestantes adolescentes tuvieron alguna complicación durante el embarazo.

Las complicaciones neonatales por ende también son más frecuentes en este grupo etáreo adolescente debido a que la mayoría presenta alguna complicación durante la gestación y parto, lo que trae consigo repercusiones

en la salud del recién nacido, encontrando que el 27.8% de ellos se complica en alguna forma.

Al evaluar los tipos de complicaciones maternas más frecuentes en las gestantes adolescentes se encontró a la cesárea la más frecuente pues toda complicación detectada tenía alta posibilidad que el parto termine por este procedimiento, además presentaban amenaza de parto pre término, seguido de rotura prematura de membranas, desproporción céfalo pélvica, trabajo de parto distócico e infección puerperal, siendo las más frecuentes todas ellas repercuten en alguna medida en el producto. Estos hallazgos se relacionan con lo encontrado por Díaz, L. y colaboradores realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, concluyó que el mayor porcentaje de infecciones puerperales se presentó en las adolescentes por malas prácticas de higiene, destacando las infecciones urinarias (15,12%) y las endometritis (6,2%). También en el trabajo de Jorge Alarcón, et al sobre Complicaciones Perinatales y factores de riesgo obstétrico asociados, realizado en el Instituto Materno Perinatal durante 1998, señalan como las principales condiciones de patología encontradas la RPM (19.9%), anemia crónica, hemorragia puerperal, pre-eclampsia, desproporción céfalo pélvica, infección puerperal, otras infecciones, y RCIU (2.3%).

Finalmente al examinar las complicaciones neonatales de estas gestantes se encontró que la asfixia perinatal con 62% de casos fue el más frecuente, seguido de bajo peso al nacer con 34% y sepsis neonatal con 4%. Lo que revela que las complicaciones maternas repercuten en la salud del recién nacido.

3.3. CONCLUSIONES

1. Se demostró que la frecuencia del embarazo en adolescente en el Hospital EsSalud “Augusto Hernández Mendoza” de Ica es de 22%
2. Es de impera necesidad tener en cuenta las complicaciones del embarazo en adolescentes como los desproporción céfalo pélvica trastornos hipertensivos, amenaza de parto pre termino, rutura prematura de membranas , ,trabajo de arto distócico e infección puerperal
3. De las madres adolescentes se presentó el 27.8% de las complicaciones neonatales, de un total de 288 pacientes.
4. Siendo así la complicación neonatal más frecuente es la asfixia perinatal con 62% de casos, seguido de bajo peso al nacer con 34% y sepsis neonatal con 4%.
5. Se concluyó que por escasa e insuficiente fuente de información y educación sexual se halló una población de madres adolescentes que presentaron complicaciones maternas y neonatales.

3.4. RECOMENDACIONES

1. Reforzar la proyección a la comunidad a fin de concientizar a los padres a tener mayor control sobre sus hijos y evitar los embarazos en adolescente. Facilitar el uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales de este grupo etéreo pues es una forma efectiva de evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual.
2. Fomentar la educación sexual en los colegios a nivel secundario y en las universidades en los primeros años de estudios.
3. Adecuar los establecimientos de salud con un consultorio de obstetricia o un turno para educación sexual en adolescentes, además consejería en planificación familiar y la entrega de métodos anticonceptivos a esta población.
4. Un adecuado control prenatal, el cual debe ser precoz, continuo, con su radar de gestantes de adolescentes, recordando que es una población muy vulnerable y de alto riesgo obstétrico.
5. Realizar monitoreos maternos fetales oportunos con el fin de diagnosticar una posible complicación neonatal.

3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Magnelli, A. 2001. Obstetricia y Ginecología contemporánea. Edit. Arte. I^a ed. Caracas, Venezuela. Cap. 37: 593-606.
- 2) Issler, J. 2001. Embarazo en la adolescencia. Rev. de posgrado de la cátedra vía medicina. 107:11-23.
- 3) Molina, L. 2006. Embarazo en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/EEA.PDF> [Febrero 2008].
- 4) Díaz, A., Sanhueza, P., Yaksic, N. 2002. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. [En línea]. 67 (6): 481-487. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext [Febrero 2008]
- 5) Pomata, J., García, H., Otheguy, L., Aspres, N., Fernández, T. 1997. Adolescencia y embarazo. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 16 (2): 52-56
- 6) Centro Latinoamericano de Salud y Mujer. 2004. 26 de septiembre, Día Mundial de Prevención del Embarazo Adolescente. [En línea]. Disponible: http://www.celsam.org/home/articulos.asp?cve_articulo=39 [Febrero 2008]
- 7) Carugno, J. 1998. Adolescentes embarazadas. Un estudio epidemiológico. XIV Jornada nacional de obstetricia y ginecología. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 61 (3): 153 – 156. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322001000300003&lng=es&nrm=iso [Marzo 2008]
- 8) Ruoti, M., Ruoti A., et al. 1997. Adolescentes Embarazadas: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1997; 23 (1):13-17.[Enlínea].Disponible:http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_1_97/gin03197.htm [Julio 2008]
- 9) Elster, A., Lamb M., et al. 1987. The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood.

- JAMA. 258 (9):1187-92. [En línea]. Disponible: <http://www.poline.org/docs/0813/044218.html> [Julio2008]
- 10) Organización Panamericana de la Salud. 2005. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. Embarazo Adolescente. [En línea]. Disponible en: http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm [Julio 2008]
 - 11) Sandoval J. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34)
 - 12) Morales, J. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008 Rev. Perú. epidemiol. Vol 12 No 3 Diciembre 2008.
 - 13) Casas, J. El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. Ginecol Obstet. (Perú) 1998; 44 (2):101-6
 - 14) Tay, F. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. Ginecología y Obstet. (Perú) 1999; 45 (3):179-82.
 - 15) Díaz SL. Embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis de Bachillerato. Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2001.
 - 16) Fernandini Jorge; Antoniop Limay; Erasmo Huertas; 1998, "Resultados Obstétricos y Perinatales de las Gestantes Tempranas en el Instituto Materno Perinatal, de Enero a Diciembre de 1998"
 - 17) Alarcón Jorge; et al, 1999, "Complicaciones Perinatales y Factores de Riesgo Obstétricos Asociados", Revista Institucional del Instituto Materno Perinatal, N°6.
 - 18) Wechsler, D. 2000. Embarazo en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://adolescentesembarazadas.wordpress.com/embarazo-en-adolescentes/> [Enero2008]
 - 19) United Nations population fund. 2003. El estado de la población mundial 2003: asignar prioridad a los adolescentes. [En línea].

Disponible: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch1/index.htm>
[Enero 2008]

- 20) UNICEF. 2007. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos. Rev. Desafíos Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. [En línea]. (4): 1-12. Disponible: http://www.cepal.org.ar/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf [Febrero 2008]
- 21) Vázquez, A., Pérez, L., Guerra, C., Almirail, A., Chávez, F. 1998. Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz. Rev. Cub. obstet. ginecol.24 (3): 48-52
- 22) González, A., Molina, G. 2007. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas.Rev. chil. obstet. ginecol. 72 (6): 374-382.
- 23) Fleitas, R. 1999. Panorama de Realidad Cubana. La maternidad adolescente en cuba. [En línea]. Disponible: <http://www.unb.br/ceam/nescuba/artigos/pano104.htm#autor>[Febrero 2008]
- 24) Maynard, R. 1997. Kids Having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy. Journal of Policy Analysis and Management. 18 (3): 503-505.
- 25) Camacho, A. 2000. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998. Serie OPS/FNUAP. [En línea]. (1): 1-69. Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf> [Febrero 2008]
- 26) Weiss, D. 2006. Planned Parenthood® Federation of America, Inc., Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick. [En línea]. Disponible: <http://www.plannedparenthood.org/files/PPFA/informe-embarazo-adolescentes.pdf> [Febrero 2008]
- 27) Salinas, A., 2003. National center for health statistics. Births: final data for 2002. national vital statistics reports. [En línea]. Disponible: http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=206&Itemid=1 [Enero del 2008]

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>“GESTACION EN ADOLESCENTES COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA - EsSalud 2013”</p>	<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles fueron las complicaciones maternas y neonatales asociados a embarazo en adolescentes, atendidos en el Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, durante Enero- Diciembre del 2013?</p>	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar las complicaciones maternas y neonatales asociados a embarazo en adolescentes atendidos en el Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud <p>Objetivo Específico:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la incidencia de partos en adolescentes atendidas en el Hospital, en el periodo de 2013 Establecer las complicaciones maternas más frecuentes del embarazo en la adolescente. Identificar las complicaciones del recién nacido más frecuentes del embarazo en la adolescente Determinar los tipos de complicaciones maternas más frecuentes del embarazo en la adolescente. Determinar los tipos de complicaciones neonatales más frecuentes del embarazo en la adolescente. 	<p>Hipótesis General</p> <p>“Los casos de embarazo en adolescentes es alta en la región y está asociada a complicaciones en la madre y el recién nacido en el Servicio de Obstetricia del Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud en el año 2013”.</p>	<p>VARIABLES De trabajo:</p> <p>Variable independiente</p> <p>Adolescentes embarazadas</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Complicaciones maternas.</p> <p>Complicaciones del recién nacido</p> <p>Interviniente:</p> <p>Edad, complicaciones,</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Observacional, descriptivo, retrospectivo y correlacional.</p> <p>Población:</p> <p>Este estudio se realizará en el Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud</p> <p>Instrumento de estudio</p> <p>- Historias Clínicas de los pacientes.</p> <p>- Hoja de recolección de datos.</p>

- MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Anexo 1 *Instrumento de recolección de datos*

“Gestación en adolescentes complicaciones maternas y neonatales en el Hospital Augusto Hernández
Mendoza – Es Salud.”

APELLIDOS Y NOMBRES				
EDAD MATERNA	1. - 10-13	2.- 14-16	3.- 15-19	
GRADO DE INSTRUCCION	1. Analfabeta		4. Secundaria incompleta	
	2. Primaria incompleta		5. Secundaria completa	
	3. Primaria completa		6. Superior	
ESTADO CIVIL	1. Casada			
	2. Soltera			
	3. Conviviente			
INDICE DE MASA CORPORAL	1. <= 18	2. >=25	3. >= 30	
ENFERMEDADES MATERNAS	1. Anemia	2. TBC	3. ETS	
	4. Otros especificar.....			
HABITOS NOCIVOS	1. Alcohol			
	2. Cigarro			
	3. Drogas			
DEL EMBARAZO Y DEL PARTO				
1. NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	1. Ninguno	2. 1 a 3	3. 4 a >	
2. ANEMIA	1. SI	2. NO		
3. INFECCIÓN URINARIA	1. SI	2. NO		
4. AMENAZA DE LABOR DE PARTO PRETERMINO	1. SI	2. NO		
5. TRANSTONO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	1. SI	2. NO		
6. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1. SI	2. NO		

7. RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	1. SI	2. NO		
8. DESPROPORCION CEFALO PELVICA	1. SI	2. NO		
9. DISTOCIA DE TRABAJO DE PARTO	1. SI	2. NO		
10. TRAUMATISMO DEL CANAL DEL PARTO	1.Desgarro I	2.Desgarro II	3.Desgarro III	
DEL PUERPERIO				
1. HEMORRAGIA PUERPERAL INMEDIATA	1. SI	2. NO		
2. INFECCIONES	1. SI	2. NO		
3. RETENCIÓN DE RESTOS POST- PARTO	1. SI	2. NO		
4. DESGARROS	1. SI	2. NO		
5. INFECCION PUERPERAL	1. SI	2. NO		
6. EGRESO MATERNO	1. Sana			
	2. Fallecida			
	3. Con secuelas			
DEL RECIEN NACIDO				
1. EDAD GESTACIONAL	1. <= 37 sem	2. 37-42 sem	3. >= 42 sem	
PREMATUREZ	1. SI	2. NO		
BAJO PESO	1. SI	2. NO		
INFECCIONES	1. SI	2. NO		
2. PESO AL NACER	1.PEG	2.AEG	3.GEG	
3. SEPSIS NEONATAL	1. SI	2. NO		
4. ASFIXIA PERINATAL	1. SI	2. NO		
5. EGRESO DEL NEONATO	1. Sano			
	2. Fallecido			
	3. Con secuelas			