



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y SU RELACIÓN CON EL
EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL DE APOYO
CHEPÉN NIVEL II-1, 2014**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

**AUTOR:
VILCHEZ COTRINA LUIS ROBERTO**

**CHEPÉN – PERÚ
2016**

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

LUIS

AGRADECIMIENTO

A mi madre Verónica, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi padre Luis, por estar siempre conmigo y estar dispuesto a escucharme y ayudarme en cualquier momento. A mis tíos Lidia y Adolfo, a mi hermano Carlos, Layco por ayudarme, a exigirme más y superar todos los obstáculos de la vida. A mis amigas que gracias al equipo que conformamos logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el

A mis Profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional. Y a mí Asesora. Mg. Luz Mariela Vásquez Fernández por sus aportes que contribuyeron a ser realidad el presente. Muchas gracias.

RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital de Apoyo de Chepén, con el objetivo de determinar la relación entre las complicaciones obstétricas con el embarazo adolescente, en el Hospital de Apoyo N°03 de Chepén Nivel III-2014.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo, no experimental, correlacional, retrospectivo, la población fueron 121 historias clínicas de gestantes adolescentes. Se utilizó como técnica el análisis documental de las historias clínicas y como instrumento una ficha para la recolección de la información, validada por Elva López Quevedo. El análisis se lo realizó en el programa estadístico SPSS - Statistical Package for the Social Sciences (Paquete estadístico para ciencias sociales) versión: 23, y el chi-cuadrado para establecer la asociación entre las variables en estudio.

Resultados: el 79,34% de las adolescentes tenían de 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía), el 19,83% de 14 a 16 años (adolescencia media) y el 0,83% en las edades de 10 a 12 años (adolescencia temprana). El 71,08% ha estudiado secundaria completa. El 79,34% son convivientes. El 100,0% de las adolescentes son amas de casa. El 64,46% son de la zona urbana.

Dentro de las complicaciones obstétricas durante el embarazo fueron, la amenaza de aborto en el 15,7%, en el grupo de 17 a 19 años, el 3,48% en las de 14 a 16 y el 0,83% de 10 a 13 años, la infección del tracto urinario en el 39,6%, de las gestantes de 17 a 19 años, el 7,44% de 14 a 16 y 0,83% en el grupo de 10 a 13 años, la hiperémesis gravídica ocurrió en el 5,13%, en edades de 17 a 19 años y el 1,65% de 14 a 16 años, la preeclampsia representa el 1,65%, en las adolescentes de 17 a 19 años, el 0,83% en las de 14 a 16 años, la anemia se presentó en el 30,58% de 17 a 19 años y el 7,44% en las del grupo etáreo de 14 a 16 años.

Con respecto a las complicaciones obstétricas durante el parto tenemos, la distocia de presentación en el 0,83% en las adolescentes de 14 a 16 años. Los desgarros de partes blandas en el 32,23% en las gestantes adolescentes de 17 a 19 años y el 9,92% en las de 14 a 16 años. Los Problemas de expulsión en el 4,13%, en las del grupo etéreo de 17 a 19 años y el 0,83% de 14 a 16 años. La Rotura prematura de membranas el 13,22% en las de 17 a 19 años y el 4,96% de 14 a 16 años.

Las complicaciones durante el puerperio más frecuentes fueron, retención de placenta el 2,43% entre 17 a 19 años, desgarros en el 0,63% en el grupo de 17 a 19 años, hemorragia por restos placentarios en el 1,65% de las gestantes adolescentes del grupo etéreo de 17 a 19 años.

Al establecer la relación entre las complicaciones obstétricas y el embarazo en adolescentes, se encontró relación estadística altamente significativa con la preeclampsia, siendo el valor de chi cuadrado ($p: 0,000$). Significando que ambas variables están íntimamente relacionadas y que una depende de la otra, a menor edad mayor será el riesgo de preeclampsia pudiendo llegar a eclampsia.

Conclusión: el embarazo adolescente es más frecuente en la zona urbana, son convivientes, con una instrucción secundaria completa, amas de casa. Las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en la adolescencia tardía es decir en las edades de 17 a 19 años de edad.

Palabras claves: embarazo, adolescencia, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

The present investigation study was realized at the Support Chepén's Hospital, with the OBJECTIVE to determine the relationship between obstetric complications with adolescent pregnancy, in the N^o03 Support Chepén's Nivel III-2014.

Materials and Methods: Quantitative, not experimental, correlational retrospective study the population were 121 medical records about pregnant adolescents. It was used as a technique the Documentary analysis of the medical records and as an instrument a file to the gathering of the information, validated by Elva Lopez Quevedo. The analysis was made in the stadistical program SPSS - Statistical Package for the Social Sciences 23 version, and the square-chi to establish the association between the variables in study.

Results: the 79.34% of the teenagers were 17 to 19 years old (late adolescence), the 19.83% from 14 to 16 years old (mean adolescence) and the 0.83% in the ages from 10 to 12 years old (early teenager). The 71.08% have studied completed secondary. The 79.34% are cohabitants. The 100.0% of the teenagers are housewives. The 64.46% are from the urban area.

Inside the obstetric complications during the pregnancy were, the threatened abortion in the 15.7% in the group of 17 to 19 years old, 3.48% in the from 14 to 16 and the 0.83% from 10 to 13 years old, the urinary tract infection in the 39.6% of pregnant women from 17 to 19 years old, the 7.44% from 14 to 16 and the 0.83% in the group of 10 to 13 years old, the gravidarum hyperemesis occurred in the 5.13%, in ages from 17 to 19 years old and the 1.65% from 14 to 16 years old, the preeclampsia represent the 1.65% in the teenagers from 17 to 19 years old, the 0.83% in the 14 to 16 years old, the anemia was presented in the 30.58% from 17 to 19 years old and the 7.44% in the age group from 14 to 16 years old.

With respect to the obstetric complications during the birth we have, the presentation dystocia in the 0.83% in the teenagers from 14 to 16 years old. The

Soft part tears in the 32.23% in the teenagers pregnant from 17 to 19 years old and the 9.92% in the 14 to 16 years old. Problems expulsion 4.13%, in the age group of 17 to 19 years and 0.83% of 14 to 16 years. Premature rupture of membranes 13.22% in the 17 to 19 years old and 4.96% from 14 to 16 years old.

The most frequent complications during the puerperium were, retained placenta the 2.43% between the 17 to 19 years old, tears in the 0.63% in the group from 17 to 19 years old, bleeding for placental remains in the 1.65% from pregnant teenagers from the age group from 17 to 19 years old.

Establishing the relationship between the obstetric complications and the pregnancy in teenagers, it found statistical relationship highly significant with the preeclampsia, being the value of square- chi (p: 0,000). It means that both variables are closely related and that one depends on the other, at a younger age higher will be the risk of preeclampsia may arrive to eclampsia.

Conclusión: the teenager pregnancy is more common in the urban zone, are cohabiting with a complete secondary education, housewives. The complications occurred with more frequency in the late adolescence that is to say in the ages from 17 to 19 years old.

Keywords: pregnancy, adolescence, obstetric complications.

INFORME FINAL

Caratula

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen / Abstrac

Índice

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Introducción.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.2.1 Delimitación temporal.....	10
1.2.2 Delimitación geográfica.....	10
1.2.3 Delimitación social.....	10
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3.1 Problema principal.....	11
1.3.2 Problemas secundarios.....	11
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.4.1 Objetivo general.....	11
1.4.2 Objetivo específicos.....	12
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.5.1 Variables.....	12
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	20

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
2.2 BASES TEÓRICAS.....	27

1. Adolescencia.....	27
2. Embarazo en la adolescencia.....	29
3. Complicaciones obstétricas.....	38
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINO BÁSICOS.....	47

**CAPITULO III.
METODOLOGÍA**

3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	54
3.1.1 Tipo de investigación.....	54
3.1.2 Nivel de investigación.....	54
3.1.3 Método.....	55
3.1.4 Diseño de investigación.....	55
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
3.3.1 Técnica.....	58
3.3.2 Instrumento.....	58
3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS	58

**CAPÍTULO IV:
RESULTADOS**

4.1 RESULTADOS.....	60
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	72
4.3 RECOMENDACIONES.....	74
4.4 REFERENCIAS.....	76
ANEXOS.....	81

INTRODUCCIÓN

El embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva es objeto de preocupación en los últimos tiempos, no sólo por su alta frecuencia, sino por las afecciones propias para cada edad y la innegable repercusión que la gestación tiene para la familia y la sociedad. En los últimos años tanto en el Perú como en el resto de América Latina ha aumentado la preocupación por el embarazo adolescente, considerándose como problema social y de salud pública. Las gestantes adolescentes reflejan deficiencias en la Atención Prenatal, y como resultado, riesgos más altos en términos de salud para ella y para su hijo (1).

Así el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública debido a la conducta sexual de las jóvenes, por su precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos. Por lo que el embarazo en adolescentes se ha considerado como un embarazo de alto riesgo ya que experimenta mayor incidencia de complicaciones durante la gestación y el parto tanto para la madre como la mayor probabilidad de complicaciones para el recién nacido. El (55%) de embarazos adolescentes no son deseados. El embarazo no deseado está asociado al aborto inducido, sólo en el 2003 fueron atendidas más de 30.000 adolescentes con cuadros de abortos complicados. El embarazo adolescente es contribuyente a la morbilidad materna y cursando a su vez por problemas perinatales (4).

En el presente trabajo de investigación “complicaciones obstétricas y su relación con el embarazo adolescente”, se puede observar que la mayor frecuencia de embarazos se presentaron fueron en las edades de 17 a 19 años que corresponde a la adolescencia tardía y es en este grupo etáreo es donde se han presentado las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; siendo la preeclampsia una de las complicaciones que puede llegar a desencadenar una muerte materna perinatal ya que esta resultó altamente significativa. Además las características socio-demográficas comunes que

destacan en este grupo es que son del área urbana, tienen secundaria completa y son amas de casa.

Pues, tratándose de una problemática no solamente mundial, nacional y local, con los resultados que se exponen en la presente se espera una intervención de las autoridades pertinentes, con la única finalidad de mejorar los indicadores de morbi-mortalidad materna perinatal especialmente en el ámbito local de tal forma que a través del trabajo preventivo promocional y un trabajo adecuado y responsable en lo que corresponde al

Control prenatal se logre posponer los embarazos a edades más maduras y se evite la muerte materna- perinatal como consecuencia de estas complicaciones muchas de ellas prevenibles.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Las complicaciones obstétricas durante la adolescencia constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo. En el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres padecen enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10 % fallece. En el 80 % de los casos las muertes pueden ser evitables, pero sin lugar a dudas se necesita de un entorno propicio para una maternidad segura. La necesidad de una atención continuada con la presencia de profesionales debidamente capacitados a lo largo del embarazo, durante el parto y el postparto, el acceso a los servicios de salud y a una nutrición adecuada disminuye el riesgo de una muerte materna.

Según La Naciones Unidad para la infancia (UNFA, 2013). En el mundo hay siete millones de embarazos adolescentes cada año. Unas 70,000 menores

mueren por complicaciones generadas durante el embarazo, parto y puerperio, 3,2 millones tienen abortos peligrosos, alertó Naciones Unidas. En países pobres, los embarazos no son el resultado de una elección deliberada sino a la ausencia de elección. Las Naciones Unidas manifestaron su preocupación por la suerte de más de siete millones de adolescentes que cada año se convierten en madres, principalmente en países en desarrollo. Cada día 20,000 jóvenes menores de 18 años traen un hijo al mundo en las referidas naciones, que acapara el 95% de los casos (1).

Hervish Alexander y Clifton Donna (julio 2013), refiere en lo que respecta a embarazo y maternidad adolescente en todo el mundo manifestaron que, muchas mujeres de 15 a 19 años están actualmente embarazadas o ya han dado a luz. Esta situación ocurre especialmente en áreas rurales donde las niñas se casan jóvenes y se las presiona para que empiecen a tener hijos de inmediato. En Zimbabwe, Senegal y Colombia, más de una de cada cinco adolescentes de áreas rurales comenzaron a tener hijos. Las adolescentes de hogares más pobres tienen más posibilidades de quedar embarazadas o dar a luz que las de hogares más ricos. En Zimbabwe, Senegal, Colombia y Perú, más de cuatro adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al 20% de los hogares más pobres comenzaron a tener hijos. Y en el Perú, la tasa de maternidad precoz es casi seis veces mayor entre las adolescentes de hogares más pobres que entre las de los hogares más ricos (2).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), informa que hay más de siete millones de embarazos adolescentes en el mundo. Las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) presentaron en Londres, que en los países industrializados se registran 680,000 nacimientos anuales en adolescentes, más de la mitad en Estados Unidos. Una menor de cada cinco, aunque en Níger se eleva a una de cada dos (51%), se convierte en madre en el mundo en desarrollo. De los 7,3 millones de jóvenes menores de 15 años, “En países como Bangladesh, Guinea, Mali, Mozambique, Níger y

Chad, una joven de cada 10 es madre antes de los 15 años. Según las encuestas que ha realizado la UNFAPA, el 19% de las mujeres de entre 20 y 24 años en los países en desarrollo tuvieron su primer hijo antes de los 18 años. De esta muestra que representa a 36,4 millones de mujeres, cerca de la mitad (17,4 millones) viven en el sureste asiático, 10,1 millones en África subsahariana y 4,5 millones en América Latina y el Caribe (3).

El “principal factor determinante” de los embarazos precoces es el bajo nivel educativo, así como los matrimonios de niñas, no obstante, que ha disminuido la frecuencia de los embarazos en los países en desarrollo, sobre todo entre las niñas de menores de 15 años, lo que se atribuye en gran parte “a la disminución de los matrimonios concertados con niñas muy jóvenes”. No obstante, si se mantiene la tendencia actual en el África Subhariana “se espera que el número de niñas de menores de 15 años que serán madres pasará de 2 millones por año en la actualidad, a 3,3 millones en 2030”. Estos embarazos precoces duplican el riesgo de muerte o de fístulas obstétricas (lesiones internas que entrañan incontinencia) para las menores de 15 años (3).

Según La organización de las Naciones Unidas para la población. En América Latina, el indicador de nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años para América del Sur es de 74, con un rango entre 55 y 90 por 1.000 para los países andinos, según el informe del Estado de la Población Mundial (3)

En siete países de América Latina se encontró que el 19,5 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años habían estado embarazadas. De ellas, el 50 por ciento no tenía educación, el 59% vivía en la pobreza.

Según documento Técnico “Análisis de Situación de Salud de las y los adolescentes” elaborado por la Etapa Vida Adolescente y Joven del

Ministerio de Salud, el 49,2% de la población adolescente del Perú son mujeres y el 12,5% de este grupo están embarazadas o ya son madres. Estas cifras reflejan un problema de salud pública, ya que el embarazo adolescente es una causa de muerte materna y en muchas ocasiones terminan en abortos inducidos en condiciones clandestinas e inseguras que producen (3).

En muchas regiones del Perú, el embarazo a temprana edad forma parte del patrón cultural de la zona. En las grandes ciudades, es habitual que se dé en parejas que no han iniciado su vida en común o en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer e hijo, provocando el problema social de la “madre soltera” (3).

Existen estudios realizado por Díaz, Sahueza y Yaksic. (2012), que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo de las adolescentes (menores de 16 años) y las mayores de 16 años. En las adolescentes embarazadas, los riesgos obstétricos y perinatales son dependientes de la edad por sí misma (6).

Estudios realizados evidencian que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del síndrome de hipertensivo del embarazo, además el riesgo de parto prematuro es mayor en las gestantes adolescentes, la frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reporta en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, abortos, partos pretérminos, rotura prematura de membranas, en algunos casos aunque muy escasos la diabetes gestacional, En lo que respecta a las patologías del parto, se señala también que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto consecuencia de la desproporción céfalo pélvica, llevando a un desgarro perineal (6).

Según la Encuesta Demográfica y de salud (ENDES. En el año 2012 a nivel de Lima el porcentaje se mantuvo en relación al año 2000 que fue del 8%, costa 13%, sierra 12%, selva 28%, en la zona urbana 10%, rural 22% y a nivel Nacional correspondió el 13% (5).

Las adolescentes embarazadas comentaron que el embarazo cuando se presentó para el 2012 el 32% si lo querían cuando se presentó el embarazo, el 58% lo querían después, y el 10% no quería más hijos según. La misma fuente manifiesta que se observa que las cifras decrecen observándose para el 2012 que las adolescentes no aceptan el embarazo no deseado creando un futuro incierto para los niños y niñas nacidas en estas circunstancias, incrementándose los riesgos para un crecimiento y desarrollo adecuado por el mismo ámbito que le rodea e incrementándose las probabilidades de morbi mortalidad neonatal e infantil (5).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos por las mujeres adolescentes, tenemos que para el 2012 se observa que el 51% eran adolescentes en unión y el 62% de adolescentes no eran unidas y sexualmente activas (5).

Según la Encuesta Demográfica y de salud (ENDES) En cuanto a la proporción de mujeres adolescentes sexualmente activas, tenemos que para el período el 2012 el 2% ya tuvieron relaciones, su actividad reciente correspondió al 15% y su primera relación antes de los 15 años el 6% los últimos 30 días de aplicada la entrevista. Así se puede demostrar que las mujeres inician su actividad sexual antes de los 15 años de edad (5).

El Diario: Panorama Cajamarquino el 15 de septiembre del 2015, publicó que en Cajamarca el porcentaje de embarazo adolescentes alcanza casi el 118,9% lo que implica mayor probabilidad de morbimortalidad infantil,

complicaciones obstétricas y deserción escolar, informó la Dirección regional de Salud (8).

La Dirección Regional de Salud (DIRESA). Asimismo que la proporción de muertes maternas notificadas durante el año 2009 fue el 15% (8 casos) porcentaje que para el primer semestre del 2010 se ha visto incrementado en un 17%. La Diresa agrega que Cajamarca es el cuarto departamento que concentra la mayor cantidad de población adolescente a nivel nacional. Cabe resaltar que un 70% de este total residen en la zona urbana. Justamente estos adolescentes tienen grandes diferencias en lo que ha educación se refiere, la mayoría de ellos solo tiene educación primaria y muchas veces por la lejanía y pobreza no pueden estudiar y se dedican a trabajar en labores agrícolas, incidiendo el embarazo adolescente, informa DIRESA (9).

En tanto a nivel nacional, la tercera causa de deserción escolar es el embarazo adolescente, habiéndose elevado de 12,2% a 13,7% principalmente de los sectores más pobres y con menor nivel educativo. Por estas razones la DIRESA está desarrollando un programa de sensibilización en nuestros jóvenes. Los adolescentes representan un 20% de la población mundial, y un 85% se encuentran en los países de desarrollo. En nuestro país la población adolescente representa aproximadamente la quinta parte de la población total (20,77%). En nuestro país cerca de unos 120 mil adolescentes se embarazan cada año y el 25% de casos de mortalidad materna es por complicaciones durante el embarazo durante el parto o después el 20% de abortos espontáneos corresponden a embarazos en adolescentes (9).

En el Departamento de la Libertad la Unidad de Epidemiología Del Hospital de Apoyo nº 03 Chepén, (2011), refirió que del total de la población niños, niñas y adolescentes que constituye 601,454 del total de su población; en lo que se refiere a la población adolescente el 12% ya se encuentra conviviendo o están casadas en la edades de 15 a 18 años de edad y el 16% de las adolescentes de 15 a 20 años ya han experimentado la

maternidad. De las provincias la segunda que presenta mayor porcentaje de adolescentes que ya conviven entre las edades de 15 a 18 años es la provincia de Chepen con el 12%, en la provincia de Virú es el 21% de adolescentes que ya se encuentran conviviendo, asimismo las que ya han sido madres entre las edades de 15 a 20 años con el 26%. (10).

En el estudio realizado por Julca, P. (2014), reporta como partos atendidos en el centro obstétrico registrados de septiembre y octubre del 2013 según edad un total de 155 de los cuales reporta entre 12 a 17 años que constituyen el grupo de adolescentes, siendo 97 partos que constituye el 24% del total, de 18 a 34 años 92 partos con el 59% y mayores de 35 años 26 partos correspondiendo al 17%. Estos últimos corresponden al grupo de mayor riesgo que se considera en una gestación, debido a las complicaciones que puede acarrear (11).

El sistema de información de estadística de salud(planificación familiar) refirió que en la Provincia de Chepén existe una proporción importante de jóvenes que inician su vida sexual en condiciones no planeadas, siendo la edad promedio en las mujeres de 15 a 18 años las que ya conviven con un 15% y las que ya son madres adolescentes entre 15 a 20 años con el 18% , lo que resulta una alta proporción de embarazos no deseados; además existiendo factores de riesgo determinantes y predisponentes, que se asocian a presentación de complicaciones obstétricas mayores en las adolescentes embarazadas incluyendo el contraer infecciones de transmisión sexual y dentro de ellas el VIH/SIDA, las mismas que contribuyen a elevar los indicadores de morbilidad materna- perinatal en esta etapa de vida (12).

Partiendo de esta realidad y teniendo en cuenta que en el nivel local no existen estudios se creyó por conveniente realizar el presente trabajo de investigación titulado: “Complicaciones obstétricas y su relación con el embarazo adolescente en el Hospital de Apoyo Chepén – 2014 (13).

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación temporal.

Teniendo en cuenta que es un trabajo retrospectivo, la información a recabar correspondió a las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén. Nivel II-1, durante el periodo de enero a diciembre de año, 2014. (14)

1.2.2. Delimitación geográfica.

La presente investigación se realizó en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén, Nivel II-1 institución que pertenece al MINSA en el Departamento de La Libertad, Provincia de Chepén y en el Distrito del mismo nombre; ubicado en la Avenida 28 de julio s/n. Cuenta con un área de 19,127.25m².

1.2.3. Delimitación social.

Los sujetos de estudio fueron las mujeres gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén. Nivel de atención II-1. Teniendo en cuenta que existen reportes de gestantes adolescentes atendidas en el periodo de enero a diciembre del 2014, según el registro de atenciones. Asimismo según los reportes en esta Provincia de la población adolescente de 15 a 18 conviven el 15% y las que ya han experimentado la maternidad el 18% corresponde a la edad de 15 a 20 años de edad.

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas y el embarazo adolescente, en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén. Nivel II-1, 2014?

1.3.2 SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el embarazo adolescente?
- ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto en adolescentes?
- ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el post parto de la adolescente?
- ¿Cuáles son las características socio-demográficas de las adolescentes embarazadas?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

14.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre las complicaciones obstétricas con el embarazo adolescente, en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén Nivel II – 2014.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características socio-demográficas de las gestantes adolescentes.
- Establecer las relaciones entre las complicaciones obstétricas, en el embarazo adolescente.
- Establecer la relación entre las complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio con el embarazo adolescente.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.5.1. HIPÓTESIS.

Las complicaciones obstétricas guardan relación significativa con el embarazo de adolescentes, atendidas en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén. Nivel II-1, durante el periodo de enero a diciembre de año 2014.

1.5.2.-VARIABLES.

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Embarazo adolescente

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

Complicaciones obstétricas.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<p><u>INDEPENDENTE</u></p> <p>EMBARAZO ADOLESCENTE</p>	<p>Aquel que ocurre entre los 10 y 19 años de edad. También designa como embarazo adolescente al que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madures emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.</p>	<p>Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Temprana - Media - Tardía 	<ul style="list-style-type: none"> - 10-13 - 14-16 - 17-19
<p><u>DEPENDIENTE</u></p> <p>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</p>	<p>Patología materna que ocurre durante el embarazo.</p>	<p>Patologías</p>	<p>Aborto</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Amenaza de aborto b) Aborto en curso c) Aborto inminente

				<ul style="list-style-type: none"> d) Aborto inevitable e) Aborto consumado f) Aborto completo g) Aborto incompleto
			Embarazo ectópico	<ul style="list-style-type: none"> EE. Tubarico E.E. Ovárico E.E. Abdominal E.E. Cervical E.E. intralegamentario
			Mola hidatiforme	<ul style="list-style-type: none"> Mola Completa Mola parcial

			Placenta previa	<ul style="list-style-type: none"> - P.P. Total - P.P. Parcial - P.P. Marginal - P.P. Lateral
			Desprendimiento prematuro de placenta	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderado - severo
			Infección del tracto urinario	<ul style="list-style-type: none"> - Bacteriuria asintomática - Cistitis - Uretritis - Pielonefritis
			Hiperémesis gravídica	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderada - Grave

			Enfermedad hipertensiva gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Preeclampsia - Eclampsia - Síndrome de hellp
			Enfermedades virales	<ul style="list-style-type: none"> - Rubeola - Hepatitis A - Hepatitis B
			Enfermedades de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> - VIH – SIDA - Sífilis - Gonorrea
			Enfermedades Parasitarias	Toxoplasmosis
			Enfermedades endocrinas	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertiroidismo - Hipotiroidismo

			Insuficiencia cardiaca gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Grado I - Grado II - Grado III - Grado IV
			Incompatibilidad RH	Si/No
			Distocia de presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Cefálica - Podálica
			Distocia de posición	<ul style="list-style-type: none"> - Transversa - Oblicua - Compuesta
			Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> - Primer trimestre - Segundo trimestre - Tercer trimestre

			Desgarro de partes blancas	<ul style="list-style-type: none"> - Grado I - Grado II - Grado III - Grado IV -
			Rotura prematura de membranas	<ul style="list-style-type: none"> - RPM a termino - RPM de pretermino - RPM precoz
			Distocia por contractilidad uterina	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperdinamia uterina - Hipodinamia uterina
			Incompatibilidad céfalo pélvico	<ul style="list-style-type: none"> Estenosis del estrecho superior Estenosis del estrecho medio Estenosis del estrecho inferior

			Rotura uterina	Rotura uterina completa Rotura uterina incompleta
			Prolapso de cordón umbilical	Prolapso de cordón Pro cubito de cordón Lateroincidencia de cordón
			Retención de placenta	10 a 30 minutos Más de 30 minutos
			Hemorragia por restos placentarios	Si/No
			Hipotensión ortostática	Reducción de menos 20 mm Hg PAS Reducción de menos 10 mm Hg PAD

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es importante; ya que, el embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, 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. Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública, el embarazo en adolescentes está implicado cada día más como causa de consulta en los centros hospitalarios. Los riesgos potenciales para las niñas adolescentes de llegar a quedar embarazadas incluyen: Los tempranos contactos sexuales En países menos desarrollados, la proporción de embarazos en adolescentes es mayor. 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 15 años y más. Se demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 15 y 20 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que la simple edad materna.

Además es relevante el presente, porque se observa el incremento de embarazos en las adolescentes, a pesar de los esfuerzos que se han realizado en los últimos años en el país, a nivel departamental y local, a través de la implementación de estrategias de intervención por parte del Ministerio de Salud y otras organizaciones estableciendo planes de intervención en donde el grupo de adolescentes hace que estas cifras se incrementen respecto a las complicaciones que en ellas se pueden generar por la edad misma y los factores de riesgo que se asocian.

El presente trabajo de investigación aportará el conocimiento científico a través de los resultados, se contará con una línea de base al no existir trabajo a fines al tema, permitiendo a las Autoridades de las Instituciones involucradas como el Ministerio de Salud, Seguro Social, Organizaciones no Gubernamentales, así mismo a la Universidad Alas Peruanas a nivel Nacional como en la Sede contar con información real respecto al problema, lo cual facilitará su intervención a través de las diferentes acciones que se desarrollen con los estudiantes, con la finalidad de promocionar hábitos saludables sobre salud sexual reproductiva y el adecuado manejo de los métodos anticonceptivos y así disminuir los indicadores de morbilidad materna dadas por los embarazos en las adolescentes en la provincia de Chepén, contribuyendo a elevar los niveles de vida de este grupo etario base del desarrollo humano y social.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Contreras J. En su estudio realizado sobre: Prevalencia del embarazo en Adolescentes en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta. Tesis para optar el Título de Magister en Salud Pública. En la Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Maestría en Salud Pública en el año 2011 El embarazo entre adolescentes es una preocupación de la mayoría de sociedades del mundo, donde las repercusiones de esta situación han impactado, desde el ámbito familiar hasta la sociedad en general (15).

Romero M. Estévez J. realizaron un estudio sobre. Factores de riesgo presentes en el embarazo adolescente en el Hospital Universitario Materno-Infantil, en el año 2009 en La Habana - Cuba realizándose un estudio observacional, prospectivo y descriptivo de corte transversal de las madres

adolescentes cuyos partos se produjeron en este período. De un total de 6460 madres que aportaron recién nacidos vivos, 976 fueron en madres adolescentes, siendo ésta la muestra en estudio. En los resultados se destaca que es en la adolescencia tardía donde ocurre la mayoría de los embarazos representando el 67,2%, siendo solteras el 61,8% y se encontraban en la etapa estudiantil el 65,1% de ellas. El 75% iniciaron sus primeras relaciones sexuales entre los 14 a 17 años, siendo el olvido la causa fundamental del no uso de los anticonceptivos para un 44,8%. La mayoría de estas adolescentes tenían el antecedente de dos o más abortos provocados (46,3%). El 53,8% de las adolescentes comenzaron su embarazo con índice de masa corporal normo peso (16).

Bautista J., realizó un estudio descriptivo titulado: Prevalencia de embarazos en adolescentes, en Colombia en el año 2009, se atendieron 362 partos de adolescentes y entre ellas la mayoría, 77% son residentes en la zona urbana, 98% han hecho estudios primarios al igual que su compañero sentimental, 46% tienen como pareja un hombre en el inicio de la adultez, es decir entre 20 y 24 años, su ocupación es ser ama de casa, 97% tienen afiliación a salud en el régimen subsidiado, 82% se han realizado control prenatal, iniciaron la vida sexual durante la adolescencia media, en el 97% de los casos el embarazo no fue deseado y una cuarta parte tuvo intento de aborto, únicamente el 4% ha utilizado métodos de planificación familiar, ninguna reconoció ser farmacodependiente, en el 87% de los casos la gestante es primigrávida, solamente el 4% ha tenido complicaciones, 59% vive con la familia nuclear, únicamente el 11% aún estudia, el 1% manifestó que durante el embarazo y por causa de él han sido objeto de maltrato por la familia, y 17% proviene de una madre que se embarazó durante la adolescencia, poniendo de manifiesto la tendencia a repetir el ciclo de embarazo adolescente (17).

Martuci L. Meléndez L. Se realizó un estudio descriptivo, con un diseño no experimental, de corte transversal en el año 2010 titulado: Factores de riesgo que predisponen a las complicaciones más frecuentes en las pacientes

obstétricas ingresadas a la unidad de cuidados intensivos de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. El objetivo del presente trabajo fue analizar los factores de riesgo que predisponen a las complicaciones más frecuentes en las pacientes obstétricas ingresadas a la UCI. La muestra estuvo constituida por 16 pacientes obstétricas hospitalizadas en UCI. Los resultados mostraron que 50% de los pacientes comprendieron un rango entre 15 y 19 años, 50% no se controlaron el embarazo, el diagnóstico de ingreso más frecuente fue la Eclampsia con 31.25%, las pacientes con sobrepeso presentaron un promedio de APACHE II del 14.63+1.61 perduraron en un promedio de 12.72+1.61 días de hospitalización, y un promedio de 10.90+2.01 conectadas a ventilación mecánica. Se concluye que las complicaciones de las pacientes grávidas que ingresan a UCI se presenta en adultas jóvenes, con sobrepeso, solteras, con labores del hogar, al final del embarazo, con predominio de la Eclampsia junto a los trastornos infecciosos (18).

Alarcón A.R. (2009) Habana, investigo sobre Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Se realizó un estudio observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron 18 (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007. Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta. (19).

Pérez, E. Vargas, M. (2011), República Dominicana, investigaron sobre el embarazo en adolescentes. Los hallazgos cualitativos, sugieren que si bien

es cierta la edad para definir la adolescencia como fase de desarrollo puede resultar imprescindible desde el punto de vista de las políticas públicas, el proceso de diseño e implementación de intervenciones específicas dirigidas a la población adolescente del país. Así mismo la comunicación de los/las adolescentes con sus padres notablemente verticales y unidireccionales, donde “las personas adultas” aconsejan y /o dan órdenes que reproducen el discurso “institucionalizado” y el/a adolescente se lleva o cuando menos debería llevarse de sus consejos. Siendo para ambas generaciones difícil de traducir en palabras las vivencias. En este sentido, iniciativas dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes, han de partir del reconocimiento de la sexualidad adolescente y la sexualidad femenina en general, procurando su transición del ámbito de lo “oculto”, facilitando una comunicación más abierta y auténtica con respecto a este tema con los/as adolescentes (20).

Osorio R. (Titulada: Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, en el año 2013 en Lima - Perú Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia. Teniendo como Resultados, el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Conclusiones: Las adolescentes embarazadas atendidas tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud

integral de las madres adolescentes, la de su hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto (21).

Sánchez L. realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo en Iquitos – Perú en el año 2003, con una población de 980 gestantes adolescentes entre los 14 a 19 años atendidas en el Hospital Iquitos César Garay García estudio titulado: Complicaciones Obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes medias y tardías, con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes. Se obtuvieron los siguientes resultados: Se evaluaron 276 gestantes adolescentes, el 79,0% de las adolescentes presentaron complicaciones obstétricas y el 59.4% de las adolescentes presentan complicaciones perinatales. Las complicaciones obstétricas (80.7%) y las complicaciones perinatales (66.3%) que las adolescentes medias (76.4% y 49.1%). Las gestantes tardías presentaron con mayor frecuencia complicaciones obstétricas (80.7%) y complicaciones perinatales (66.3%) que las adolescentes medias (76.4% y 49.1%) Las gestantes adolescentes medias presentaron como complicación obstétrica a la anemia (29.1%), infección urinaria (25.5%), desgarro perineal (18.2%), y preeclampsia (9.1%) y las gestantes adolescentes tardías presentaron: infección urinaria (30.1%), anemia (26.5%), desgarro perineal (10.8%), amenaza de aborto (10.8%), y preeclampsia (8.4%) (22).

Silva B. En su estudio. Embarazo en la adolescencia 2012. El vigente estudio tiene como objetivo analizar las implicancias clínicas, obstétricas y neonatales provenientes de los riesgos biológicos de adolescentes embarazadas, menores de 16 años. Los resultados que se presentaron con mayor frecuencia fueron: pequeño para la edad de gestación (75%), bajo peso al nacer (64%), parto prematuro (61%), retardo del crecimiento intrauterino (66%), anemia (55%), hemorragia pos-parto (33%), parto vaginal (31%) e infección urinaria y/o vaginal (29%). Estos hallazgos sugieren que

las características biológicas relacionadas con adolescentes < 16 años pueden ser consideradas como un factor importante para resultados adversos en el embarazo (23).

2.2 BASES TEORICAS

1. ADOLESCENCIA.

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. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial (24).

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

- **Adolescencia Temprana (10 a 13 años).**

Biológicamente, es el periodo peri puberal, 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 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 (25)

- **Adolescencia tardía (17 a 19 años).**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (26).

2. EMBARAZO EN ADOLESCENCIA

La Organización mundial de la salud OMS define el embarazo en la adolescencia aquel que ocurre entre los 10 y 19 años de edad. También designa como embarazo precoz en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madures emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado sorpresivo, La Organización Panamericana de Salud (OPS) señala que “se denomina reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómeno que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo”

Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas, entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que tienen a su lado (27).

2.1 CONSIDERACIONES PSDICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- A. Sociedad represiva: Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- B. Sociedad restrictiva: Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- C. Sociedad permisiva: Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- D. Sociedad alentadora: Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África Ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico (28).

2.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

A. Adolescentes:

Según (ISSLER, 2006) (29).

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y

en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias (29)

B. Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos (28).

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres.

Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

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.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida (28).

C. Padre adolescente

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres (28).

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorización por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que había dudas (28).

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y

demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración (28).

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "*ser padre*". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "*adoptado*" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre (28).

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "*huida*".

D. Consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

Consecuencias para la Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales (28).

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación (28).

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos íntergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

- Consecuencias para el hijo de la madre adolescente (28).

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita" (28).

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

- Consecuencias para el padre adolescente. Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse (28).

3. Factores que favorecen el embarazo en adolescentes

Múltiples factores favorecen la ocurrencia de embarazo en adolescentes; estos se relacionan con aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que, unidos a las vulnerabilidades propias de la adolescencia y a conclusiones de riesgo inherentes a diversas situaciones, predisponen a relaciones sexuales que conllevan a embarazos no planeados ni deseados en un gran número de casos. La edad de inicio de las relaciones sexuales se encuentra directamente relacionada con el incremento de la probabilidad de un mayor número de hijos al final de la vida reproductiva de una mujer. Dicha edad es cada vez más temprana entre los adolescentes; en Colombia el inicio de las relaciones sexuales en menores de 15 años pasó de 5,6 por ciento en el año 2000 a 13,6 por ciento en el 2005. En el 2005, alrededor del 40 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años ya había tenido actividad sexual (29).

El inicio temprano de las relaciones sexuales también se halla asociado con los factores biológicos como la presentación de la menarquia a edades cada vez más tempranas. Con factores psicológicos como la demora de los adolescentes en admitir que son sexualmente activos o el bajo riesgo percibido sobre la posibilidad de un embarazo no planeado. La vulnerabilidad percibida, propia de su edad, no les permite concebir el riesgo real de un embarazo propia de su edad, no les permite concebir el riesgo real de un embarazo cuando se tienen relaciones sexuales sin protección; no son conscientes del riesgo conductual que conlleva, por ejemplo la monogamia repetitiva o seriada, frente al riesgo real de que a mayor número de relaciones sexuales sin protección con diferentes compañeros sexuales se incrementa la probabilidad de un embarazo o de una infección de transmisión sexual..

Existe factores predictores de riesgo, como la actividad sexual, la edad, el número de parejas, el uso adecuado o no de anticonceptivos, el grado de

invulnerabilidad percibida, el consumo de alcohol y el uso de sustancias ilícitas, que pueden desarrollarse con los embarazos en adolescentes

El bajo estatus económico y menor nivel educativo son los factores de riesgo en todos los grupos étnicos. Adicionalmente, mujeres con antecedente de tener hijas de madres adolescentes son más propensas a embarazo temprano (29).

Los patrones de actividad sexual, unión y maternidad, son altamente diferenciales por estrato socioeconómico. Las adolescentes de estratos bajos inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las de estratos altos. Se sugiere que este comportamiento diferencial se concatena con las percepciones sobre la maternidad, las adolescentes de estrato alto consideran que los hijos deben tenerse cuando se ha alcanzado estabilidad económica, emocional y de pareja; mientras que es más común que las de estrato bajo estimen que el embarazo en la adolescencia es una forma de reconocimiento y aceptación social, y una opción de conformar una verdadera familia (29).

Se estima que entre un 30-35 por ciento de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. La mayoría de los adolescentes que no usaron este método en su primera relación sexual afirmaban que no lo hicieron porque fue algo inesperado (29).

Según la Encuesta de Demografía y Salud en Colombia en el año 2005 (30), el no uso de métodos de planificación familiar entre hombres adolescentes se asocia con: la percepción de invulnerabilidad, el escepticismo frente a la efectividad de los métodos, la creencia de que utilizar el condón con la persona que se ama y a la que se le tienen confianza es un irrespeto, las expectativas que se tienen sobre las relaciones románticas y sexuales, el deseo de placer a la pareja (29)

4. Complicaciones obstétricas asociados al embarazo en adolescente

En las últimas décadas ha existido controversia acerca de si los resultados obstétricos adversos de las gestantes adolescentes son particularmente atribuibles al hecho biológico de la edad materna o si son más que todo consecuencia de factores demográficos deletéreos generalmente más prevalentes en este grupo de mujeres. Se ha señalado a la edad materna muy joven como un factor de riesgo para el desarrollo de diversas complicaciones y eventos adversos en la gestación tanto fetales como maternos. De los señalados, muchos son cuestión de debate; sin embargo, de todas las complicaciones la que más se ha aceptado es la ocurrencia de parto pretérmino, la cual está ampliamente demostrada en diversos estudios, siendo la más fuertemente asociada a la adolescencia (31).

- **Enfermedad hipertensiva gestacional**

Es una de las principales causa de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas y se caracteriza porque puede o no existir proteinuria, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia (con proteinuria) es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas (31).

- **Factores predisponentes a trastornos hipertensivos del embarazo**

Entre los factores predisponentes para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, tenemos:

- Paridad: casi exclusiva de primigestas.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.

- Patologías asociadas (diabetes, obesidad, mola, polihidramnios, eritroblastosis fetal).
- Antecedentes familiares y personales.
- Bajo Nivel socioeconómico.
- Factores ambientales.

- **Hipertensión inducida por el embarazo**

Es un síndrome vascular multisistémico que aparece exclusivamente durante la gestación y se caracteriza por un incremento de presión arterial, proteinuria y edema (31).

- **Preeclampsia**

Es la aparición de HAT con proteinuria y edema después de las 22 semanas de gestación, durante el parto o hasta las 72 horas del puerperio. La preeclampsia se subclasifica en:

Preeclampsia leve: se caracteriza por Hipertensión de al menos 140/90 mmHg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia después de la semana 20 de embarazo y proteinuria significativa de > 300 mg en 24 horas, edema moderado y volumen urinario en 24 horas > 500 ml.

Preeclampsia severa: se caracteriza por Tensión arterial > 160/90 mmHg en dos ocasiones con seis horas de diferencia después de la semana 20 de gestación; TA sistólica > 60 mmHg sobre el valor basal; TA diastólica > 30 mmHg sobre el valor basal; proteinuria > 5g en 24 horas, edema masivo, oliguria (< 400 ml en 24 hs), síntomas sistémicos como edema de pulmón, cefalea, alteraciones visuales, dolor en hipocondrio derecho, elevación de las enzimas hepáticas o trombocitopenia. La aparición de una convulsión de tipo gran mal en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia sin datos de traumatismos o enfermedad neurológica identifica a la paciente con eclampsia (32).

- **Eclampsia**

Consiste en la aparición de convulsiones, no causadas por una enfermedad neurológica coincidente (como la epilepsia) en una gestante que cumple los criterios de la preclamsia.

Las convulsiones no se correlacionan directamente con el nivel de hta apareciendo en muchos casos sorpresivamente, aun durante el puerperio en un tercio de los casos (33).

- **Preeclampsia sobre impuesta a hipertensión crónica**

Es la aparición de proteinuria sobre un proceso hipertensivo crónico no proteinúrico (34).

- **Hipertensión crónica**

Es la elevación de la presión arterial diagnosticada antes del embarazo o en la primera consulta prenatal antes de las 20 semanas. No se presenta proteinuria y las cifras tensionales permanecen elevadas después de la décimo segunda semana posparto (34).

- **Aborto**

Se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de gestación con un producto con un peso menor a 500gr, talla fetal de 25cm y de 18cm coronilla – rabadilla (35).

- **Amenaza de aborto**

Se presenta con amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor hipogástrico y/o lumbar.

Dentro de los signos hay sangrado uterino confirmado por especuloscopia, cuello uterino sin modificaciones, útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo y prueba de embarazo positiva.

El diagnóstico es confirmado por la visualización ecográfica de una gestación intrauterina o la auscultación del latido cardíaco fetal mediante Doppler (35).

Según Friedman, un embarazo no deseado puede conducir a un aborto inducido y esta situación en especial a las adolescentes más jóvenes, sin experiencia o avergonzadas, que probablemente intente el aborto cuando el embarazo esté avanzado. Esto conlleva mayores riesgos para la salud, su fecundidad futura y su propia vida; más aún si se realiza de manera clandestina (35).

- **Aborto inevitable**

Existe amenorrea, dolor hipogástrico moderado a severo, y metrorragia.

El útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo, contracciones uterinas, dilatación cervical y rotura de membranas (35).

- **Aborto en curso**

Puede ser: Aborto inminente: hay sangrado vaginal, dolor hipogástrico y al examen se constatan cambios cervicales (dilatación, OCI abierto), pero las membranas están intactas, el tamaño uterino es acorde a la EG.

Aborto inevitable: Cuando lo anterior se acompaña de rotura de membranas. (35).

- **Aborto incompleto**

Parte de los productos de la concepción se encuentran aún en la cavidad uterina. La ecografía transvaginal confirma la presencia de restos placentarios dentro de la cavidad uterina (35).

- **Aborto completo**

Expulsión total de los productos de la concepción. La ecografía determina la ausencia de contenido uterino, certificando el diagnóstico (línea endometrial <10mm (35).

- **Aborto diferido**

Es la retención del embrión o feto muerto sin expulsión del mismo (35).

- **Aborto séptico**

Infección que se superpone a cualquiera de las formas de aborto, a partir de la cavidad uterina.

Existen antecedentes de aborto provocado, maniobras instrumentales, DIU Concomitantemente con el embarazo, legrado o AMEU (35).

- **Amenaza de parto pretérmino**

Entre los factores predisponentes para la amenaza de parto pretérmino, tenemos:

Factores de riesgo mayores

- Gestación múltiple.
- Antecedentes de parto pretérmino.
- Antecedente de amenaza de parto pretérmino con parto a término.
- Polihidramnios.
- Anomalías uterinas.
- Cirugía abdominal durante el embarazo.
- Antecedentes de conización.
- Dilatación >1cm a las 32SG.
- Cuello <1cm de longitud a las 32SG.
- 2 o más abortos en el segundo trimestre.
- Consumo de cocaína.

Factores de riesgo menores

- Enfermedad febril durante el embarazo.
- Pielonefritis.
- Consumo +10 cigarrillos al día.
- Metrorragia después de las 12SG.
- 1 aborto en el segundo trimestre.
- 2 o más abortos en el primer trimestre.

Otros factores de riesgo

- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna <18 años >40 años.
- Estrés.
- Infecciones vaginales: vaginosis bacteriana sintomática.
- Infecciones urinarias.
- ETS.
- Abuso doméstico.
- Violencia familiar.
- Alcoholismo.
- Bajo índice de masa corporal pre gestacional.
- Baja ganancia de peso durante el embarazo.
- Traumatismos.
- La presencia de 1 o más factores de riesgo mayores y/o 2 o más factores de riesgo menores establecen el riesgo de parto pretérmino (38).

- **Parto prematuro**

Es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Las 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, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

Dentro de la etiología se plantea sobre todo el estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto genitourinario.

En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna (34).

- **Rotura prematura de membranas**

Es la ruptura espontánea del corion y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto. Aumenta la morbimortalidad materna a expensas de la infección.

- **Diabetes gestacional**

Se define como la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que se reconoce por primera vez durante la actual gestación.

Dentro de los factores de riesgo para contraer una diabetes gestacional están: obesidad con índice de masa corporal mayor a 26, antecedentes de diabetes mellitus en familiares de primer grado, edad materna igual o superior de 30 años, macrosomía fetal actual o antecedente de uno o más hijos con peso al nacer >4000 gramos, malformaciones congénitas y polihidramnios en el embarazo actual.

Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas (36).

- **Desproporción céfalo pélvica**

Es la obstrucción del trabajo de parto debido a la disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna que impide el parto vaginal.

Se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido a una mayor incidencia de desproporción céfalo pélvico. (40).

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, se observó que esta complicación fue la más frecuente entre las adolescentes, representando el 17.65% (40).

- **Desgarro perineal**

Se define como las laceraciones del canal de parto; esta complicación en las adolescentes está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco y se clasifica como:

Primer Grado: Afecta la horquilla vulvar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente.

Segundo Grado: Afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal.

Tercer Grado: Compromete, piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.

Cuarto Grado: Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Están en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza y hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra; además de ciertos condicionantes a saber cómo tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné

alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo, etc. (37).

- **Infección de vías urinaria**

- Se trata de la infección de una o más estructuras del tracto urinario; se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada.

- **Bacteriuria asintomática**

Es la colonización bacteriana del tracto urinario sin sintomatología. Muchos estudios mostraron que la incidencia de bacteriuria oscila entre un 4% y 7%; similar al reportado en mujeres no embarazadas. Sin embargo durante el embarazo la obstrucción del flujo de orina y las modificaciones fisiológicas propias de esta etapa favorecen la estasis y un mayor riesgo de pielonefritis (38).

- **Uretritis y cistitis**

Las infecciones de las vías urinarias bajas se caracterizan por un cuadro de polaquiuria, ardor miccionar, tenesmo y síntomas pélvicos, generalmente a febril (38).

- **Pielonefritis**

Constituye un problema grave que puede desencadenar una muerte materna debido a las complicaciones médicas que pueden aparecer tales como shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria del adulto.

Se presenta en alrededor del 2% de las embarazadas. El 40% de las embarazadas con pielonefritis aguda tiene antecedentes de infección de las vías urinarias inferiores.

La frecuencia reportada de infección de vías urinarias en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 23% (38).

- **Cesárea**

Es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto de 500 gramos o más; a través de una incisión en la pared abdominal y otra en el útero. Ciertos estudios, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas (39).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. **Adolescencia.** Según la OMS es el periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad (3)
2. **Embarazo Adolescente.** El que ocurre dentro de los dos años de ocurrida la menarquía o cuando la adolescente depende aún de su núcleo familiar de origen (3).
3. **Edad materna.** Tiempo que una persona ha vivido a contar desde su nacimiento (40).
4. **Estado civil.** Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el Estado o Nación a que pertenece. Civil en la que se encuentra una persona.
5. **Grado de instrucción.** Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad.
6. **Residencia.** Lugar donde radica la persona.

7. **Consumo de tabaco:** El hábito de fumar durante la gestación supone riesgo para el embrión y feto, el 20% de las mujeres sigue fumando durante el embarazo (42).
8. **Consumo de alcohol:** El abuso de alcohol conduce a menudo a dependencia, síndrome de abstinencia, complicaciones médicas graves y su excesivo en el embarazo puede producir el síndrome de alcoholismo fetal y malformaciones (43).
9. **Complicaciones Obstétricas:** Son todos aquellos sucesos generados como consecuencia de aquellos factores externos o intrínsecos de la mujer, trayendo como consecuencia alteraciones en la evolución del embarazo la que se considera desde el momento de la concepción hasta la semana 28 de gestación, las cuales pueden alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto y por otro lado la salud materna (28).

En el embarazo:

1. **Aborto.** Expulsión del producto de la concepción antes de las 22 semanas de gestación, este puede ser quirúrgico o médico.
2. **Embarazo ectópico:** Anomalía propia de la mala implantación del feto ya sea a nivel de trompas o extrauterino (28).
3. **Mola hidatiforme.** Una mola es una degeneración placentaria que causa una gestación anómala. La mola hidatiforme o embarazo molar es un término que se utiliza para referirse concretamente a un trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero (28).
4. **Placenta previa.** Es la implantación de la placenta en el segmento inferior uterino. Las variedades de placenta previa

se definen en función de la relación entre el borde inferior de la placenta con el orificio cervical interno.

- Placenta previa marginal: El borde de la placenta llega al orificio cervical interno.
- Placenta previa parcial: Lo recubre en parte.
- Placenta previa total u oclusiva: La placenta cubre por completo el orificio cervical interno. (28)

5. Desprendimiento prematuro de placenta: Es la separación completa o parcial de la placenta de su sitio de implantación en el segmento superior del útero, esto una vez transcurrida la 20 a semana de gestación y antes del tercer estadio del parto (28)

6. Infección del tracto urinario: Dada por la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. Los síntomas acompañan a una infección de orina, que acompañan el síndrome miccional, teniendo en cuenta que las infecciones urinarias también pueden ser asintomáticas (28).

7. Hiperémesis gravídica: En medicina se denomina hiperémesis gravídica a náuseas y vómitos presentes en mujeres embarazadas, que evolucionan de manera severa, producen deshidratación, pérdida de peso mayor del 5 %, cetonuria y desequilibrio metabólico y electrolítico (28)

8. Hipertensión inducida por el embarazo. Es un síndrome vascular multisistémico que aparece exclusivamente durante la gestación y se caracteriza por un incremento de presión arterial, proteinuria y edema (28)

9. Enfermedades virales. Son aquellas patologías o infecciones que son causados por virus y que con consecuencia traen efectos permanentes en el feto, si esta se

presenta en el primer trimestre especialmente en la etapa embrionaria dentro de estos temas: la rubeola, la hepatitis (28)

10. Enfermedades parasitarias. Dentro de estas la toxoplasmosis, enfermedad que constituye una enfermedad producida por el toxoplasma gondii, aumentando el riesgo cuando la madre es infectada durante el 1er, 2do, o el tercer trimestre de gestación, las manifestaciones clínicas: hidrocefalia, calcificaciones intracerebrales y coriorretinitis, generando problemas cerebrales (28)

11. Infecciones de transmisión sexual. Son todas aquellas infecciones transmitidas por contacto sexual y otras como consecuencia de transfusiones sanguíneas, en el caso de la mujer gestante ponen en riesgo al producto especialmente en la etapa embrionaria y del nacimiento porque este puede ser contagiado como en el caso de Sífilis, gonorrea, VIH/SIDA, Hepatitis entre otras.

12. Enfermedades endocrinas. Una enfermedad endocrina es un desorden del sistema endocrino, una de las enfermedades que se presenta en el embarazo por ejemplo es la enfermedad de la glándula tiroides durante el embarazo, no son un problema frecuente pero un exceso de la función tiroidea genera (el hipertiroidismo) generando hiperactividad de la glándula tiroidea produciendo un exceso de hormona tiroidea en el torrente sanguíneo. En caso contrario, un déficit de esta glándula causa (un hipotiroidismo) ocasionando un déficit de hormona tiroidea y múltiples síntomas en todo el organismo, mal controlados puede afectar a la futura mamá y al bebé.

13. Insuficiencia cardiaca congestiva: Síndrome caracterizado por una incapacidad del corazón para expulsar la suficiente cantidad de sangre necesaria para los requerimientos del

metabolismo de los distintos órganos, esta alteración se produce por una falla en la contracción del músculo cardíaco.

14. Incompatibilidad factor Rh. Condición que se desarrolla cuando existe una diferencia en el tipo de sangre Rh de la mujer embarazada (Rh negativo) y el del feto (Rh positivo). La incompatibilidad del factor Rh o factor RHEUS es una disparidad entre células rojas de la sangre de la madre y el bebé (28).

En el parto:

- 1. Distocias en el trabajo de parto.** Estas son generadas por anomalías de las fuerzas del trabajo de parto, relativas al feto y al canal del parto. Respecto a la dilatación cervical o descenso fetal inadecuado: trabajo de parto prolongado, trabajo de parto detenido, expulsión inadecuada. La desproporción feto pélvica, tamaño excesivo del feto, Capacidad pelviana insuficiente. Presentación o posición anómala del feto
- 2. Hemorragias.** Una hemorragia es la salida de sangre desde el aparato circulatorio provocada por la ruptura de los vasos sanguíneos como venas, arterias o capilares. Es una lesión que desencadena una pérdida de sangre, de carácter interno o externo, y dependiendo de su volumen puede originar diversas complicaciones
- 3. Desgarros de partes blandas.** Son lesiones desgarrantes de las partes blandas, que afectan vulva y periné. Se clasifica de 1er, 2do, 3er y 4to grado, siendo de primer grado: lesión de piel perineal, segundo grado: lesión de músculos del periné sin afectar esfínter, tercer grado: lesión del esfínter anal, del cuarto grado: lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.

4. **Rotura prematura de membranas:** La ruptura prematura de membranas (RPM) es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto.
5. **Distocia de contractilidad.** Llamados también distocias dinámicas, comprenden las alteraciones de la contractilidad uterina, que las convierten en ineficaces para la normal progresión del parto. Alteración del tono de la base: Hipotonía: el tono menor de 8mmhg. Hipertonía: el tono de base mayor de 12 mmhg
6. **Incompatibilidad céfalo pélvico.** Es la disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna que impide el parto vaginal
7. **Rotura uterina.** En raras ocasiones el útero se rompe o desgarra durante el embarazo o la dilatación (más frecuente durante la dilatación), la única causa es la existencia de una cicatriz en la pared del útero, las contracciones extremadamente videntes (espontáneas o inducidas) también puede producir la rotura. Las anomalías relacionadas con la placenta (tales como una placenta que se separa prematuramente o que se halla implantada muy profundamente en la pared uterina) o con la posición fetal (tales como un feto atravesado en el útero), así como un severo trauma del abdomen.
8. **Prolapso de cordón umbilical.** Es la caída o desplazamiento del cordón umbilical hacia el estrecho inferior de la pelvis materna por delante de la presentación. Se trata de una complicación fetal severa, se ve facilitada por todas aquellas circunstancias que dificultan la adaptación perfecta de la presentación al estrecho superior de la pelvis y a menos que pueda elevarse a cabo un parto rápido, puede ocasionar la muerte fetal (29).

En el puerperio (29).

- 1. Retención de placenta.** Una vez desprendida la placenta puede quedar detenida en el segmento inferior del útero, otras veces, la placenta no se desprende de su hecho de inserción (1% de los partos) en un tiempo prudencial que se estima en 30 minutos, en algunas ocasiones puede ocurrir que la placenta se desprenda pero no pueda expulsarse por trastornos dinámicos uterinos. El hecho que la placenta se encuentre retenido puede ser por las contracciones uterinas no normales que no pueden originar un despegue del útero, existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones, o anomalías de la placenta).
- 2. Hemorragias por desgarros:** Es aquella generada en el post parto por la disrupción de órganos genital maternos, durante el periodo expulsivo del feto a través del canal del parto.
- 3. Hipotensión ortostática.** Descenso excesivo de la PA(>20/10mmhg)al adoptar la posición erecta, no es una enfermedad específica, sino una manifestación de la regulación anormal de la presión arterial (29).

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación es no experimental, correlacional porque busca establecer la relación entre el embarazo adolescente y las complicaciones obstétricas, retrospectivo porque se tomaron datos de las gestantes adolescentes y las complicaciones obstétricas que ellas presentaron en el momento de la atención, transversal ya que los datos fueron recogidos en un solo momento a través de la revisión de las historias clínicas, de las adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo N° 03 Nivel II-1, de Chepén, durante el periodo de enero a diciembre de año 2014 (40).

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

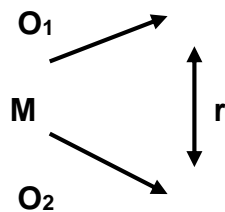
Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos.

3.1.3. MÉTODO

Es de tipo Cuantitativo, porque describe las características más importantes del fenómeno embarazo en las adolescentes y los factores de riesgo obstétricos que ellas presentaron en el momento que fueron atendidas en el Hospital de Apoyo N° 03. Nivel II-1, de Chepén, durante el periodo de enero a diciembre de año 2014. Además porque se valió de los números para examinar la información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Es correlacional cuyo esquema es el siguiente, puesto que buscó establecer la relación entre variables a través de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de correlación de datos.



Donde:

M: Muestra

O1: Variables 1

R: Relación

O2: Variable 2

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

3.3.1 Población

Lo constituyeron 120 adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital de Apoyo N° 03. Nivel II-1, de Chepén, durante el periodo de enero a diciembre de año, 2014.

3.3.2 Muestra

No habrá muestra se estudiaran las 120 adolescentes atendidas

3.4 UNIDAD DE ANALISIS

Son las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén. Nivel II-1, registradas en el libro de atención, ingresos y en las historias clínicas. En el año 2014 se atendieron a 120 gestantes adolescentes, según el reporte del consolidado anual de enero a diciembre del servicio de salud materno perinatal.

a.Criterios de Inclusión.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres Adolescentes, comprendidas entre las edades de 10 a 19 años de edad.
- Mujeres adolescentes con antecedentes de embarazo, registradas.
- Mujeres adolescentes con residencia en la zona urbana de la ciudad de Chepén.
- Mujeres adolescentes con residencia en la zona rural de la provincia de Chepén

b. Criterios de Exclusión

Se tendrá en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Mujeres menores de 10 años y mayores de 19 años de edad.
- Mujeres adolescentes que no se encuentren registradas en el libro de atenciones
- Gestante que no sean adolescentes

3.5. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se solicitó mediante oficio la autorización al Director del Hospital para la ejecución de la presente investigación, lo cual facilitó el uso de las historias clínicas, asimismo el acceso a la información estadística respectiva.

Con la Autorización se acudió al Departamento respectivo para solicitar se facilite las historias clínicas para el recojo de la información sobre las a gestantes adolescentes atendidas en el hospital en el periodo de enero a diciembre del año 2014.

Una vez obtenidos los números de las historias de las gestantes adolescentes, se procedió a buscarlas y recolectar la información en la ficha previamente elaborada teniendo como base un formato validado por la autora. Elva López Quevedo. En su tesis sobre “Complicaciones obstétricas en adolescentes en el servicio de maternidad del Hospital “Homero Castanier Crespo”. Año, 2008.

Luego del recojo de la información se procedió a la tabulación, graficación e interpretación de los resultados, con sus respectivas conclusiones.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.6.1 TÉCNICAS.

La técnica de recolección de información de datos que se utilizó fue el análisis documental, que es una operación que consistió en seleccionar las ideas informativamente relevantes de las historias clínicas a fin de expresar su contenido sin ambigüedades para recuperar la información en él contenido.

3.6.2 INSTRUMENTO.

Los datos fueron recolectados a través de una ficha estructurada ya validada por la Autora. (Elva López Quevedo. 2008). Teniendo en cuenta los objetivos y las variables en estudio, constó de dos secciones que se registraron los siguientes aspectos:

En la primera parte se hizo referencia a los Datos Generales de Identificación de la gestante adolescente. En la segunda parte se consideró respecto a las variables socio demográficas y en tercer lugar a las complicaciones obstétricas presentadas durante el embarazo, parto y post parto: puerperio, en las gestantes adolescentes atendidas.

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se utilizó el programa computarizado del SPSS versión 23:00, los datos organizados se presentaron en tablas simples y de doble entrada, utilizando además frecuencia relativa y absoluta, e indicadores estadísticos.

3.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

El análisis se lo realizó, basándose en el procesamiento de datos realizando un análisis cuantitativo, luego del procesamiento de la información.

Se contrastó la hipótesis planteada, sobre la base de estadísticas inferenciales, tales como la CHI Cuadrado, para determinar la relación significativa entre las complicaciones obstétricas y el embarazo en adolescentes.

Se realizó un análisis entre las complicaciones relacionadas significativamente con el embarazo en adolescentes, para ello se utilizó el coeficiente de contingencia de Pearson.

El análisis y comparación con otros estudios se demostró su similitud y diferencia lo cual se trató de dar una explicación fundamentándose en el conocimiento existente. Además se comprobaron los objetivos y las hipótesis planteadas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS
ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN,
2014.**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N°	%
Edad		
- 10 - 13 años	1	0,83
- 14 - 16 años	21	19,83
- 17 - 19 años	98	79,34
Grado de instrucción		
- Analfabeta	2	1,65
- Primaria	21	17,28
- Secundaria	86	71,08
- Superior	12	9,91
Estado civil		
- Soltera	21	17,36
- Casada	4	3,31
- Conviviente	96	79,34
Ocupación		
- Ama de casa	121	100,00
Procedencia		
- Urbana	78	64,46
- Rural	43	35,54
Total	121	100,00%

En la tabla 1 se observa, respecto a las características sociodemográficas que el 79,34% de las adolescentes tenían de 17 a 19 años de edad, el 19,83% se encontraban en el grupo etáreo de 14 a 16 años, mientras que el porcentaje menor lo constituyen las adolescentes de 10 a 13 años con el 0,83%. Respecto al grado de instrucción el 71,08% tienen secundaria completa, el menor porcentaje son analfabetas con el 1,65%. En cuanto al estado civil, el

79,34% de las adolescentes son convivientes, mientras el 3,31% son casadas. Sobre la ocupación el 100,0% de las adolescentes son amas de casa. Respecto a la procedencia el 64,46% son de la zona urbana, mientras el 35,54% proceden de la zona rural.

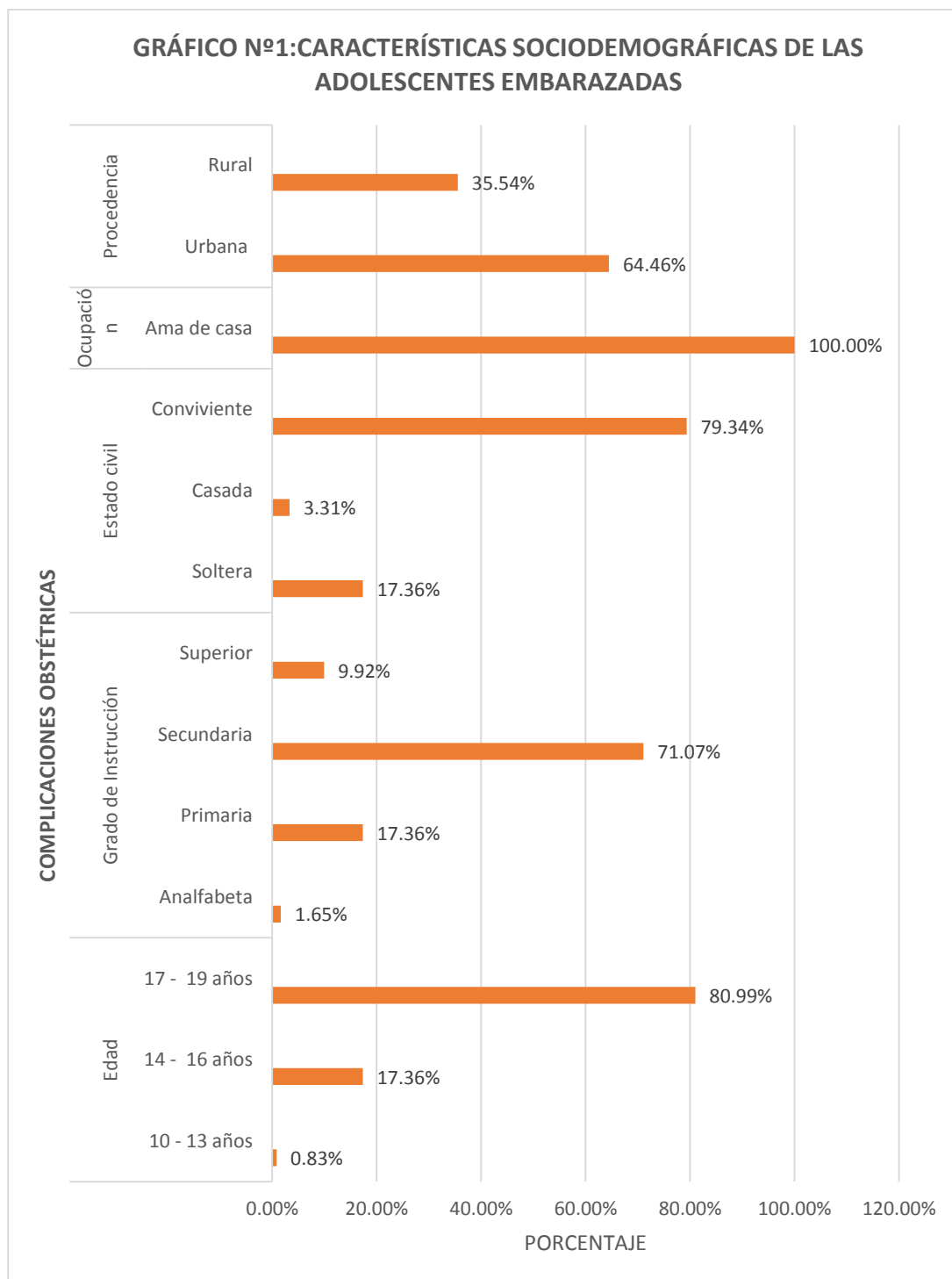
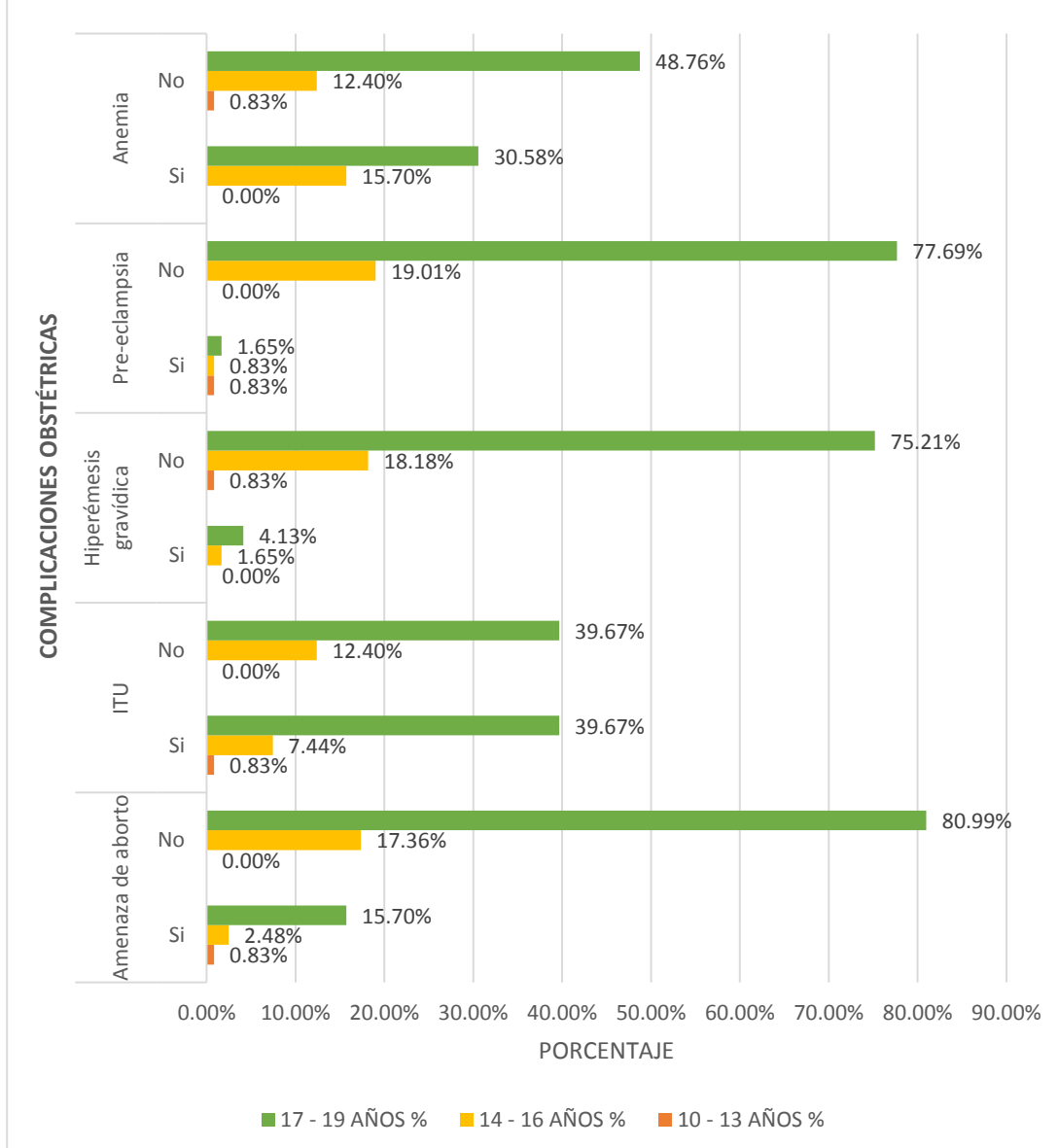


TABLA 2. RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE. HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN, 2014.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO		Edad							
		10 - 13 AÑOS		14 - 16 AÑOS		17 - 19 AÑOS		TOTAL	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Amenaza de aborto	Si	1	0,83	3	2,48	19	15,70	23	19,0
	No	0	0,00	21	17,36	98	80,99	98	80,9
ITU	Si	1	0,83	9	7,44	48	39,6	58	47,9
	No	0	0,00	15	12,40	48	39,67	63	52,0
Hiperémesis gravídica	Si	0	0,00	2	1,65	5	4,13	7	5,79
	No	1	0,83	22	18,18	91	75,21	114	94,2
Pre-eclampsia	Si	1	0,83	1	0,83	2	1,65	4	3,31
	No	0	0,00	23	19,01	94	77,69	117	96,6
Anemia	Si	0	0,00	19	7,44	37	30,58	46	38,0
	No	1	0,83	15	12,40	59	48,76	75	61,9

Preeclampsia (p:0,000)

GRÁFICO Nº 2: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



En la tabla 2, se observa que del total de adolescentes embarazadas presentaron amenaza de aborto el 15,70% y correspondía al grupo etáreo de 17 a 19 años de edad. Seguido del 3,48% del grupo de 14 a 16 años y el 0,83% a las edades de 10 a 13 años. El 80,9% de las gestantes embarazadas no lo presentaron.

En cuanto a la infección del tracto urinario el 39,6% presentaron las adolescentes embarazadas de 17 a 19 años y el 7,44% el grupo de 14 a 16

años, el 0,83% se dio en las del grupo etéreo de 10 a 13 años. El 52,0% no evidenciaron esta complicación, No se encontró relación significativa.

Respecto a la Hiperémesis gravídica el 5,13% se manifestó en las del grupo etéreo de 17 a 19 y el 1,65% en las de 14 a 16 años de edad. Del total el 94,25% no la padecieron, No se encontró relación significativa.

La preeclampsia correspondió en el 1,65% en las gestantes adolescentes de 17 a 19 años y el 0,83 en las de 14 a 16 y el mismo porcentaje en las de 10 a 13 años de edad. Se encontró relación estadística altamente significativa, siendo el valor de chi cuadrado ($p: 0,000$). Del total de gestantes adolescentes el 96,6% no la sobrellevaron.

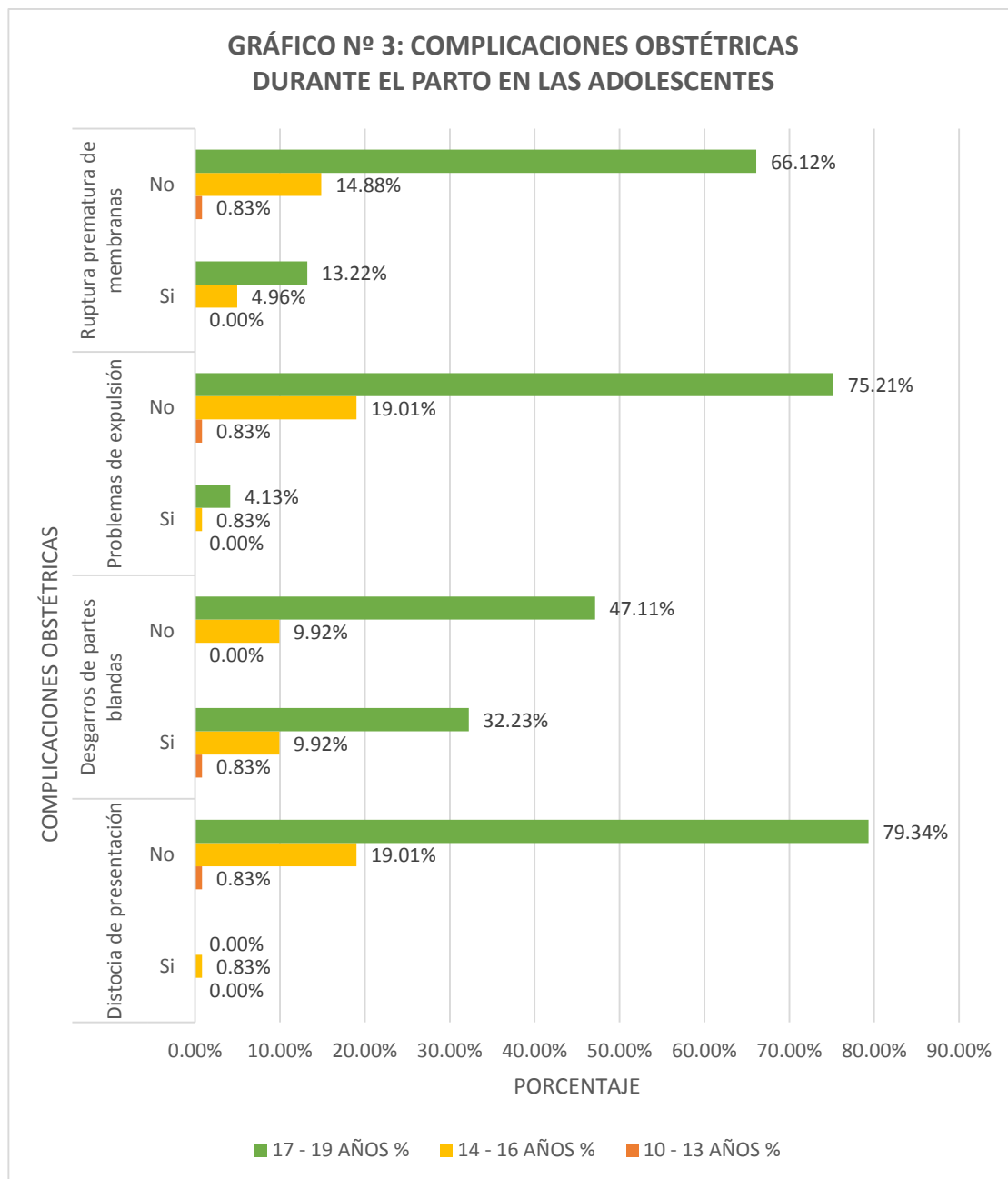
Presentaron anemia en el 30,58% las adolescentes gestantes de 17 a 19 años y el 7,44% en las del grupo etéreo de 14 a 16 años. El 61,98% no la padecieron, No se encontró relación significativa.

Se encontró una relación estadística altamente significativa entre la preclamsia y en el embarazo adolescente, por lo que la prueba Chi – cuadrado fue de (29,754) y ($P: 0.000$). Con las otras complicaciones no se encontró relación significativa. Lo que significa que existe una relación muy estrecha entre ambas variables es decir que una depende de la otra a menor edad del embarazo mayor será el riesgo de preeclampsia pudiéndose generar la eclampsia poniendo en riesgo tanto a la madre como al producto.

TABLA 3.RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO Y EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL DE APOYO CHEÉN, 2014.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO		Edad							
		10 - 13 AÑOS		14 - 16 AÑOS		17 - 19 AÑOS		TOTAL	
		Tot al	%	Tot al	%	Tota l	%	T ot al	%
Distocia de presentación	Si	0	0,00	1	0,83	0	0,00	1	0,83
	No	1	0,83	23	19,01	96	79,34	120	99,17
Desgarros de partes blandas	Si	1	0,83	12	9,92	39	32,23	52	42,98
	No	0	0,00	12	9,92	57	47,11	69	57,02
Problemas de expulsión	Si	0	0,0	1	0,83	5	4,13	6	4,96
	No	1	0,83	23	19,01	91	75,21	115	95,04
Ruptura prematura de membranas	Si	0	0,00	6	4,96	16	13,22	22	18,18
	No	1	0,83	18	14,88	80	66,12	99	81,82

CHI2.> 0,05



En la tabla 3 se observa, con respecto a las complicaciones obstétricas durante el parto y el embarazo adolescente tenemos que la distocia de presentación se dio en el 0,83% en las adolescentes del grupo etáreo de 14 a 16 años. El 99,17% del total no presentó esta complicación, No se encontró relación significativa.

Respecto a los Desgarros de partes blandas se diagnosticó en el 32,23% de las gestantes adolescentes de 17 a 19 años y el 9,92% en las de 14 a 16 años y el 0,83% en el grupo de 10 a 13 años. Del total de las gestantes adolescentes el 57,02% no la sufrió, No se encontró relación significativa.

Sobre los Problemas de expulsión tenemos que el 4,13% se presentó en las del grupo etéreo de 17 a 19 años y el 0,83% en las de 14 a 16 años. El 95,04% no la reportó, No se encontró relación significativa.

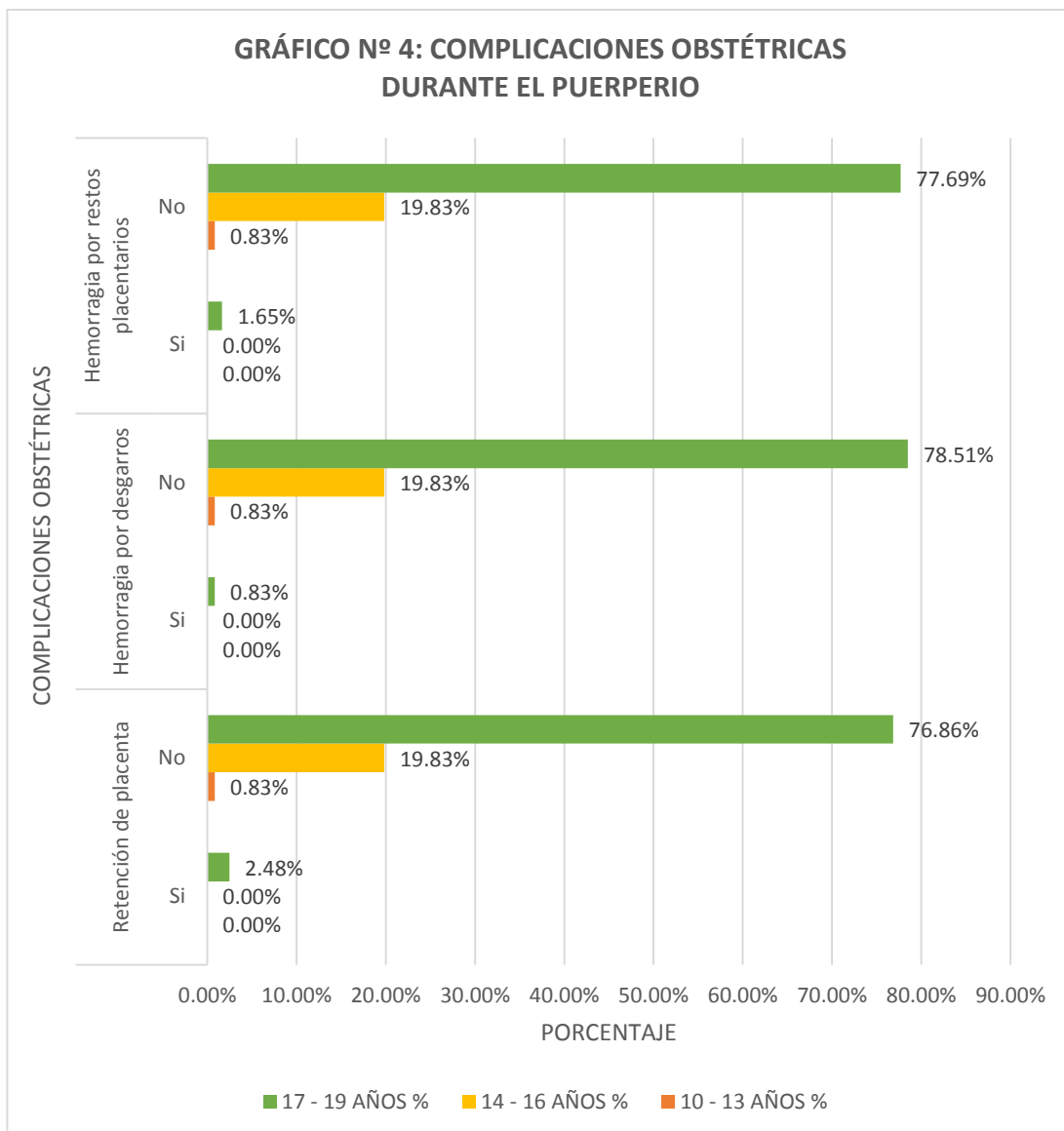
La Rotura prematura de membranas se evidenció en el 13,22% en las adolescentes embarazadas de 17 a 19 años y el 4,96% en las de 14 a 16 años. Del total de las adolescentes embarazadas no la presentó, No se encontró relación significativa.

No se encontró relación estadística significativa entre las complicaciones obstétricas durante el parto en las adolescentes por lo que la prueba estadística Chi – cuadrado fue mayor a 0.05. Lo que significa que no existe una relación directa entre ambas variables es decir que una no depende de la otra, sin embarazo estas complicaciones según los estudios son frecuentes en los embarazos adolescentes pues mientras más jóvenes sea la adolescente las complicaciones en el momento del parto serán mayores.

TABLA 4. RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PUERPERIO Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE. HOSPITAL DE HOSPITAL CHEPÉN, 2014.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PUERPERIO		Edad							
		10 - 13 AÑOS		14 - 16 AÑOS		17 - 19 AÑOS		TOTAL	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Retención de placenta	Si	0	0,00	0	0,00	3	2,48	3	2,48
	No	1	0,83	24	19,83	93	76,86	118	97,52
Hemorragia por desgarros	Si	0	0,00	0	0,00	1	0,83	1	0,83
	No	1	0,83	24	19,83	95	78,51	120	99,17
Hemorragia por restos placentarios	Si	0	0,00	0	0,00	2	1,65	2	1,65
	No	1	0,83	24	19,83	94	77,69	119	98,35

CH2.>0,05



En la tabla 4, se observa con respecto a las complicaciones durante el puerperio que el 2,43% presentó retención de placenta y corresponde al grupo de gestantes adolescentes de 17 a 19 años, mientras que el 97,52% del total no la presentaron, No se encontró relación significativa.

Los resultados revelan que 0,83% tuvo hemorragia por desgarros en el grupo de 17 a 19 años. Y un 97,52% de adolescentes embarazadas no la evidenciaron, No se encontró relación significativa.

El 1,65% de las gestantes adolescentes presentó hemorragia por restos placentarios en las gestantes adolescentes del grupo etáreo de 17 a 19 años. El 98,35% no la sufrieron, No se encontró relación significativa.

No se encontró relación estadística significativa entre las complicaciones obstétricas durante el puerperio en las adolescentes por lo que la prueba estadística Chi – cuadrado fue mayor a 0.05. Lo que significa que una no depende de la otra , sin embargo esta complicaciones como retención de placenta, hemorragia por desgarros y hemorragia por restos placentarios según estudios son las que aportan a que se eleven las tasas de mortalidad materna perinatal que por cierto a pesar de todos los esfuerzos por parte del ministerio de salud, estos continúan en aumento especialmente en nuestra región siendo especialmente las hemorragias una de las principales causales de estas muertes maternas perinatales.

CONCLUSIONES

- Sobre las características sociodemográficas tenemos: Respecto a la edad, el 79,34% de las adolescentes tenían de 17 a 19 años el 19,83% se encontraban en el grupo etáreo de 14 a 16 años, mientras que el porcentaje menor lo constituyen las adolescentes de 10 a 13 años con el 0,83%. En relación al grado de instrucción el 71,08% tiene secundaria completa, el menor porcentaje son analfabetas con el 1,65%. En cuanto al estado civil, el 79,34% de las adolescentes son convivientes, mientras el 3,31% son casadas. Sobre la ocupación el 100,0% de las adolescentes son amas de casa, el 64,46% proceden de la zona urbana, mientras el 35,54% proceden de la zona rural.

- Respecto a las complicaciones durante el embarazo y el embarazo adolescente, se observa:

Al establecer la relación entre las complicaciones durante el embarazo y el embarazo en adolescentes solamente se encontró relación estadística altamente significativa con la preeclampsia, siendo el valor de chi cuadrado (0,000). Significando que ambas variables están íntimamente relacionadas y que una depende de la otra, a menor edad mayor será el riesgo de preeclampsia pudiendo llegar a eclampsia.

- Con respecto a las complicaciones obstétricas durante el parto y el embarazo adolescente tenemos:

Al establecer la relación entre las complicaciones durante el parto y el embarazo en adolescentes no se encontró relación estadística significativa. Por tanto una no depende de la otra.

- Con respecto a las complicaciones durante el puerperio tenemos:

Al establecer la relación entre las complicaciones durante el puerperio y el embarazo en adolescentes no se encontró relación estadística

significativa. Por tanto ambas variables no se encuentran relacionadas entre sí, es decir una no depende de la otra.

RECOMENDACIONES

- Frente a los o las adolescentes sexualmente activos se debe entregar información de los distintos métodos anticonceptivos existentes, su eficacia, sus ventajas y desventajas, cómo obtenerlos y precauciones en su uso. También se debe realizarse la promoción de uso de anticonceptivos de largo plazo, como los inyectables e implantes en las madres adolescentes.
- Es necesario también, seguir trabajando en la implementación de medidas que contribuyan la identificación precoz de los factores de riesgo y así disminuir o evitar complicaciones obstétricas, de esta manera también poner hincapié en la preclamsia que como ya se observó en los resultados es una de las complicaciones obstétricas que se presentó en las adolescentes durante su embarazo cuya influencia se valora como más alta, de manera que se realice una buena evaluación de riesgos que tiene una mujer embarazada de ahí la importancia de un buen control pre natal de tal forma que se cumplan con los objetivos previstos en el cómo: Identificar los factores de riesgo, diagnosticar la edad gestacional, la condición fetal, la condición materna y educar a la madre.
- Desarrollar actividades de educación y consejería que permita a las gestantes mejorar en cuanto a educación sobre su embarazo, parto y el puerperio, además enfocar en la identificación de los factores de riesgo presentantes y potenciales con la finalidad que la gestante acuda oportunamente a solicitar atención en los establecimientos de salud.
- Implementar, ejecutar y evaluar programas de salud sexual y reproductiva dirigida a los/las adolescentes con el fin de evitar los embarazo precoces, en coordinación con la entidades formadoras de

personal en salud como son las Universidades y las entidades del Ministerio de Salud.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Naciones Unidas para la población. Informe sobre el estado de la población UNFA. Maternidad en el Cairo Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. 2013
- 2.-Hervish A. Clifton D. Los jóvenes en el mundo, Población reference bureau, cuadro de datos, Washington, DC, 2013, 2 - 19
- 3.-Organización Mundial de la Salud. Temas de salud, Embarazo adolescente, OMS 2016, 2013, nota descriptiva Nº 364
- 4.- Naciones Unidas Nueva York. Objetivos del milenio, Informe 2015, Quinto objetivo del milenio, mejorar la salud materna. 2015
5. Encuesta Demográfica y de Salud. Embarazo adolescente, ENDES, Determinantes de la fecundidad Lima – Perú 165 – 481
6. Díaz A. Pablo S. Nicole Y. Riesgos Obstétricos en el embarazo Adolescente. Rev. Chil Obstetricia y Ginecología 2002, 481 – 487
7. Encuesta Demográfica y de Salud. Embarazo adolescente, ENDES, Determinantes de la fecundidad Lima – Perú 235 – 481
8. Panorama Cajamarquino. Porcentaje de embarazo en Adolescentes. Copyright, Categoría ciudad, Cajamarca Perú. 2014

9. Dirección Regional de Salud. Mortalidad materna. DIRESA, Embarazo adolescente, Perú 2010 74 - 99
10. Unidad de Epidemiología. Datos estadísticos, Adolescentes Hospital de Apoyo Chepén, La Libertad, 2011.
11. Julca P. Informe de Internado. Universidad Privada Alas Peruanas, Hospital de Apoyo. Chepén. La Libertad. 2015
12. Sistema de Información estadística de salud, Planificación Familiar, (SIS 240) Hospital de apoyo chepen, La Libertad 2013.
13. Hoja de información atenciones en Salud, Alto Riesgo Obstétrico, (HIS). Hospital de Apoyo Chepén. La Libertad 2014
14. Libro de hospitalización, Patologías más comunes, Ginecología-obstetricia Hospital de Apoyo de Chepén. La Libertad 2014
15. Contreras B. Juan B. Prevalencia del Embarazo en Adolescentes. E.S.E. Alejandro Prospero Reverend. Santa Marta. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. 2009
16. Arce R. Ángel V. Estévez J. Romero M. Factores de riesgo presentes en el embarazo adolescente. Hospital Universitario Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí Arellano. Municipio Arroyo Naranjo, la Habana, Cuba. 2009
17. Bautista J. Prevalencia de embarazos en adolescentes. Establecimiento de Salud Alejandro Próspero Reverand. Universidad Nacional de Clerecía. Facultad de Medicina.2009.

18. Martuci K. Melendez L. Morales Y. Sánchez Andre Z. Factores de riesgo que predisponen a las complicaciones más frecuentes en las pacientes obstétricas. Unidad de cuidados intensivos. Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Universidad de Carabao. Número 1 Noviembre 2009
19. Alarcón AR, Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Habana 2009.
20. Pérez T. Maruja M. Vargas T. Embarazo en adolescentes república dominicana. Factores sociodemográficos 2010
21. Osorio A. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas Hospital de Apoyo María Auxiliadora, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana.2010
22. Sánchez L. Complicaciones Obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes medias y tardías, Hospital Iquitos César Garay García Universidad Nacional de Iquitos facultad ciencias de la salud 2013
23. Cristina S. Isabel C. Samaná A. Embarazo en la adolescencia, Hospital regional. Trujillo – Perú 2010
24. Organización Mundial de la salud. La Adolescencia, Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes. OMS 2013
25. Issler J. Embarazo en la Adolescencia. Revista de posgrado Medicina. 2008 67- 107.

26. Encuesta demográfica y salud en Colombia. El no uso de los métodos de planificación familiar entre hombres adolescentes. 2014
27. Pacheco R. Libro. Ginecología-Obstetricia y Reproducción. Facultad de Medicina. Universidad de San Marcos, 2007 2da edición. Lima Perú.
28. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica, Lima – Peru, quinta edición, 2011 p. 755- 789
29. Pacheco R. Ginecologia y obstetricia, Lima – peru, 2•tomo, Primera edición p. 843 – 1998.
30. Percy P. Portilla R. Parto pre término y nacimiento prematuro. Ginecología-Obstetricia y Reproducción. Facultad de Medicina. Universidad de San Marcos, 2da edición. Lima Perú.Pág:1244.
31. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica, Lima – Peru, quinta edición, 2011 p. 516 - 789
32. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica, Lima – Peru, quinta edición, 2011 p. 528 - 789
33. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica, Lima – Peru, quinta edición, 2011 p. 529 a 530 - 789
34. Williams. Obstetricia McGraw. Hill interamericana, 23ª edición, 2011 p.804 - 1267

35. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica , Lima – Peru, quinta edición, 2011 p. 487- 789

36. Alvarado J. Manual de obstetricia. Apuntes médicos del Perú. UNMSM Segunda edición. Lima – Perú, 2006 p. 339 - 350

37. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica , Lima – Peru, quinta edición, 2011 p. 664- 789

38. Williams. Obstetricia McGraw. Hill interamericana, 23^a edición, 2011 p.1220 - 1267

39. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica , Lima – Peru, quinta edición, 2011 p. 691- 789

40. Alvarado J. Manual de obstetricia. Apuntes médicos del Perú. UNMSM Segunda edición. Lima – Perú, 2006 p. 256 - 350

41. Vallejo B. Juliana v. Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista médica de Costa Rica y centroamérica LXX(605) 65-66, 2013.

42. Uscátegui O. Riesgo adolescencia y tabaquismo. Tercera Edición ed. Caracas: Ateproca; 1997.

43. Uscátegui O. Adolescencia y alcoholismo. Tercera Edición ed. Caracas: Ateproca; 1997.



ANEXOS

FICHA ESTRUCTURADA 1

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Formulario N. _____ Historia Clínica N. _____

A. DATOS INFORMATIVOS.

1. Provincia:.....
2. Distrito:.....
3. Localidad:.....

B. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad:.....
 - 1.1. De 10 a 13 años ()
 - 1.2. De 14 a 18 años ()
 - 1.3. De 17 a 19 años ()

2. Instrucción
 - 2.1 Analfabeta ()
 - 2.2 Primaria ()
 - 2.4 Secundaria ()
 - 2.6 Superior ()

3. Estado civil
 - 3.1 Soltera ()
 - 3.2 Casada ()
 - 3.3 Conviviente ()

4. Ocupación

4.1 Ama de casa ()

4.2 Comerciante ()

4.3 Obrera ()

4.4 Sin trabajo ()

5. Residencia

5.1 Urbana ()

5.2 Rural ()

7. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

7.1.-	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL EMBARAZO	SÍ	NO
7.1.1	Amenaza de aborto		
7.1.2.	Aborto completo		
7.1.3.	Aborto incompleto		
7.1.4.	Embarazo ectópico		
7.1.5	Mola hidatiforme		
7.1.6	Placenta previa		
7.1.7	DPP		
7.1.8	ITU		
7.1.9	Hiperémesis gravídica		
7.1.10	Enfermedad hipertensiva gestacional:		
7.1.11	Enfermedad hipertensiva del embarazo		
7.1.12	Pre eclampsia		
7.1.13	Eclampsia		
7.1.14	Enfermedades virales: 7.1.14.1.Rubeola 7.1.14.2.Hepatitis A 7.1.14.3.Hepatitis b		

7.1.15	Enfermedades de transmisión sexual: 7.1.15.1.VIH 7.1.15.2.SIDA 7.1.5.3.Sífilis 7.1.15.4.Gonorrea		
7.1.16	Enfermedades parasitarias: 7.1.16.1.Toxoplasmosis		
7.1.16	Enfermedades endocrinas 7.1.15.1.Hipertiroidismo 7.1.15.2.Hipotiroidismo		
7.1.17	Insuficiencia Cardíaca gestacional		
7.1.18	Incompatibilidad Factor RH		
7.2	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PARTO	SI	NO
7.2.1	Distocia de presentación: 7.2.1.Podálica 7.2.2.Alta		
7.2.2	Distocia de posición: 7.2.2.1.Transversa 7.2.2.2.Oblicua 7.2.2.3.De hombros		
7.2.3	Hemorragias		
7.2.4	Desgarros de partes blandas: 7.2.4.1.De útero 7.2.4.2.De cuello uterino 7.2.4.3.De recto		
7.2.5	Problemas de expulsión		
7.2.6	Rotura prematura de membranas		

7.2.7	Distocia por contractilidad uterina aumentada		
7.2.8	Distocia por contractilidad disminuida		
7.2.9	Incompatibilidad céfalo pélvica		
7.2.10	Rotura uterina		
7.2.11	Prolapso de cordón umbilical		
7.3	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PUERPERIO	SÍ	NO
7.3.1	Retención de placenta		
7.3.2	Hemorragia por desgarros		
7.3.3	Hemorragia por restos placentarios		
7.3.4	Hipotensión ortostática		

MATRIZ DE CONSISTENCIA: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Complicaciones obstétricas y su relación con el embarazo adolescente, en el Hospital de Apoyo N°03 de Chepén. Nivel II-1-2014”

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	INDICADORES
¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas y el embarazo adolescentes, en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén, 2014?	Determinar la relación entre las complicaciones obstétricas con el embarazo en las adolescentes, en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén, 2014?	Las complicaciones obstétricas guardan relación significativa con el embarazo en las adolescentes, gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo N° 03 de Chepén, durante el periodo de enero a diciembre de año 2014.	A.-Variable Independiente a.- Embarazo en las adolescentes.	Características Socio demográficas. -Edad: -De 10 a 13 años -De 14-16 años -De 17-19 años -Instrucción: -Analfabeta -Primaria -Secundaria --Superior

				<p>-Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none">-Soltera-Casada-Conviviente <p>Ocupación:</p> <ul style="list-style-type: none">-Ama de casa-Comerciante-Obrera-Sin trabajo <p>Residencia:</p> <ul style="list-style-type: none">-Zona urbana-Zona rural
--	--	--	--	--

			<p><i>B.-Variable Dependiente:</i></p> <p>Complicaciones obstétricas:</p>	<p>Antecedentes Obstétricos:</p> <p>En el embarazo:</p> <p>Aborto:</p> <ul style="list-style-type: none">-Amenaza de aborto-Aborto completo-Aborto Incompleto- Embarazo ectópico-Mola hidatiforme-Placenta previa
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none">-Desprendimiento prematuro de placenta -Infección del tracto urinario:<ul style="list-style-type: none">-Bacteriuria Asintomática-Uretritis-Cistitis -Pielonefritis -Hiperémesis gestacional -Hipertensión inducida por el embarazo
--	--	--	--	---

				<p>-Enfermedad hipertensiva del embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none">-Pre eclampsia-Eclampsia-Hipertensión crónica <p>Enfermedades virales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Rubeola- Hepatitis A- Hepatitis B <p>Enfermedades de transmisión sexual:</p> <ul style="list-style-type: none">- VIH
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none">- SIDA- Sífilis- Gonorrea <p>Enfermedades parasitarias:</p> <ul style="list-style-type: none">- Toxoplasmosis <p>Enfermedades endocrinas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hipertiroidismo- Hipotiroidismo <p>-Insuficiencia cardiaca congestiva</p>
--	--	--	--	--

				<p>-Incompatibilidad Factor RH.</p> <p>Complicaciones obstétricas: En el Parto:</p> <p>Distocia de presentación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Podálica- Alta <p>Distocia de posición:</p> <ul style="list-style-type: none">- Transversa- Oblicua- De hombros
--	--	--	--	--

				<p>Desgarros de partes blandas:</p> <ul style="list-style-type: none">- De útero- De cuello uterino- De recto <p>-Problemas de expulsión</p> <p>Distocia de contractilidad uterina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aumentada- Disminuida- Hemorragias
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none">- Desgarros de partes blandas- Rotura de membranas- Incompatibilidad céfalo pélvica- Rotura uterina- Prolapso de cordón umbilical <p>Complicaciones obstétricas: En el puerperio (post parto):</p>
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none">- Retención de placenta- Hemorragia por desgarro- Hemorragia por restos placentarios- Hipotensión ortostática
--	--	--	--	--

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto(a): Martin Sajani Bohorquez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (X)	NO (X)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....
.....

GERENCIA GENERAL DE SALUD
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 RED DE SALUD CHEPEA
 Dr. MARTIN SAJANI BOHORQUEZ
 C.O.P. 1778

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto(a): Henry Gonzales Ortiz


Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (X)	NO (X)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....
.....

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD CHEPEN


HENRY GONZALES ORTIZ
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. :57122

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**


Estimado juez experto(a): Rita Davalos Sanchez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (X)	NO (X)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....
.....


LIC. RITA E. DAVALOS SANCHEZ
C.P.S.P. : 13061
RESPONSABLE SALUD MENTAL
RED DE SALUD
CHEPEN

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**


Estimado juez experto(a): Rita Davalos Sanchez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (X)	NO (X)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:.....
.....
.....
.....
.....


LIC. RITA E. DAVALOS SANCHEZ
C.P.S.P. : 13061
RESPONSABLE SALUD MENTAL
RED DE SALUD
CHEPEN

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

Chepén, 05 de Agosto del 2016

OFICIO N° 03 - 2016-GRLL-GGR-GRS-RSCH-UDI

Señor Director:
Leodoro Díaz Quispe
Director Universidad UAP

REFERENCIA : OFICIO N°026-2016/UAP.-UAD.CHEPEN/D.

ASUNTO: Autoriza la Aplicación de Instrumento de tesis


De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente; y a la vez otorgar la autorización para que el Señor VILCHEZ COTRINA, LUIS ROBERTO; aplique el instrumento (encuesta) del Proyecto de Tesis “COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y SU RELACION CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL DE APOYO CHEPEN - 2014”, en nuestra institución.

Así mismo, se solicita una copia del informe final de tesis.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD DE CHEPEN


Lic. Enf. JENNY NUNEZ VILCA
JEFE UNIDAD DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

JRNV/jrnv
Cc. Archivo

