



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

**TITULO**

---

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL  
EMBARAZO ADOLESCENTE Y TRASTORNOS POR  
PROLONGACIÓN O DETENCIÓN DEL PARTO EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL  
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, FEBRERO – JUNIO;  
2017.**

---

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN OBSTETRICIA**

**Presentado Por Bachiller**

**Cruz Villafuerte Violeta**

**ASESOR:**

**Dr. Sosimo Tello Huaranca**

**Abancay , Perú - 2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme permitido a realizar realidad mi anhelo.

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí. Mis hermanos, tíos, primos y amigas. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos más difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

Este logro está dedicado a

A Dios:

Por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, coraje, y no dejarme sola en los momentos difíciles, y haberme permitido llegar a la meta en este gran proyecto.

A mis padres:

Wilfredo cruz Huaranca y Leonarda Tintaya lopez con profundo agradecimiento a ustedes por ayudarme a la construcción de mi proyecto de vida y hacer que verdaderamente crea en mí. Gracias por su amor, su comprensión, ustedes hicieron que todo esto fuera posible.

A mis hermanos:

Por tu apoyo moral y espiritual, por tus motivaciones y buen sentido del humor que muchas veces me liberaron de las presiones y el estrés, por tu ejemplo de lucha, esfuerzo y por tu cariño.

A mis amigas:

Por los buenos consejos, el guiarme por el buen camino y por enseñarme a luchar por lo que quiero.

A mis asesores de tesis:

Por su amabilidad, buena disposición, paciencia y por el tiempo que me dedicaron para poder ver hoy este sueño hecho realidad.

## RESUMEN

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE Y TRASTORNOS POR PROLONGACIÓN O DETENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, FEBRERO – JUNIO; 2017.

OBJETIVO: Determinar la relación que existe entre las características epidemiológicas del embarazo adolescente y trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: El presente trabajo de investigación es de tipo básica observacional, prospectivo, de corte trasversal, analítica, descriptivo correlacional, se utilizó como técnica observacional y el instrumento fue la encuesta y recolección de datos a través de una ficha de recolección de datos previamente elaborado, y aplicado a 92 puérperas adolescentes que fueron parte de la muestra.

RESULTADOS: se encontró que el 81.5% puérperas adolescentes tienen un nivel de instrucción secundaria, 59.8% tienen relación estable, 47.8% proceden de zona urbano, 31.5% sufrieron violencia psicológica o física, 59.8% son de la edad tardía, 29.3% puérperas adolescentes presentaron durante su embarazo bajo ganancia de peso, 10,9% presentaron anemia durante el embarazo, 21.7% recién nacidos presentan bajo peso al nacer, 48,9% son diagnosticados pelvis estrecha, 23.9% registran el diagnostico de dilatación y borramiento estacionaria, 52.2% presentaron durante el trabajo de parto hipo dinamica uterina. De los resultados obtenidos se pudo llegar a la

**CONCLUSIÓN:** de que existe relación significativa entre el nivel de estudios con el peso fetal de recién nacidos y la distocia cervical; en cuanto a la relación con la pareja tiene relación significativa con distocia cervical y la dinámica uterina; la procedencia con la dinámica uterina; el estilos de vida de riesgo con peso fetal de recién nacidos tienen relación significativa; de igual manera la edad del adolescente con compatibilidad cefalopelvica tienen relación significativa; ganancia de peso gestacional tienen relación significativa con peso fetal de recién nacidos; y finalmente tiene relación significativa entre la anemia durante el embarazo con peso fetal de recién nacidos.

**Palabra clave:** características epidemiológicas de embarazo adolescente y trastornos por prolongación y detención de parto.

## **ABSTRACT**

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT PREGNANCY AND DISORDERS BY PROLONGATION OR CONFINEMENT OF CHILDBIRTH IN PATIENTS SERVED AT THE GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA REGIONAL HOSPITAL, FEBRUARY – JUNE; 2017.

**OBJECTIVE:** To determine the relationship between the epidemiological characteristics of adolescent pregnancy and disorders by prolongation or confinement of childbirth in patients served at the Guillermo Díaz de la Vega Regional Hospital, February – June; 2017.

**MATERIAL AND METHODS:** The present research work is of basic type observational, prospective, of transverse cross-section, analytical, descriptive correlational, I know used as observational technique and the instrument was the survey and collection of data through A previously drawn data collection card, and applied to 92 women adolescents who were part of the sample.

**RESULTS:** It was found that 81.5% women adolescents have a secondary level of instruction, 37.2% have stable relationship, 47.8% come from urban area, 31.5% suffered psychological or physical violence, 37.2% are of the late age, 29.3% women Adolescents presented during their pregnancy under weight gain, 10.9% had anemia during pregnancy, 21.7% newborns present low birthweight, 48.9% are diagnosed narrow pelvis, 23.9% record dilatation diagnosis and deletion Stationary, 52.2% presented during the uterine hiccup delivery work. The results obtained could be reached in the

**CONCLUSION:** that there is significant relationship between the level of studies with fetal weight of newborns and cervical dystocia; Regarding the relationship with the couple has significant relationship with cervical dystocia and uterine dynamics; The

origin with the uterine dynamics; Risk lifestyles with fetal weight of newborns have significant relationship; Similarly, the age of the adolescent with Cephalopelvic compatibility has a significant relationship; Gestational weight gain have significant relationship with fetal weight of newborns; And it finally has a significant relationship between anemia during pregnancy with fetal weight of newborns.

**KEY WORD:** epidemiological characteristics of adolescent pregnancy and disorders by prolongation and confinement.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>ii</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>ix</b>
<b>ÍNDICE DE GRAFICOS .....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>xi</b>
<b>CAPITULO I:.....</b>	<b>13</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	13
1.2. Delimitación de la investigación .....	14
1.2.1. Delimitación temporal .....	14
1.2.2. Delimitación social .....	15
1.3 Formulación del problema.....	15
1.3.1 Problema principal .....	15
1.3.2 Problemas secundarios. ....	15
1.4 Objetivos de la investigación.....	16
1.4.1 Objetivo general.....	16
1.4.2 Objetivos específicos .....	16
1.5 Hipótesis de la investigación .....	17
1.5.1 Hipótesis general .....	17
1.5.2 Hipótesis secundaria.....	17
1.6 Justificación de la investigación .....	17
<b>CAPITULO II:.....</b>	<b>20</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	24



2.2. Bases teóricas.....	29
2.3 Definición de términos.....	46
<b>CAPITULO III:.....</b>	<b>49</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>49</b>
3.1. Tipo de la investigación.....	49
3.2 Diseño de la investigación.....	50
3.3 Población y muestra de la investigación .....	51
3.3.1 Población .....	51
3.3.2 Muestra .....	51
3.4 Variables, dimensiones e indicadores.....	53
3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	54
3.5.1 Técnicas .....	54
3.5.2 Instrumentos .....	54
3.6 Procedimientos .....	54
<b>CAPITULO IV: .....</b>	<b>56</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>56</b>
4.1. Resultados descriptivos.....	57
4.2 Discusiones De Los Resultados .....	85
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>90</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>92</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>97</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Puérperas adolescentes según Nivel de estudio.....	57
Tabla 2.- Puérperas adolescentes según la relación con pareja .....	58
Tabla 3.- Puérperas adolescentes según su Procedencia.....	59
Tabla 4.- Puérperas adolescentes según estilos de vida de riesgo.....	60
Tabla 5.- Puérperas adolescentes según la Edad .....	61
Tabla 6.- Puérperas adolescentes según la ganancia de peso gestacional .....	62
Tabla 7.- Puérperas adolescentes que presentaron anemia durante el embarazo.....	63
Tabla 8.- Peso fetal de recién nacidos de puérperas adolescentes.....	64
Tabla 9.- Compatibilidades céfalo pélvicas en pacientes puérperas adolescentes.....	65
Tabla 10.- Distocia cervical en pacientes puérperas adolescentes .....	66
Tabla 11.- Distocia de dinámica uterina en pacientes puérperas adolescentes.....	67
Tabla 12.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según peso fetal .....	68
Tabla 13.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según distocia cervical .....	70
Tabla 14.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según la dinámica uterina.....	72
Tabla 15.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según peso fetal .....	74
Tabla 16.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas patológicas según peso fetal .....	78

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.- Puérperas adolescentes según Nivel de estudio .....	57
Gráfico 2.- Puérperas adolescentes según la relación con pareja .....	58
Gráfico 3.- Puérperas adolescentes según su Procedencia .....	59
Gráfico 4.- Puérperas adolescentes según estilos de vida de riesgo .....	60
Gráfico 5.- Puérperas adolescentes según la Edad .....	61
Gráfico 6.- Puérperas adolescentes según la ganancia de peso gestacional ..	62
Gráfico 7.- Puérperas adolescentes que presentaron anemia durante el embarazo .....	63
Gráfico 8.- Peso fetal de recién nacidos de puérperas adolescentes .....	64
Gráfico 9.- Compatibilidades céfalo pélvicas en pacientes puérperas adolescentes .....	65
Gráfico 10.- Distocia cervical en pacientes puérperas adolescentes .....	66
Gráfico 11.- Distocia de dinámica uterina en pacientes puérperas adolescentes .....	67
Gráfico 12.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según peso fetal .....	69
Gráfico 13.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según distocia cervical .....	71
Gráfico 14.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según la dinámica uterina .....	73
Gráfico 15.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según peso fetal .....	75
Gráfico 16.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según compatibilidad céfalo pélvicas .....	76
Gráfico 17.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según compatibilidad céfalo pélvicas .....	77
Gráfico 18.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas patológicas según peso fetal .....	78

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como Objetivo Determinar la relación que existe entre las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención de parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

Las complicaciones durante el trabajo de parto constituye la principal causa de mortalidad materna tanto en Perú como a nivel mundial. Según la OMS, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y parto (1)

El embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 a 19 años de edad. Se ha convertido en un problema de Salud pública, evidenciándose un aumento de la prevalencia.

OMS (2012), subraya que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la Salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las complicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción cefalopélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna

El porcentaje de embarazo en adolescentes en Apurímac del año 2014 es de 10.4% teniendo el incremento de 2.2% Para el año 2015 con un porcentaje de 12.7% esto según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La investigación de esta problema social se realiza por el interés de dar conocer la relación que existe entre la característica epidemiológica de embarazo en adolescentes y trastornos por prolongación y detención de parto.

## **CAPITULO I:**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Según la OMS, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (1)

En todo el país, los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años de edad se han incrementado de 12,5%, en el 2011, a 13,2%, en el 2012, según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Endes 2012. Es decir, en el año 2013 los 4.423 adolescentes ya fueron madres o estaban embarazadas por primera vez.

Esta problemática social va de la mano con la mortalidad. De las 428 muertes maternas notificadas en el 2012, el 9,6% (41 casos) eran mujeres

adolescentes de 12 a 17 años de edad, según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa).

Lucy del Carpio, coordinadora nacional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Minsa, explica que la mayoría de muertes maternas fueron consecuencia de complicaciones producidas durante el embarazo o el parto.

(6)

Según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016, en Apurímac Se aprecian cambios significativos en la fecundidad de adolescentes. En los últimos años, los informes de las redes de salud Apurímac, la proporción de embarazo en adolescente del año 2013 – 2016 ha incrementado, en la red de salud Cotabambas del año 2013 es de 10% incrementándose el 1% para el año 2016 con 11%, DISA de salud V. Cocharca el porcentaje de embarazo de adolescentes en el año 2013 es de 8% incrementándose el 3% para el año 2016 a 11%, al igual que en la encuesta del 2009 en la del 2012 se muestra el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 3,7 por ciento entre las de 15 años hasta el 32,4 por ciento en las de 19 años. (7)

## **1.2. Delimitación de la investigación**

### **1.2.1. Delimitación temporal**

Se realizó durante los meses de febrero – junio; 2017.

La presente investigación tuvo como ámbito espacial el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de categoría nivel II – 2 perteneciente al Ministerio de Salud, ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión S/N provincia de Abancay región Apurímac.

### **1.2.2. Delimitación social**

El presente trabajo de investigación durante su desarrollo y ejecución estuvo constituido por puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, en el cual se consideró a todas las pacientes puérperas adolescentes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia.

## **1.3 Formulación del problema**

### **1.3.1 Problema principal**

¿Qué relación existe entre las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?

### **1.3.2 Problemas secundarios.**

- ¿Qué relación existe entre las características socioeducativas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?
- ¿Qué relación existe entre las características reproductivas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?
- ¿Qué relación existe entre las características patológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en



pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?

## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

Identificar la relación que existe entre las características socioeducativas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

Identificar la relación que existe entre las características reproductivas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

Identificar la relación que existe entre las características patológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

## **1.5 Hipótesis de la investigación**

### **1.5.1 Hipótesis general**

Las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017, se relacionan de forma significativa.

### **1.5.2 Hipótesis secundaria**

Las características socioeducativas del embarazo adolescente tienen relación significativa con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

Las características reproductivas del embarazo adolescente tienen relación significativa con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

Las características patológicas del embarazo adolescente tienen relación significativa con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

## **1.6 Justificación de la investigación**

### **Justificación teórica**

El trabajo tiene información teórica porque informa sobre una situación que se presenta del embarazo en la adolescencia y las complicaciones durante el

trabajo de parto y se considera que es uno de los problemas a nivel mundial que aumentan la morbimortalidad materna- fetal.

Esta investigación es de gran interés por el incremento de la mortalidad materna en la adolescencia que se presentan estos casos durante el trabajo de parto, buscando por lo tanto dar a conocer la relación entre la característica epidemiológica del embarazo en adolescentes con trastornos por prolongación y detención de parto y así proporcionar un panorama más amplio sobre la prevención en embarazo de adolescentes; Para así lograr la identificación oportuna de factores de riesgos sobre el embarazo de adolescentes.

Se puede mencionar que esta investigación es factible porque se cuenta con las herramientas necesarias para realizar la investigación ya que existen suficientes fuentes de información como libros e internet. Además es una problemática con solución por lo que se pretende el diagnóstico oportuno para evitar tener aún mayores complicaciones.

### **Justificación practica**

En la justificación práctica aplicaremos en el campo de la salud todos los conocimientos adquiridos en la justificación teórica, que nos permitirán resolver casos y dar un adecuado y mejor manejo.

Además el cual busco fortalecer mis habilidades en la práctica, así mismo servirá para aquellos lectores que busquen nueva información y nuevas investigaciones, de la misma manera les puede servir para orientar y aportar en su conocimiento.

## **Importancia de la investigación**

Este trabajo de investigación es importante ya que Prevenir el embarazo adolescente es romper el ciclo de la pobreza, disminuir la mortalidad materna y neonatal, y a mantener el pleno desarrollo físico y social de las y los adolescentes.

Con esta investigación daremos a conocer algunas características epidemiológicas de embarazo adolescente con relación de trastornos por prolongación y detención durante el trabajo de parto.

Aportará nuevos conocimientos estadísticos y epidemiológicos para el Hospital Regional Guillermo Días de la Vega, y material de estudio para los internos y estudiantes de obstetricia y medicina, e incluso para los mismos profesionales que laboran en el Hospital; como obstetras, ginecólogos y médicos.

## **CAPITULO II:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **Antecedentes internacionales**

**Pérez baten Diana I. (2015).** Estudia La caracterización clínica - epidemiología del embarazo en adolescentes. (8)

Describir las características clínicas (paridad, control prenatal, tipo de parto) y epidemiológicas (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, procedencia) del embarazo en las adolescentes que resuelven embarazo en el Hospital Roosevelt.

**Métodos:** Tipo de estudio Descriptivo, se tomaron a las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad que resolvieron embarazo en el Hospital Roosevelt durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2012.

**Resultados:** el 81.63% corresponde a pacientes en etapa de adolescencia tardía, en relación al estado civil el 54.77% se encuentre unida, el 60.42% cursaba la secundaria, el 89.05% proceden del área urbana. El 74.91% de las adolescentes realizaron control prenatal durante el embarazo, en base a la paridad el 87.63% eran primíparas. Según la resolución del embarazo, el tipo de parto eutócico fue en el 51.24% y de las complicaciones maternas se observó que el 17.67% presentó parto pretérmino, el 14.13% anemia, el 7.07% desproporción cefalopelvica, el 4.24% presentó preeclampsia, no se documentaron muertes maternas. Se observó la edad gestacional por Capurro al momento del parto el 82.81 % de los recién nacidos eran a término y 17.19 % prematuros, el 18.60% presentó bajo peso al nacer.

**Robado Villafuerte, Washington M. (2014).** Estudio las “complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el hospital provincial general de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013”. (9)

Identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes.

**Metodología:** se ha diseñado el presente estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Resultados: Fueron incluidas un total de 160 adolescentes embarazadas, distribuidas entre edades de 12 a 19 años, con una media de 17,5 y una desviación estándar de 1,45; los adolescentes en edad temprana (10 – 13 años) representaron el 1% de la población, los adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21%, y la mayor parte de la población con el 78% correspondió a adolescentes en etapa tardía. La mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años; sin embargo se registraron casos de embarazos desde los 12 años en

adelante. En cuanto al estado civil el 49,4% de las mismas se mantenía en unión libre, un alto porcentaje 30,6% eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas. Al referirnos al inicio de la vida sexual activa, la mayoría de las mismas inicio su vida sexual entre edades de 15 a 18 años; sin embargo, cabe recalcar que pese a porcentajes inferiores se evidenció el inicio aún más precoz de la actividad sexual, incluso en adolescentes de 12 años. De las mismas el 78,1% mantuvo una relación monogámica, el 18,1% tuvo 2 parejas, el 3,1% tres e incluso un 0,6% presento 4 parejas sexuales. Al analizar la paridad, el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones. La mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo, de todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía cefalovaginal y por varias causas el 30% en cesárea. Del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación, 30% presento desgarros perineales, principalmente grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones que representaron el 25%.

**Rodríguez Valencia Miguel Á. (2015).** Estudia las Complicaciones del embarazo en adolescentes primigestas en el Hospital de la mujer Aguascalientes. (10)

Describir las complicaciones maternas entre las madres adolescentes primigestas en el hospital de la mujer Aguascalientes de enero 2014 a diciembre 2014. Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en pacientes embarazadas adolescentes en el Hospital de la Mujer, Aguascalientes en el periodo comprendido de enero

del 2014 a diciembre 2014. Resultados: La edad de las pacientes comprendió un rango mínimo de los 14 años y máximo de 19 años, con una desviación estándar de 1.252. El estado civil más frecuente fue la unión libre con un 52.9 % se dedicaba al hogar, la mayoría (37.5%) tuvo como grado máximo la educación secundaria completa, el 76.9% tuvo un parto vaginal como vía de resolución del embarazo, la principal complicación presentada fue la resolución del embarazo por operación cesárea con un 25%, la principal indicación para realización de operación cesárea fue el periodo expulsivo prolongado con 7.7%.

En cuanto a las caracterizaciones perinatales la edad gestacional predominante fue en el rango de 39-41 semanas con un 57%. Se obtuvo un 50% de varones y un 50% de mujeres, el peso de los productos fue del 46.2% en el rango de 3001 – 3500 gramos y la mayoría de los productos el 88.5% presento un APGAR a los 5 minutos de 9.

**Gilda E. Ramírez, Cinthia G. Juárez, Julio S. Pérez (2008).** Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. <sup>(11)</sup>

Describir el embarazo, complicaciones obstétricas prenatales y perinatales en adolescentes. Diseño Metodológico: Estudio descriptivo retrospectivo de registros clínicos de embarazadas de 12 a 18 años de edad ingresadas al servicio de labor y partos de los Hospitales Nacionales de La Antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa, de enero 2,002 a enero 2,007. Resultados: Se revisaron 8,082 casos de adolescentes embarazadas, 33% son de 18 años, 28% analfabetas, 35% unidas, 60% amas de casa, 64% indígenas y 74% provenían del área rural. Las complicaciones más frecuentes del primer



trimestre fueron, metrorragias y abortos espontáneos. Durante el segundo y tercer trimestre se presentó 52% y 28% de complicaciones respectivamente, siendo las principales en ambos trimestres: infecciones del tracto urinario, anemia y amenaza de parto pre término. En el período perinatal 31% presentó complicaciones, las más frecuentes fueron desproporción cefalopélvica y trabajo de parto prolongado. La razón de mortalidad materna fue 147 por cada 100,000 nacidos vivos. Conclusiones: Las características demográficas presentadas por las adolescentes fueron 16 años de edad promedio, soltera, con algún grado de educación primaria, amas de casa e indígenas del área rural, se presentó complicaciones en los tres trimestres del embarazo. Las complicaciones más frecuentes fueron metrorragias, aborto espontáneo, infección del tracto urinario, anemia, amenaza y parto pretérmino, desproporción cefalopélvica, y trabajo de parto prolongado. La razón de mortalidad materna adolescente se considera similar a la Línea Basal de mortalidad materna reportada para el país.

### **2.1.1. Antecedentes nacionales**

**Esteves Bermejo Sheyla N. (2014).** Estudia las complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes. Hospital Sergio e. Bernales – Collique, octubre – diciembre 2014. (12)

Determinar las complicaciones maternas en el segundo embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales Collique, de Octubre a Diciembre del 2014.

**Metodología:** Diseño de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estuvo constituida por 111 gestantes adolescentes; la muestra

la conformaron 29 gestantes adolescentes en su segundo embarazo que cumplieron los criterios de selección. El muestreo, fue no probabilístico intencionado.

**Resultados:** Las complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes fueron: durante la gestación anemia (31%), infección de tracto urinario (27.6%), amenaza de aborto (24.1%), ruptura prematura de membranas (10.3%) y oligoanmios (6.9%). Complicaciones asociadas al parto, trabajo de parto disfuncional (13.8%) y desgarros perineales (6.9%). Complicaciones en el puerperio; anemia (44.8%), infección de tracto urinario (24.1%), atonía uterina (6.9%) y endometritis (3.4%).

**Vela coronado Sandra J. (2015).** Estudia “trabajo de parto disfuncional como factor de riesgo para atonía uterina y hemorragia postparto en puérperas del H.N.H.U periodo enero-noviembre” (13)

Determinar si el trabajo de parto disfuncional es un factor de riesgo para atonía uterina y/o hemorragia postparto en puérperas del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNU) en el periodo Enero – Noviembre 2015.

**Metodología:** Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida por las gestantes que acudieron en trabajo de parto al servicio de gineco-obstetricia del HNU en el periodo Enero-Noviembre 2015. Se analizó 85 historias clínicas de las cuales 38 fueron casos y 47 controles que cumplieron con los criterios de selección. Se aplicó el análisis estadístico descriptivo e inferencial usando el paquete estadístico SPSSv.23.

**Resultados:** Respecto a la fase activa prolongada, detención secundaria de la dilatación, detención del descenso, expulsivo prolongado, parto precipitado e hipo dinamia uterina no hubo diferencia estadística significativa entre los casos y controles ( $p > 0,05$ ). En cambio en la fase latente prolongada hubo diferencia estadística significativa entre los casos y controles ( $p < 0,05$ ) pero si diferencia estadística significativa con los casos de atonía uterina ( $p < 0,05$ ) con un OR: 4,7 con un IC 95% entre 1,3-17,2, con lo que se infiere que la diferencia estadística significativa es entre los casos de atonía uterina y el grupo control.

**Puri Gonzales Jaime (2015).** Estudio “casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea en el Hospital regional Hermilio Valdizán Medrano –periodo – 2015 – Huánuco”. (14)

Determinar las casuísticas de complicaciones en el parto que terminaron en cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco, durante el año 2015. **Metodología:** Con un tipo de estudio cuantitativa, descriptivo, según el periodo es transversal y según el tiempo de ocurrencia es retrospectivo.

**resultados** obtenidos fueron: que en el HRHVM durante el año 2015 ocurrieron 2291 partos, de los cuales 1216 correspondieron a los partos eutócicos (vaginales) con el 53%, y 1075 partos distócicos (cesárea) con el 47%, lo que expresa que existe un porcentaje significativo de cesáreas como consecuencia de complicaciones que se presentan. La edad materna que más prevaleció en la casuística de complicaciones de parto que terminaron en cesárea fue la edad de entre 20 a 25 años con un

porcentaje de 44%, 393 pacientes con el 62% corresponden a la zona urbana, mientras que 240 pacientes con el 38% son de la zona rural, 322 pacientes que representan el 51% tienen el nivel de educación secundaria, el estado civil de las pacientes en estudio el 64% con 411 pacientes es el de convivientes. el 63% son pacientes multigestas con 401, mientras que el 37% de pacientes son primigestas con 232, el mayor porcentaje de 47% presente el espacio intergenesico normal, el 68% de pacientes con 432 ya tienen más de 2 cesáreas, el 85% con 534 pacientes corresponden a las pacientes no adolescentes, el 84% de pacientes en estudio si tuvieron atención prenatal, el 35% de cesareadas por distocia de canal de parto con 11 pacientes fueron por pelvis límite, sufrimiento fetal, con el 50%, las HIE con el 45%, seguida de la placenta previa con el 19%; cesareadas anteriores con el 89% con 282 pacientes seguidas del expulsivo prolongado con el 6% con 19 pacientes.

**Curahua Sánchez Lidia V. (2015).** Estudia las “complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el primer semestre del año 2014”. (15)

Determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014.

**Metodología:** Estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal. Para este trabajo se trabajó con dos

muestras: 100 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y 99 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el primer semestre del año 2014. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para el análisis de variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). Las gráficas fueron diseñadas en Microsoft Excel 2013, se utilizaron las herramientas graficas: diagramas barras. **Resultados:** Las características generales de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto fueron: la edad promedio del grupo de parto vaginal fue 28.65 años y del grupo de parto por cesárea fue 29.13 años. La mayoría de las pacientes del grupo de parto vaginal (46%) y de cesárea (49.5%) tuvieron edades con rangos entre 30 a 35 años. La indicación de cesárea anterior, el grupo de parto vaginal fue alteración de la vitalidad fetal (21%), la preeclampsia-eclampsia (12%), la macrosomía (12%) y la presentación pélvica (10%), mientras que en el grupo de parto por cesárea fueron la alteración de vitalidad fetal (33.3%), la desproporción feto-pélvica (14.1%), la preeclampsia-eclampsia (10.1%) y la macrosomía (7.1%). La indicación de cesárea actual fue antecedente de cesárea previa en el 35.4%, alteración de la vitalidad fetal en el 21.2% y la desproporción feto-pélvica en el 18.2%. Respecto a las complicaciones maternas de la cesárea previa en el grupo que culminó por parto vaginal fueron: el trauma perineal (29%), el alumbramiento incompleto (8%), los desgarros cervicales (4%) y la hemorragia intraparto (2%), y en el grupo que

culmino en cesárea la principal complicación fue la hemorragia intraparto (8.1%). Las complicaciones maternas durante el puerperio que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa fueron: la anemia (42%), la fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%), y en las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa se evidenció anemia (42.4%), fiebre puerperal (11.1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto e infección del tracto urinario (3%) respectivamente.

### **Antecedentes regionales y locales**

Se realizó la búsqueda de los antecedentes regionales y locales, no encontrándose ningún antecedente en referencia al tema de investigación.

## **2.2. Bases teóricas**

### **Epidemiología**

Según OMS, La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

Los puntos estudiados por la epidemiología son:

Aspectos demográficos de los afectados (sexo, edad y grupo étnico al que pertenecen)

Aspecto biológicos (anticuerpos, enzimas, células de la sangre, funciones fisiológicas... y aquellos que pueda servir para entender el afecto que la enfermedad causa).

Aspectos sociales y económicos (situación económica, actividades que realizan, circunstancias de su nacimiento...)

Aspectos genéticos (grupo sanguíneos y antecedentes familiares en enfermedades similares).

Hábitos (consumo de estupefacientes, cigarrillos, alcohol o cualquier medicamento, así como grado de actividad física y alimentación)

### **Características epidemiológicas del embarazo adolescente**

#### **1) Características socioeducativas**

**a) Nivel educativo** La educación tiene un efecto importante en el embarazo adolescente. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y el auto imagen de la mujer. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo, las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.

La incidencia de embarazo es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales y en población menos educada. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir sus capacidades para la educación.

Los sistemas educativos de buena parte de los países de Latinoamérica comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos: insuficiente cobertura de la educación preescolar, elevado acceso al ciclo básico, y escasa capacidad de retención tanto en el nivel primario como en el secundario. Así la repetición y el retraso escolar – fenómenos que con alta frecuencia anteceden de la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde temprana edad.

La información disponible indica que actualmente cerca del 37% de los adolescentes latinoamericanos entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela a lo largo del ciclo escolar, y casi la mitad de ellos la hacen tempranamente, antes de completar la educación primaria.

La encuesta nacional de salud familiar (FESAL 2008) reportan que el 70% de las mujeres han tenido su primer acto sexual antes de cumplir los 18 años de edad.

Esta primera experiencia sexual suele ocurrir más temprano en las mujeres que tienen menos escolaridad, presentándole casi siempre una relación inversa con el nivel educativo.



El embarazo precoz puede tener implicaciones graves en la vida de una adolescente pues tiene siete veces menos posibilidades de continuar sus estudios y sus oportunidades de salir de la pobreza disminuyen en un factor de treinta con relación a otras jóvenes de la misma edad que no han tenido hijos. (16)

#### **b) Relación con pareja**

La relación de pareja es una de las experiencias más gratificantes de nuestras vidas y es una experiencia universal y tratada de explicar desde el comienzo de la civilización solo hoy en día conocemos algunas de sus bases, componentes y evolución. Nosotros planteamos que una relación de pareja se basa en cuatro componentes: el compromiso, la intimidad, el romance y el amor. (17)

#### **c) Procedencia**

El latín procedens, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

#### **d) Estilos de vida de riesgo**

Entendemos por estilos de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Algunos de los estilos de vida saludables podrían ser: Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción. Los estilos de vida de riesgos o factores de vida de riesgo son aquellas conductas no aceptadas en la sociedad ya que alteran la

desintegración social y familiar, algunos factores de riesgo son, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés etc.

(18)

## **2) Características reproductiva**

### **a) Adolescencia**

La adolescencia suele conocerse como un periodo de evolución del ser humano, sujetado por cambios de nivel físico, psicológico, cognoscitivo, y comportamental, esta dinámica “es fundamentalmente aplicable a determinaciones externas, es decir, a interacciones sociales y a la necesidad a los nuevos roles. La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Se caracteriza por cambios rápidos, tanto físicos como emocionales Su definición no es clara, puesto que su determinación depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia.

#### **a-1) Adolescencia Temprana (10 a 12 años)**

Es un periodo con grandes cambios corporales, en algunos casos genera incertidumbre por su apariencia física, psicológicamente pierde interés por los padres y se inclinas por los amigos del mismo sexo. Aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controlan sus impulsos y se plantean metas vocacionales irreales. La preocupación del adolescente se centra en la transformación de su cuerpo y la separación de su madre. En muchas adolescentes el embarazo es la respuesta contra fóbica a la

dependencia (nunca satisfecha) de la madre, y lo es a la manera de un experimento del propio cuerpo misterioso.

### **a-2) Adolescencia Media (13 a 17 años)**

Se ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo corporal .A nivel psicológico es el periodo de máxima relación con sus pares y de conflictos con sus padres, para algunos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, se sienten invulnerables, su gran preocupación es su apariencia física y la moda. Se da el establecimiento de la identidad y la feminidad es característica la marcada competencia con la madre. El embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo: de la depresión (se siente aislada, rechazada no querida). El embarazo por ende puede ser visto como una oportunidad que brinda madurez.

### **a-3) Adolescencia Tardía (17 a 19 años)**

Es un periodo de pocos cambios físicos, aceptan mejor su imagen corporal, se

Acercan a sus padres, el grupo de pares pierden jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales y una perspectiva más adulta, dan más importancia a las relaciones íntimas.

Ahora bien, los conflictos psíquicos que el adolescente debe resolver en esta etapa son:

Discriminación entre “quiénes son los padres” y “quién soy yo”:  
desasimio de la autoridad de los padres, que se da no tanto como lucha  
generacional, sino como delimitación de subjetividades.

Deseo de establecimiento de vivienda independiente.

Deseo de independencia económica.

Deseo de constituir una pareja estable.

Logro de la orientación vocacional y/o laboral.

Es entendido por un proceso que tiene lugar por múltiples fenómenos,  
actúan en cadena y se afectan por cada fenómeno producido como es el  
desarrollo de las relaciones interpersonales y las funciones intelectuales y  
sexuales la concepción multidimensional que abarca estos fenómenos y  
sus interrelaciones. (19)

#### **b) Ganancia de peso gestacional**

El estado de nutrición antes y durante el embarazo contribuye  
significativamente al bienestar de la madre y su hijo. Las mujeres adultas  
que tuvieron una buena nutrición durante la infancia, y estuvieron bien  
nutridas antes de la concepción. Tienen mayor probabilidad de tener  
embarazos sin complicaciones e hijos sanos. Por estas razones, la  
valoración y el asesoramiento nutricionales son componentes esenciales  
del buen cuidado prenatal. (20)

La adolescente embarazada tiene mayores necesidades de calcio,  
proteínas y calorías, para su propio crecimiento normal, así como para el  
embarazo y el feto. Las mujeres con peso considerablemente más bajo

que el ideal, y las que tienen un aumento de peso inadecuado, “tiene riesgo de tener lactantes con peso bajo al nacer”

Como los jóvenes continúan creciendo aun después de los 17 años de edad, el embarazo antes de esa edad compite con las nutriciones requeridas para el crecimiento. Los problemas comunes de la adolescente embarazada son: trabajo de parto prematuro, lactantes de peso bajo al nacer, alta mortalidad neonatal, hipertensión, anemia por deficiencia de hierro, desproporción feto pélvica y trabajo de parto prolongado. (20)

### **3). Características Patológicas**

#### **a) Anemia durante el embarazo**

La anemia es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro. La gestante anémica y su hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas graves, que lo sitúan en la categoría de alto riesgo. (3)

El criterio para determinar anemia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es de hemoglobina menor de 12 mg/dL. Se ajustó a: leve, 11-11.9 g/dL; moderada, 8-10.9 g/dL y grave, menor de 8 g/dL. (22)

#### **Trabajo de parto**

El mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto es reconocer su inicio. La definición estricta de trabajo de parto, presencia de

contracciones que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino”, no ayuda fácilmente al clínico a determinar cuándo en realidad se ha iniciado el trabajo de parto.

Desde un punto de vista clínico se considera que el parto se ha iniciado cuando una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos) se acompaña de maduración y dilatación cervical (2-3cm). Sin embargo, existen diferentes variables que pueden afectar a la normal del trabajo de parto; entre las que se encuentran el tamaño, la presentación, la posición, la situación y la actitud fetal, así como la morfología del canal del parto. Para facilitar su estudio y organizar su manejo, el trabajo de parto se ha dividido tradicionalmente en tres etapas:

**Primera Etapa del Parto (Periodo de dilatación):** Consta a su vez de dos fases:

**Fase Latente:** Se inicia desde el momento en que la madre percibe dinámica uterina y finaliza con la presencia de un cuello borrado y 4 centímetros de dilatación. En este período las contracciones son poco intensas y no siguen un patrón regular, lo que no produce grandes modificaciones en la dilatación cervical. Puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 horas en múltiparas.

**.Fase Activa:** Periodo de tiempo comprendido entre los 4 y los 10 centímetros de dilatación. En este lapso se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece una duración media de 4 horas en múltiparas y 6 en nulíparas.

Se ha observado que la analgesia epidural no prolonga dicha fase, aunque sí se asocia a un aumento así como un inicio más precoz del uso de oxitocina.

### **Segunda Etapa del Parto** (Período de expulsivo).

Se inicia cuando se ha llegado a la dilatación completa del cérvix y finaliza con el nacimiento del feto. La duración promedio según la SEGO es de 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas, pero suele ser muy variable. La analgesia epidural puede prolongar dicho periodo en hasta 60 minutos y aumenta la probabilidad de parto instrumental. Sin embargo, la tasa de cesáreas no se ve afectada por el uso la misma.

### **Tercera Etapa del Parto** (o período del alumbramiento).

Ocurre entre el nacimiento del recién nacido (RN) y la expulsión de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulíparas y un máximo de 30 minutos en multíparas. (23)

**Valores normales para cada una de las etapas del parto**

Etapas del Parto		Tiempos esperados	
Primera etapa	Fase latente	Nulípara	Total: Hasta 20 horas Dilatación: 1,2 cm/h Descenso: 1 cm/h
	Fase activa	Multípara	Total: Hasta 14 horas Dilatación: 1,5 cm/h Descenso: 2 cm/h
Segunda etapa		Nulípara	90 minutos
		Multípara	60 minutos
Tercera etapa		Nulípara	45 minutos
		Multípara	30 minutos

De Pérez Sánchez 4ª edición

## **Trastornos por prolongación o detención del parto**

### **(Parto lento, parto distócico, parto prolongado)**

#### **Concepto de parto lento (distocia, progresión anómala)**

En un parto lento puede existir:

Una distocia fetal (anomalías del tamaño y estática fetal)

Una distocia pélvica (anormalidades de la pelvis ósea)

Una distocia de partes blandas.

Una distocia dinámica.

Históricamente la evolución normal o anormal de un parto se consideraba por el simple paso del tiempo. Tras un determinado tiempo transcurrido, se diagnosticaba bien un parto normal, ya finalizado o, por el contrario, la anomalía del progreso, al no haberse producido el parto después de un número determinado de horas.

Sin embargo, en la actualidad la valoración de un parto lento se fundamenta en un concepto funcional, dinámico, evolutivo, adaptado a cada momento y periodo del parto. Este criterio permite un diagnóstico rápido, aplicando las medidas diagnósticas que conduzcan a esclarecer la etiología del progreso anómalo y las medidas terapéuticas más adecuadas que contribuyan mantener la salud materno-fetal.

#### **Etiología**

El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción feto pelviana (el feto no puede pasar por la pelvis materna), que puede



producirse por una pelvis materna anormalmente pequeña o por un feto anormalmente grande o mal posicionado (distocia fetal).

Otra causa son las contracciones uterinas demasiado débiles o infrecuentes (disfunción uterina hipotónica) o, a veces, demasiado potentes o demasiado frecuentes (disfunción uterina hipertónica). (24)

### **Diagnóstico**

Evaluación de las dimensiones pelvianas, la posición y el tamaño del feto, y las contracciones uterinas

- Respuesta al tratamiento

El diagnóstico es clínico. La causa debe identificarse porque determina el tratamiento. La evaluación de las dimensiones fetales y pelvianas a veces permite determinar si la causa es una desproporción fetopelviana. Por ejemplo, un peso fetal > 5.000 g (> 4.500 g en una mujer diabética) sugiere una desproporción fetopelviana. La disfunción uterina se diagnostica evaluando la fuerza y la frecuencia de las contracciones mediante la palpación del útero o con el uso de un catéter de presión intrauterina.

A menudo, el diagnóstico se basa en la respuesta al tratamiento.

### **Tratamiento**

- Oxitocina
- Cesárea por desproporción fetopelviana o disfunción hipotónica intratable

- A veces, parto instrumentado durante la segunda etapa del trabajo de parto. (25)

#### **a) Distocia fetal**

La distocia fetal es el tamaño anormalmente grande o una posición que dificultan el parto. El diagnóstico se realiza mediante el examen, la ecografía o la respuesta al trabajo de parto. El tratamiento se realiza mediante maniobras físicas de reposicionamiento del feto, parto operatorio por vía vaginal o cesárea.

La distocia fetal puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis (desproporción fetopelviana) o está mal posicionado. (25).

Las dimensiones exageradas de un producto de la concepción en relación a la pelvis materna es obviamente, lo que origina la distocia Cuando el feto está excesivamente desarrollado puede haber dificultad en el proceso del parto. (26)

**De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifican en:**

- De bajo peso (hipotrófico): cuando el peso resulta inferior de la percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.
- De peso adecuado (eutrófico): cuando el peso corporal se sitúa entre la percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondiente a la edad gestacional.

- De peso alto (hipertrófico): cuando el peso corporal sea mayor a la percentil 90 de la distribución del peso correspondiente a la edad gestacional. (27)

## **b) Distocias pélvicas Oseas**

Esta distocia se produce a raíz de un acortamiento significativo de las dimensiones internas de la pelvis ósea. Esta alteración de los diámetros puede deberse a una patologías congénitas o adquiridas. Se calcula que un 15% de las mujeres la padecen en grado suficiente para originar complicaciones en el curso del parto.

La forma interior de la pelvis no solo incide en la progresión del parto, sino también en la presentación, y deflexión y rotación de los diámetros fetales.

Si se alteran las distintas dimensiones que existen normalmente en el canal de parto, las superficies pueden ser un obstáculo para la progresión de los productos de la concepción durante el parto. (28)

### **b-1) Desproporción Cefalopelvica.**

El término desproporción feto pélvica (DFP) se utiliza para describir una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que se traduce en un enlentecimiento o detención de la dilatación cervical y el descenso de la cabeza fetal a pesar de la presencia de contracciones uterinas adecuadas, lo que impide el parto por vía vaginal.

La desproporción feto pélvica puede traer como consecuencia un trabajo de parto largo y laborioso, lo que aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal, además el trabajo de parto prolongado produce mayor

incidencia de endometriitis, disminución de las cifras de pH fetal y hospitalización prolongada. (3)

## **b-2) Consideraciones generales**

Las dificultades que encuentra la cabeza del feto para pasar por la pelvis, que pueden conducir a la paralización del parto, pueden tener un doble nivel:

- Estrechez en la zona del estrecho superior, que conduce a una patología en el descenso, no se produce el encajamiento de la cabeza. Es el problema de mayor trascendencia, pues el parto no podrá tener lugar por vía vaginal. Estaríamos hablando aquí de las distocias del estrecho superior, verdaderas responsables de la desproporción céfalo-pélvica.
- Pelvis que ocasionan una dificultad en el descenso, rotación interna y expulsión de la cabeza. En este caso el parto se estanca con la cabeza encajada. En determinadas circunstancias y mediante determinadas actuaciones sería posible el parto vaginal.

Serían las distocias del estrecho medio (descenso y rotación interna dificultados) e inferior (dificultad en la expulsión de la cabeza).

### **La pelvis femenina y sus variaciones**

Las variaciones morfológicas, fundamentalmente del estrecho superior, de la pelvis pueden ser:

- variantes constitucionales de la pelvis, que se dan en mujeres normales. Es lo más frecuente en la práctica.

- clasificación biotipológica de caldwell, moly y d'esopo (Estos autores, mediante estudios radiológicos, separa un grupo de pelvis que califican de normales, pero con morfologías constitucionales diferentes, de otras patológicas). Estas variantes dentro de la normalidad serían: (29)

	Diámetro máximo	Tuberosidades isquiáticas	Espinas ciáticas
Ginecoide	Transverso	Anchas	Poco prominentes
Androide	Transverso	Estrechas	Prominentes
Antropoide	Anteroposterior	Anchas	Poco prominentes
Platipeloide	Transverso	Anchas	Poco prominentes

Fuente: modificado de la clasificación de caldwell y moly.

### c) Distocias pélvicas de las partes blandas

Constituyen cualquier obstáculo a la progresión del parto que se origine en las partes blandas del canal del parto: cuello uterino, vagina y vulva.

En el cérvix podemos encontrar obstáculos a la dilatación y borramiento, así como al paso del contenido de la cavidad uterina.

Por lo general, todos los partos con distocias pélvicas desembocaran en distocia uterina dinámica hipertróficas, por lo que habrá que tomar las correspondencias medidas terapéuticas. (30)

### **c-1) Distocia del cuello**

Se refiere a los trastornos funcionales durante el trabajo de parto; esos trastornos se caracterizan por actividad anormal de sus fibras, especialmente las del orificio externo, y sus fibras, especialmente las del origen externo, y sus adyacencias. El resultado del fenómeno distócico es la prolongación o detención del periodo dilatación, con todas las consecuencias funestas para la madre y el niño. (31)

El cuello uterino es un órgano que sufre importantes modificaciones durante el parto. Y su correcta dilatación es imprescindible para que tenga lugar un parto eutócico. En algunas ocasiones, sin causa orgánica aparente, la dilatación cervical no progresa y el parto se estaciona. Estos casos se engloban dentro de las distocias cervicales funcionales, se deben en la mayoría de las ocasiones a alteraciones de las dinámicas uterinas, asociadas o no a presentación anómalas. (32)

### **c) Distocia dinámica**

Las distocias dinámicas son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación.

La dinámica uterina se mide por diferentes parámetros que son:

- Frecuencia: es el número de contracciones que aparecen en un periodo de 10 minutos. Lo normal es de 3-5 cada 10 minutos.
- Intensidad: se mide en mmHg y compara la diferencia de presión desde el tono basal hasta el punto más alto de la contracción. Lo aceptado es de 30 a 50 mmHg.

- Duración: es el tiempo transcurrido desde que se inicia la contracción hasta que recupera el tono basal existente antes de su inicio. Lo normal es entre 30 y 90 segundos.
- Tono basal: es la presión intrauterina existente en un útero en reposo, entre dos contracciones. Esta oscila entre 8 y 12 mmHg.
- La dinámica uterina también puede medirse en unidades Montevideo (UM) que es el número que resulta de la multiplicación del número de contracciones en 10 minutos por la intensidad de las mismas.

**Las distocias dinámicas se clasifican en:**

Hipodinamias (anomalías por defecto):

- Hiposistolias: contracciones de menos de 25 a 30 mm Hg de intensidad.
- Bradisistolias: menos de dos contracciones en 10 minutos.
- Hipotonías: menos de 8 mm Hg de tono de basal.

Hiperdinamias (anomalías por exceso):

- Hipersistolias: contracciones de más de 60 mm Hg de intensidad.
- Taquisistolias: más de 5 contracciones en 10 minutos.
- Hipertonía: tono basal superior a 12 mm Hg.
- Polisistolias: Onda uterina anómala, en la que se producen 2 o más picos, o dos contracciones yuxtapuestas. (24)

### **2.3 Definición de términos**

**Nivel de estudio:** Se refieren al grado más alto de estudios que una persona ha cursado y ha abandonado ya, bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos.

**Nivel primario:** La educación primaria es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales considerados imprescindibles.

**Nivel secundario:** La educación secundaria es la que tiene como objetivo capacitar al alumno para proseguir estudios superiores o bien para incorporarse al mundo laboral.

**Nivel superior incompleto:** es aquella persona que tras haber cursado los estudios correspondientes de Bachillerato, y se encuentra formado para ejercer el desarrollo de su profesión.

**Relación con pareja:** La relación de pareja es un vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas. Dentro de lo que se entiende por relación de pareja aparecen el noviazgo, el concubinato y el matrimonio. Una relación de pareja puede estar formada por un hombre y una mujer.

**Estilos de vida de riesgo:** conducta no aceptada en la sociedad ya que alteran la conexión al entorno social

**Edad del adolescente:** La adolescencia, esos años desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a groso modo en tres etapas: adolescencia temprana, generalmente entre los 10 y 12 años de edad; adolescencia media, entre los 13 y 17 años de edad; y adolescencia tardía, entre los 17 y 19 años de edad.

**Ganancia de peso gestacional:** El aumento de peso materno durante el embarazo es un proceso complejo que nutre los mecanismos que permiten el crecimiento y desarrollo apropiados del feto.



**IMC de Bajo Peso (<19,8):** se sugiere ganar de 12,5 a 18 Kg.

**IMC de Peso Normal (19,8 – 26,0):** ganancia sugerida de 11 a 16 Kg.

**IMC de Sobrepeso (30 - 34.9):** ganancia sugerida de 6 a 11 Kg.

**IMC de Obesidad (>30):** ganancia sugerida de 5 a 9 Kg.

**Anemia durante el embarazo:** La anemia durante el embarazo aumenta el riesgo de enfermedades e incluso de muerte del recién nacido en los casos más graves. El feto depende de la sangre de la madre y la anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, un nacimiento prematuro y un bebé de bajo peso al nacer.

**Peso de recién nacidos:** Es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento;

**Peso bajo:** peso al nacer Menos de 2500 g.

**Peso normal al nacer:** se define peso entre 2500 g a 3990 g.

**Macrosomico:** feto grande para la edad de gestación mayor a 4000 g.

**Distocia:** se emplea cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto. Sin embargo, un embarazo complicado por distocia puede, con frecuencia, llegar a término con el empleo de maniobras obstétricas, como los partos instrumentados

## **CAPITULO III:**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de la investigación**

El presente trabajo de investigación es de tipo no experimental de corte transversal, prospectivo y analítico.

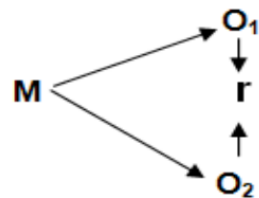
El nivel de presente estudio es descriptivo correlacional, en este de tipo de estudio tiene como finalidad describir la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular, en ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres, cuatro o más variables. Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas y, después cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba.

### 3.2 Diseño de la investigación

La investigación tiene como diseño el descriptivo correlacional, porque la información que se ha recogido ha sido descrita por cada dimensión y variable correspondiente, además sea correlacionado las dimensiones con las variables y Transaccional correlacional Se recolectan datos y se describe relación.

Su esquema correspondiente es el siguiente:

**Esquema:**



**Dónde:**

M = Muestra de investigación.

O<sub>1</sub> = Variable 1

O<sub>2</sub> = Variable 2

r = Relación de las variables de estudio

X1	O1
X2	O2
X3	O3
X4	O4
X5	O5
X6	O6
X7	O7
Xn	On

DONDE

X = muestras a evaluar

O= la medida de diferentes variables

### 3.3 Población y muestra de la investigación

#### 3.3.1 Población

La población es conjunto de unidades o elementos como personas, instituciones educativas, comunidades, entre otros; claramente definidos para el cual se calculan las estimaciones o se busca información (BENDEZU, 2005).

La población, objeto de estudio, está constituida por 120 pacientes puérperas adolescentes atendidas durante los meses de febrero a junio del 2017 en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

#### 3.3.2 Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el algoritmo para población finita o conocida, siendo:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

N = Población

n = Muestra

p = Proporción de personas con el fenómeno a estudiar.

q = Proporción de personas sin el fenómeno a estudiar.

$Z_{\alpha}$  = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado  
 $\alpha=0.05=1.96$

d = Precisión de la muestra

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	<b>120</b>
Alfa (Máximo error tipo I)	α =	<b>0.050</b>
Nivel de Confianza	1- α/2 =	0.975
Z de (1-α/2)	Z (1- α/2) =	1.960
Prevalencia de la enfermedad	p =	<b>0.500</b>
Complemento de p	q =	0.500
Precisión	d =	<b>0.050</b>
Tamaño de la muestra	n =	<b>91.62</b>

La muestra representativa de la investigación es del tipo probabilístico, es la técnica de muestreo en que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser seleccionadas. Las unidades de estudio, fueron seleccionados a través de la técnica de selección aleatoria; estos valores se consideraron del marco lista de la población.

El procedimiento empleado fue el siguiente:

- Se asignó un número a cada individuo de la población total a ser estudiada.
- A través de números aleatorios generados con un ordenador, se eligió tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de la muestra requerida para el trabajo de investigación.

### 3.4 Variables, dimensiones e indicadores

OPERACIONALIZACION			
Variable	Dimensión	indicador	Valor final
características epidemiológicas del embarazo adolescente	Socioeducativa	Nivel de estudio	. primaria . secundaria . superior incompleta
		relación con pareja	. estable . inestable
		procedencia	. rural . urbano . urbano marginal
		estilos de vida de riesgo	. tabaquismo . droga . alcoholismo . violencia . ninguno
	Reproductiva	edad del adolescente	. temprana . media . tardía
		ganancia de peso gestacional	. bajo peso . normal . sobrepeso . obesidad
	Patológicas	Anemia durante el embarazo	. si . no
trastornos por prolongación y detención del parto	Distocia fetal	Peso fetal	. bajo peso . peso normal . macrosómico
	Distocia pélvica	Compatibilidad cefalopelvica	. pelvis estrecha . pelvis ginecoide
	Distocia de partes blandas	Distocia cervical	. dilatación y borramiento dentro de los parámetros normales . dilatación y borramiento estacionario
	Distocia dinámica	Dinámica uterina	. hipodinamia . dinámica uterina dentro de los parámetros normales . hiperdinamia uterina

### **3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

#### **3.5.1 Técnicas**

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que se emplearan durante el desarrollo de la presente investigación fueron:

##### **a) Técnica de encuesta**

La encuesta, es una técnica utilizada en la investigación especialmente de hechos sociales, la encuesta es la consulta tipificada de personas elegida de forma estadística y realización con ayuda de un cuestionario.

La aplicación de la técnica de la encuesta permitirá recoger datos mediante el empleo de determinada preguntas a las variedades de estudio.

#### **3.5.2 Instrumentos**

El instrumentó será la ficha de recolección de datos complementado con un cuestionario, ya que los datos fueron recopilados de las historias clínicas y encuesta. La misma que se validó mediante la técnica de juicio de expertos

### **3.6 Procedimientos**

Para el cumplimiento del objetivo del presente trabajo se realizó las siguientes coordinaciones y procedimientos:

Se solicitó al comité de investigación de la universidad Alas Peruanas filial Abancay para que brinde las facilidades en la ejecución del presente trabajo de investigación, una vez aceptada se procedió a realizar el estudio.

Se elaborara el instrumento para medir el objetivo de la investigación en pacientes puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de Vega Abancay, el mismo que fue validada por el juicio de expertos.

Se solicitara un oficio al comité de investigación de la universidad alas peruanas- Filial Abancay, para la autorización de la recolección de la información requerida dirigida al director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

Una vez obtenida la autorización, se realizó la coordinación con los encargados de los servicio de gineco-obstetricia y estadística para solicitarle las facilidades para la recolección de la información requerida.

Las pacientes puérperas fueron seleccionadas para la población y muestra.

Se procedió a recopilar la información hasta completar la muestra requerida, durante este procedimiento no se presentaron inconvenientes.

Se procedió a verificar y codificar toda información obtenida para luego ser tabulada en el programa Excel 2010, para luego ser ingresadas al programa estadístico SPSS 20 (IBM SPSS Statistics), el cual mostro los resultados a través de tablas y figuras estadísticas las cuales fueron interpretadas y analizadas.

Se realizó el análisis y la redacción del informe final del trabajo de investigación.



## **CAPITULO IV:**

### **RESULTADOS**

La investigación está referida a puérperas adolescentes que finalizaron su embarazo en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2017.

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación que existe entre las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – Junio; 2017.

La información correspondiente se recogió a través de las fichas de recolección datos documentada y el cuestionario; en este instrumento se consideraron ítems relacionados a las variables y dimensiones de estudio.

Se debe indicar que los resultados estadísticos se utilizaron para redactar la discusión de la investigación, contrastando los contenidos del marco teórico y los estudios realizados por otros investigadores.

A continuación se presentan en detalle los resultados estadísticos obtenidos.

#### 4.1. Resultados descriptivos

##### Cuadro N° 1

Puérperas adolescentes según Nivel de estudio Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

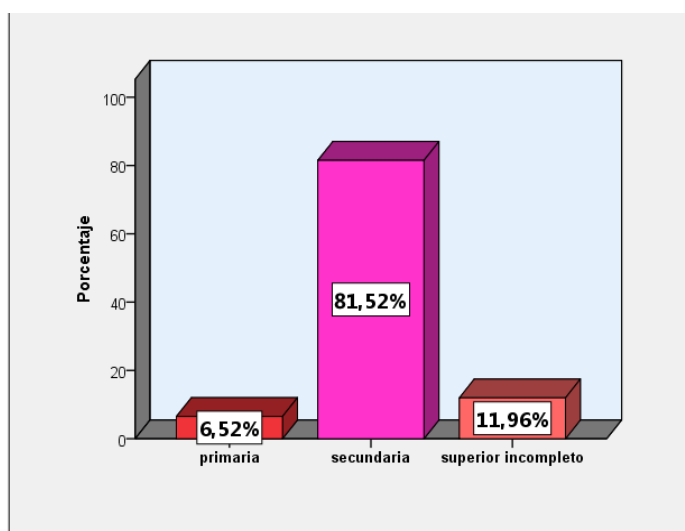
Tabla 1.- Puérperas adolescentes según Nivel de estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primaria	6	6,5	6,5
	secundaria	75	81,5	88,0
	superior incompleto	11	12,0	100,0
	Total	92	100,0	100,0

##### Gráficos N° 1

Porcentaje de las puérperas adolescentes según el nivel de estudio Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio

Gráfico 1.- Puérperas adolescentes según Nivel de estudio



En el cuadro se observan del 92 puérperas adolescentes, el 81.5% tienen un nivel de instrucción secundaria, seguido que el 11.9% tienen el nivel de instrucción superior incompleto y el 6.5% tienen el nivel de instrucción primaria.

## Cuadro N° 2

Puérperas adolescentes según la relación con pareja Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

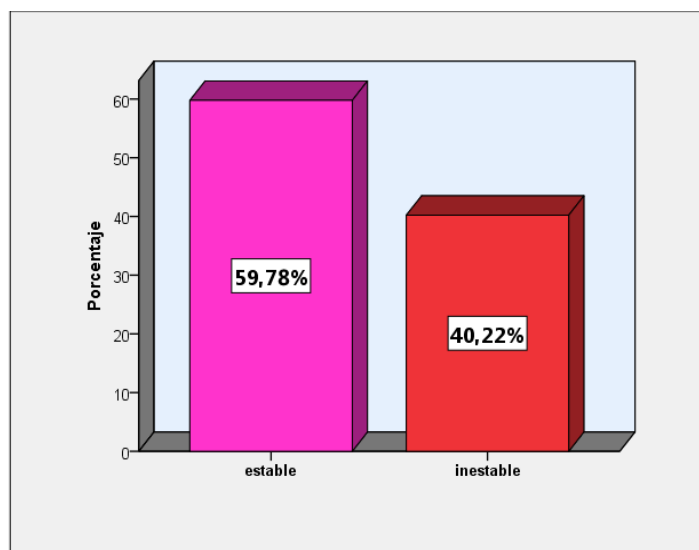
**Tabla 2.- Puérperas adolescentes según la relación con pareja**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
estable	55	59,8	59,8	59,8
Válido inestable	37	40,2	40,2	100,0
Total	92	100,0	100,0	

## Grafico N° 2

Porcentaje de las puérperas adolescentes según la relación con pareja Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 2.- Puérperas adolescentes según la relación con pareja**



En el cuadro se observan del 92 puérperas adolescentes, el 59.8% tienen relación estable, y el 40.2% tienen relación inestable con su pareja.

### Cuadro N° 3

Puérperas adolescentes según su Procedencia Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017.

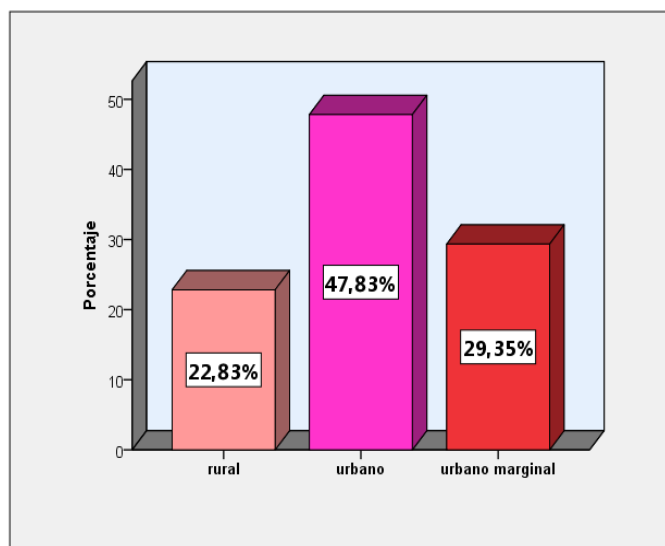
**Tabla 3.- Puérperas adolescentes según su Procedencia**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
rural	21	22,8	22,8	22,8
urbano	44	47,8	47,8	70,7
urbano marginal	27	29,3	29,3	100,0
Total	92	100,0	100,0	

### Grafico N° 3

Porcentaje de las puérperas adolescentes según Procedencia Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 3.- Puérperas adolescentes según su Procedencia**



En el cuadro se observa del 92 puérperas adolescentes, El 47.8% proceden de zona urbano, seguido 29.3% proceden de zona urbano marginal y finalmente 22.8% proceden de zona rural.

#### Cuadro N° 4

Puérperas adolescentes según estilos de vida de riesgo Hospital Regional  
Guillermo Díaz de la Vega Febrero a junio 2017

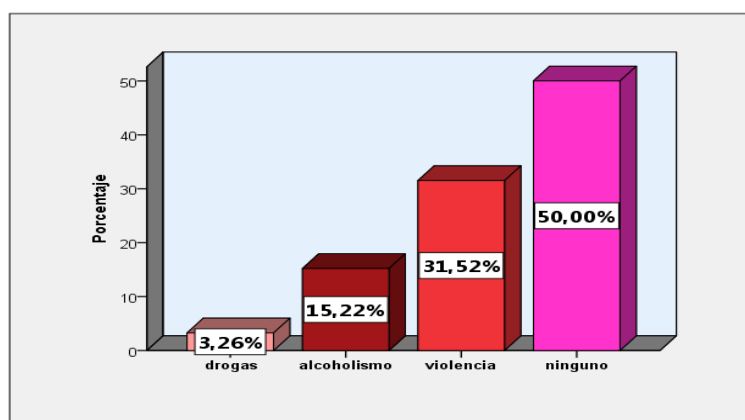
**Tabla 4.- Puérperas adolescentes según estilos de vida de riesgo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
drogas	3	3,3	3,3	3,3
alcoholismo	14	15,2	15,2	18,5
Válido violencia	29	31,5	31,5	50,0
ninguno	46	50,0	50,0	100,0
Total	92	100,0	100,0	

#### Grafico N° 4

Porcentaje de las puérperas adolescentes según estilos de vida de riesgo Hospital  
Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 4.- Puérperas adolescentes según estilos de vida de riesgo**



En el cuadro se observa del 92 puérperas adolescentes, el 50.0% no tuvieron influencia en los estilos de vida mencionados, seguidamente el 31.5% sufrieron violencia psicológica o física, 15.2% consumieron bebidas alcohólicas, finalmente el 3.2% consumieron alguna vez droga.

### Cuadro N° 5

Puérperas adolescentes según la Edad Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega  
febrero a Junio 2017

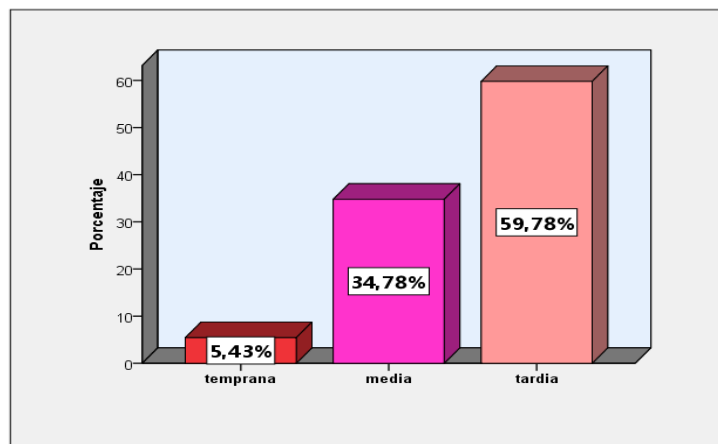
**Tabla 5.- Puérperas adolescentes según la Edad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido temprana	5	5,4	5,4	5,4
media	32	34,8	34,8	40,2
tardía	55	59,8	59,8	100,0
Total	92	100,0	100,0	

### Grafico N° 5

Porcentaje de las puérperas adolescentes según la Edad Hospital Regional  
Guillermo Díaz de la Vega febrero a junio 2017

**Gráfico 5.- Puérperas adolescentes según la Edad**



En el cuadro se observa del 92 puérperas adolescentes, el 59.8% son de la edad tardía entre 17 a 19 años, seguidamente el 34.8% son de edad media entre 14 a 16 años, finalmente el 5.4% de la edad temprana entre los 10 a 13 años.

### Cuadro N° 6

Puérperas adolescentes según la ganancia de peso gestacional Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a junio 2017

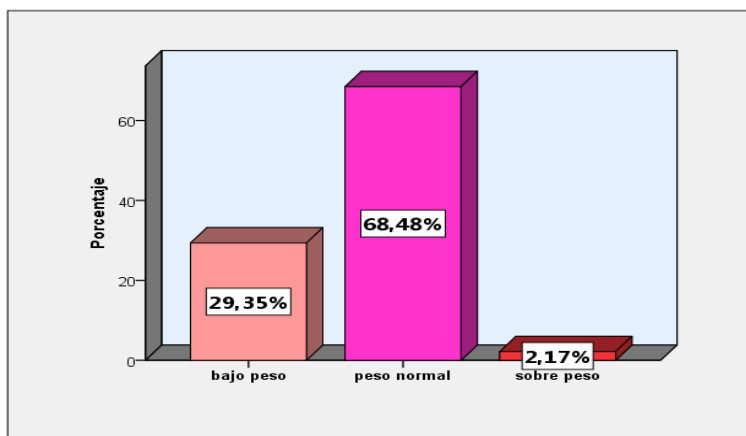
**Tabla 6.- Puérperas adolescentes según la ganancia de peso gestacional**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido bajo peso	27	29,3	29,3	29,3
peso normal	63	68,5	68,5	97,8
sobre peso	2	2,2	2,2	100,0
Total	92	100,0	100,0	

### Grafico N° 6

Porcentaje de Puérperas adolescentes según la ganancia de peso gestacional Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 6.- Puérperas adolescentes según la ganancia de peso gestacional**



En el cuadro se observa del 92 puérperas adolescentes, 68.5% presentaron ganancia de peso normal durante el embarazo, seguidamente el 29.3% puérperas adolescentes presentan durante su embarazo bajo ganancia de peso, finalmente el 2.2% presentaron sobrepeso durante el embarazo.

### Cuadro N° 7

Puérperas adolescentes que presentaron anemia durante el embarazo Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a junio 2017

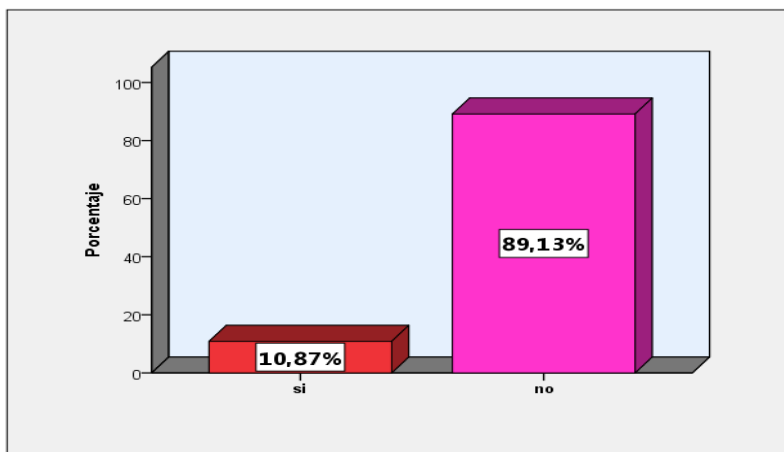
**Tabla 7.- Puérperas adolescentes que presentaron anemia durante el embarazo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	10	10,9	10,9	10,9
no	82	89,1	89,1	100,0
Total	92	100,0	100,0	

### Grafico N° 7

Porcentaje de las puérperas adolescentes que presentaron anemia durante el embarazo; Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 7.- Puérperas adolescentes que presentaron anemia durante el embarazo**



En el cuadro se observa del 92 puérperas adolescentes, el 89.1% puérperas adolescentes no presentaron anemia durante el embarazo, 10,9% presentaron anemia durante el embarazo.



### Cuadro N° 8

Peso fetal de recién nacidos de puérperas adolescentes Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a junio 2017

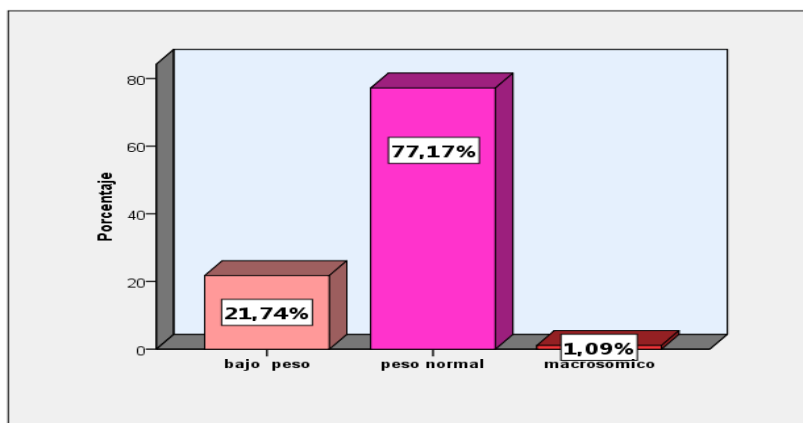
**Tabla 8.- Peso fetal de recién nacidos de puérperas adolescentes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido bajo peso	20	21,7	21,7	21,7
peso normal	71	77,2	77,2	98,9
macrosomico	1	1,1	1,1	100,0
Total	92	100,0	100,0	

### Grafico N° 8

Porcentaje de Peso fetal de recién nacidos de puérperas adolescentes Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 8.- Peso fetal de recién nacidos de puérperas adolescentes**



En el cuadro se observa 92 pesos de recién nacidos de puérperas adolescentes registrados en las historias clínicas, el 77.1% presentan peso normal al nacer, seguidamente el 21.7% presentan bajo peso al nacer, finalmente el 1.1% presentan mayor de 400g de peso (macrosómico).

### Cuadro N° 9

Compatibilidades céfalo pélvicas en pacientes puérperas adolescentes. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

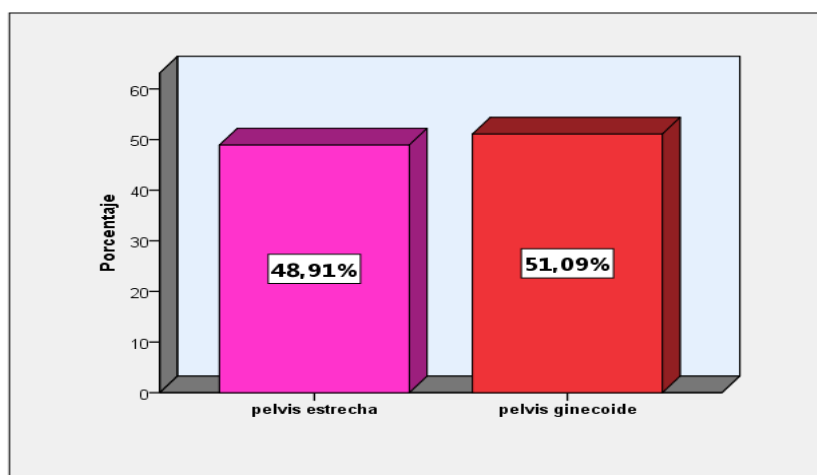
**Tabla 9.- Compatibilidades céfalo pélvicas en pacientes puérperas adolescentes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido pelvis estrecha	45	48,9	48,9	48,9
pelvis ginecoide	47	51,1	51,1	100,0
Total	92	100,0	100,0	

### Grafico N° 9

Porcentaje de compatibilidad céfalo pélvica en pacientes puérperas adolescentes. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 9.- Compatibilidades céfalo pélvicas en pacientes puérperas adolescentes**



En el cuadro se observa de 92 pacientes puérperas adolescentes, el 51.1% registra el diagnóstico de pelvis ginecoide, y el 48,9% son diagnosticados pelvis estrecha.

### Cuadro N° 10

Distocia cervical en pacientes puérperas adolescentes. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

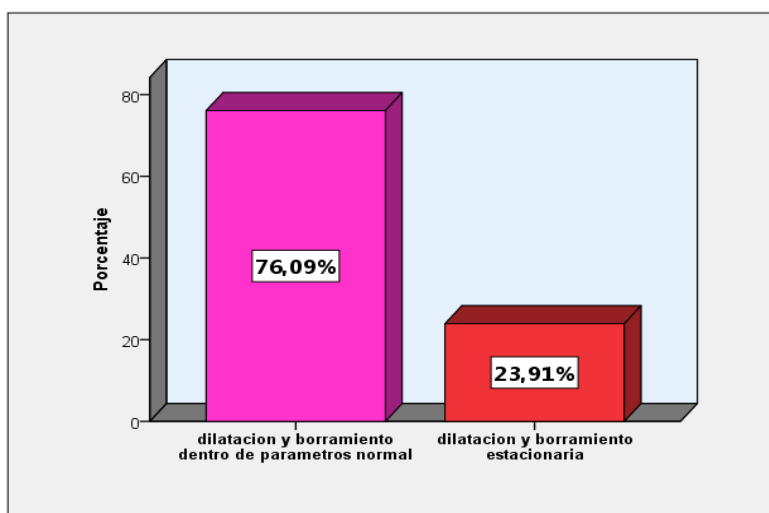
**Tabla 10.- Distocia cervical en pacientes puérperas adolescentes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido dilatación y borramiento dentro de parámetros normal	70	76,1	76,1	76,1
dilatación y borramiento estacionaria	22	23,9	23,9	100,0
Total	92	100,0	100,0	

### Grafico N° 10

Porcentaje de Distocia cervical en pacientes puérperas adolescentes. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 10.- Distocia cervical en pacientes puérperas adolescentes**



En el cuadro se observa diagnósticos de 92 puérperas adolescentes que registran en sus historias clínicas, el 76.1% registran el diagnóstico de dilatación y borramiento dentro de los parámetros normales y el 23.9% registran el diagnóstico de dilatación y borramiento estacionaria.

### Cuadro N° 11

Distocia de dinámica uterina en pacientes puérperas adolescentes. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a junio 2017

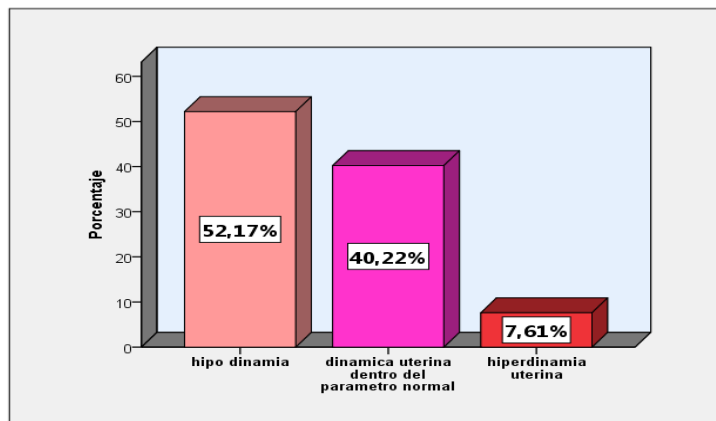
**Tabla 11.- Distocia de dinámica uterina en pacientes puérperas adolescentes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido hipo dinamia	48	52,2	52,2	52,2
dinámica uterina dentro del parámetro normal	37	40,2	40,2	92,4
hiperdinamia uterina	7	7,6	7,6	100,0
Total	92	100,0	100,0	

### Cuadro N° 11

Porcentaje Distocia de dinámica uterina en puérperas adolescentes. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 11.- Distocia de dinámica uterina en pacientes puérperas adolescentes**



En el cuadro se observa diagnósticos de 92 historias clínicas de puérperas adolescentes, 52.2% hipodinamia uterina, 40.2% dinámica uterina dentro del parámetro normal y el 7.6% hiperdinamica uterina.

## Resultados correlacionales.

### Cuadro N° 12

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según peso fetal en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

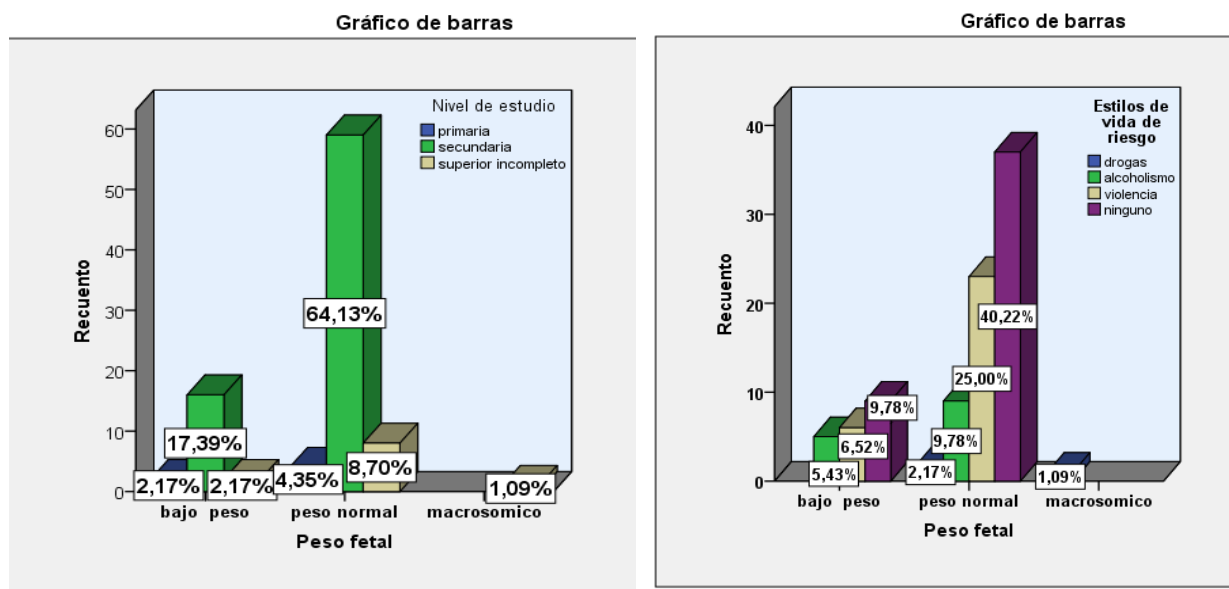
**Tabla 12.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según peso fetal**

		Peso fetal							
		bajo peso		peso normal		macrosomico		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Nivel de estudio</b>	primaria	2	2.2	4	4.3	0	0	6	6.5
	secundaria	16	17.4	59	64.1	0	0	75	81.5
	superior incompleto	2	2.2	8	8.7	1	1.1	11	12
<b>Relación con pareja</b>	estable	16	17.4	39	42.4	0	0	55	59.8
	inestable	4	4.3	32	34.8	1	1.1	37	40.2
<b>Procedencia</b>	rural	6	6.5	15	16.3	0	0	21	22.8
	urbano	9	9.8	34	37	1	1.1	44	47.8
	urbano marginal	5	5.4	22	23.9	0	0	27	29.3
<b>Estilos de vida de riesgo</b>	tabaquismo	0	0	0	0	0	0	0	0
	drogas	0	0	2	2.2	1	1.1	3	3.3
	alcoholismo	5	5.4	9	9.8	0	0	14	15.2
	violencia	6	6.5	23	25	0	0	29	31.5
	ninguno	9	9.8	37	40.2	0	0	46	50
	Total	20	21.7	71	77.2	1	1.1	92	100

## Gráficos N° 12

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según peso fetal en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Febrero a Junio 2017

**Gráfico 12.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según peso fetal**



En el cuadro se observa que el 64,1% de puérperas adolescentes cuyo nivel de estudios son secundaria se repercute que el peso fetal de su recién nacido es normal; mientras el 17,4% puérperas adolescentes cuyo nivel de estudio son secundaria, el peso fetal de sus recién nacidos son de bajo peso, y finalmente 1,1% puérperas adolescentes cuyo nivel de estudio es superior incompleto repercute el peso fetal de sus recién nacidos son macrosomícos. De la misma manera se aprecia el 25,0% del total de puérperas adolescentes cuyo estilo de vida de riesgo conllevaron violencia física y psicológica, repercute que el peso de sus recién nacidos es dentro de los parámetros normales, mientras el 6,5% puérperas adolescentes conlleva violencia física y psicológica; pesos de sus recién nacidos están dentro de los parámetros bajo peso al nacer.

### Cuadro N° 13

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según distocia cervical en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio; 2017

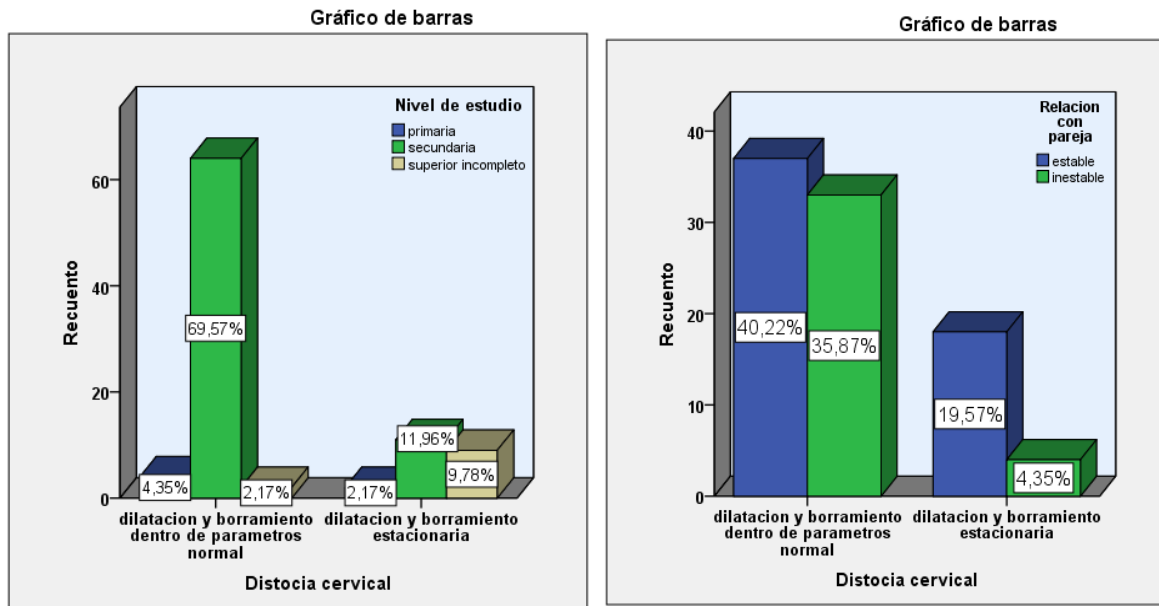
**Tabla 13.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según distocia cervical**

		Distocia cervical					
		dilatación y borramiento dentro de parametros normal		dilatación y borramiento estacionaria		Total	
		n	%	n	%	n	%
Nivel de estudio	Primaria	4	4.3	2	2.2	6	6.5
	secundaria	64	69.6	11	12	75	81.5
	superior incompleto	2	2.2	9	9.8	11	12
Relación con pareja	Estable	37	40.2	18	19.6	55	59.8
	Inestable	33	35.9	4	4.3	37	40.2
Procedencia	Rural	18	19.6	3	3.3	21	22.8
	Urbano	31	33.7	13	14.1	44	47.8
	urbano marginal	21	22.8	6	6.5	27	29.3
Estilos de vida de riesgo	tabaquismo	0	0	0	0	0	0
	Drogas	2	2.2	1	1.1	3	3.3
	alcoholismo	9	9.8	5	5.4	14	15.2
	violencia	24	26.1	5	5.4	29	31.5
	ninguno	35	38	11	12	46	50
	Total	70	76.1	22	23.9	92	100

### Graficas N° 13

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según distocia cervical en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio 2017

**Gráfico 13.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según distocia cervical**



En el cuadro se observan que el 69,6% cuyo nivel de estudio es secundario procedieron durante el primer periodo de trabajo de parto dentro de parámetro normales; mientras el 12,0% del total de puérperas adolescentes cuyo nivel de estudio es secundario repercute que durante el primer trabajo de parto procedieron dilatación y borramiento estacionario, seguidamente se aprecia el 40,2% del total de puérperas adolescentes cuyo relación con pareja estable procedieron durante el primer periodo de trabajo de parto dilatación y borramiento dentro de los parámetros normales, seguidamente el 19,6% del total de puérperas adolescentes cuyo relación con pareja estable procedieron durante el primer periodo de trabajo de parto procedieron con dilatación y borramiento estacionario.



### Cuadro N° 14

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según la dinámica uterina en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio 2017

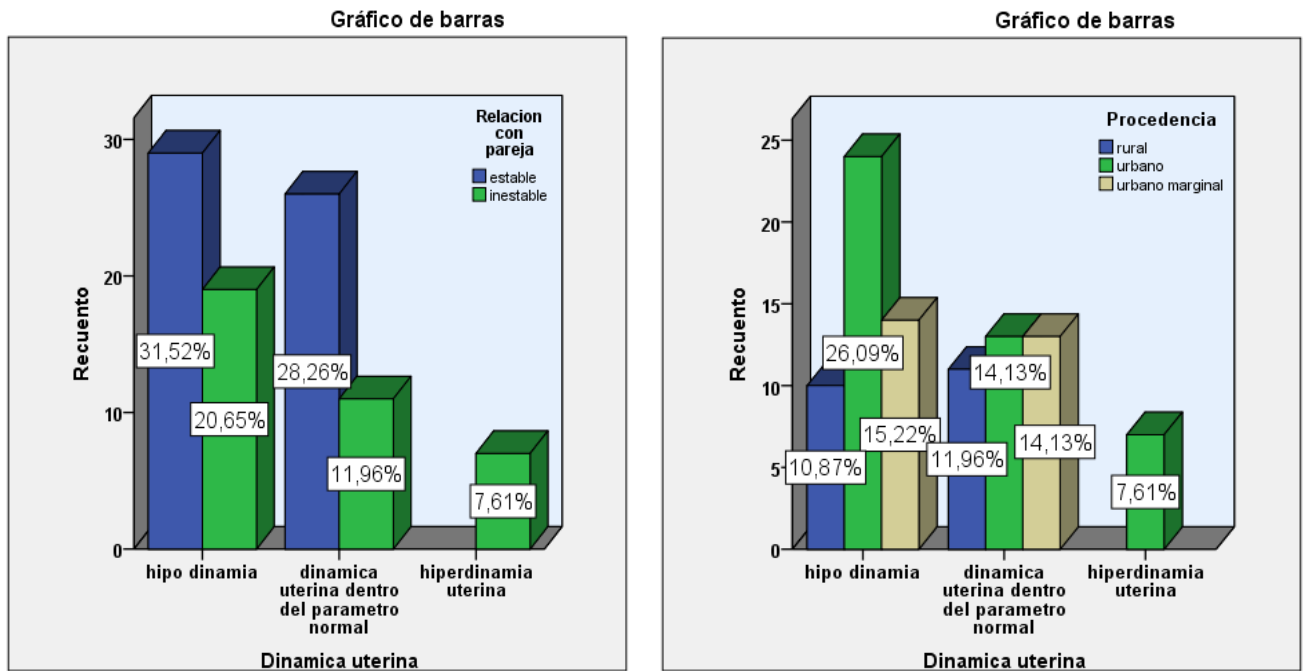
**Tabla 14.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según la dinámica uterina**

		Dinámica uterina							
		hipo dinamica		dinámica uterina dentro del parámetro normal		hiperdinamia uterina		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nivel de estudio	Primaria	4	4.3	2	2.2	0	0	6	6.5
	Secundaria	37	40.2	32	34.8	6	6.5	75	81.5
	superior incompleto	7	7.6	3	3.3	1	1.1	11	12
Relación con pareja	Estable	29	31.5	26	28.3	0	0	55	59.8
	Inestable	19	20.7	11	12	7	7.6	37	40.2
Procedencia	Rural	10	10.9	11	12	0	0	21	22.8
	Urbano	24	26.1	13	14.1	7	7.6	44	47.8
	urbano marginal	14	15.2	13	14.1	0	0	27	29.3
Estilos de vida de riesgo	Tabaquismo	0	0	0	0	0	0	0	0
	Drogas	1	1.1	1	1.1	1	1.1	3	3.3
	alcoholismo	9	9.8	4	4.3	1	1.1	14	15.2
	violencia	15	16.3	12	13	2	2.2	29	31.5
	ninguno	23	25	20	21.7	3	3.3	46	50
	Total	48	52.2	37	40.2	7	7.6	92	100

## Graficas N° 14

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según la dinámica uterina en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio 2017

**Gráfico 14.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas socioeducativas según la dinámica uterina**



En el cuadro se observa que el 31,5% del total de puérperas adolescencia cuyo relación con pareja estable procedieron durante el trabajo de parto con hipo dinamia uterina; mientras el 28,3% de puérperas adolescentes cuyo relación con pareja estable procedieron durante el trabajo de parto con dinámica uterina dentro de los parámetros normales y 7,6% de las puérperas adolescentes cuyo relación inestable procedieron durante el trabajo de parto hiperdinamia uterina, seguidamente se aprecia el 26,1% del total de puérperas adolescentes cuyo procedencia urbana procedieron durante el trabajo de parto hipo dinamia uterina; mientras el 14,1% de puérperas adolescentes cuyo procedencia urbano; procedieron durante el trabajo de parto con dinámica uterina dentro de los parámetros normales y el 7,6% de puérperas adolescentes cuyo procedencia urbana procedieron durante el trabajo de parto con hiperdinamica uterina.

### Cuadro N° 15

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según peso fetal, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio; 2017

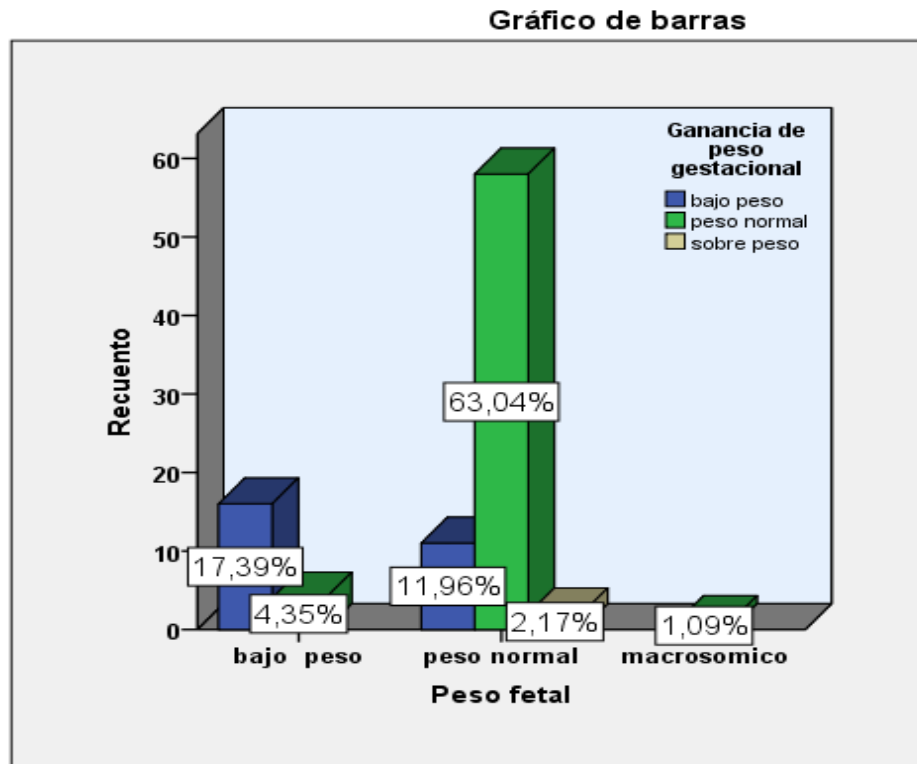
**Tabla 15.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según peso fetal**

		Peso fetal							
		bajo peso		peso normal		macrosomico		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Edad del adolescente</b>	temprana	2	2.2	3	3.3	0	0	5	5.4
	media	6	6.5	26	28.3	0	0	32	34.8
	tardía	12	13	42	45.7	1	1.1	55	59.8
<b>Ganancia de peso gestacional</b>	bajo peso	16	17.4	11	12	0	0	27	29.3
	peso normal	4	4.3	58	63	1	1.1	63	68.5
	sobre peso	0	0	2	2.2	0	0	2	2.2
	obesidad	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	20	21.7	71	77.2	1	1.1	92	100

### Gráficos N° 15

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según peso fetal, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio 2017

**Gráfico 15.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según peso fetal**



En el cuadro se observa que el 17,4% del total de puérperas adolescentes cuyo ganancia de peso gestacional bajo peso se repercute que el peso fetal de sus recién nacidos están dentro de los parámetros bajo peso al nacer; mientras que el 63,0% de puérperas adolescentes cuyo ganancia de peso gestacional es normal en peso de sus recién nacidos están dentro de los parámetros normales y el 1,1% de puérperas adolescentes cuyo ganancia de peso gestacional peso normal se repercute en el peso fetal de sus recién nacidos están dentro de los parámetros recién nacidos macrosómico.

### Cuadro N° 16

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según compatibilidad céfalo pélvicas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio 2017

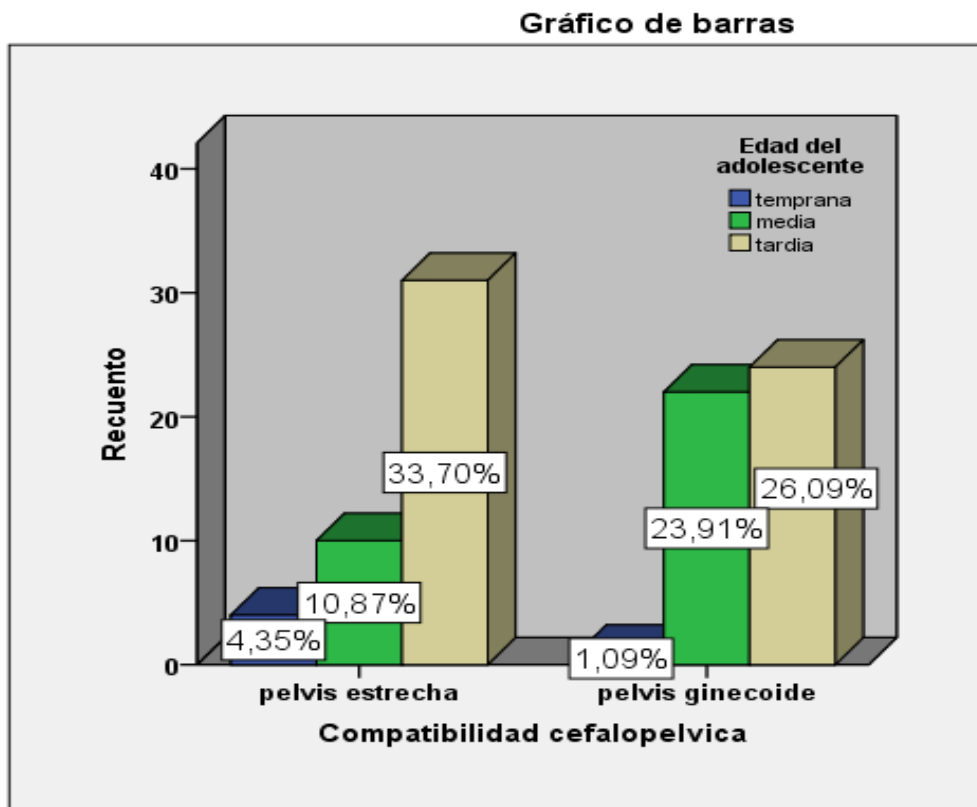
**Gráfico 16.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según compatibilidad céfalo pélvicas**

		Compatibilidad cefalopelvica					
		pelvis estrecha		pelvis ginecoide		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Edad del adolescente</b>	temprana	4	4.3	1	1.1	5	5.4
	media	10	10.9	22	23.9	32	34.8
	tardía	31	33.7	24	26.1	55	59.8
<b>Ganancia de peso gestacional</b>	bajo peso	17	18.5	10	10.9	27	29.3
	peso normal	27	29.3	36	39.1	63	68.5
	sobre peso	1	1.1	1	1.1	2	2.2
	obesidad	0	0	0	0	0	0
	Total	45	48.9	47	51.1	92	100

### Gráficos N° 16

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según compatibilidad céfalo pélvicas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio 2017

**Gráfico 17.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas reproductivas según compatibilidad céfalo pélvicas**



En el cuadro se observa que el 33,7% del total de puérperas adolescentes cuya edad es tardía se diagnostica estrechez pélvica; mientras el 26,1% de puérperas adolescentes cuya edad es tardía se diagnostica pelvis ginecoide.

### Cuadro N° 17

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas patológicas según peso fetal, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio 2017

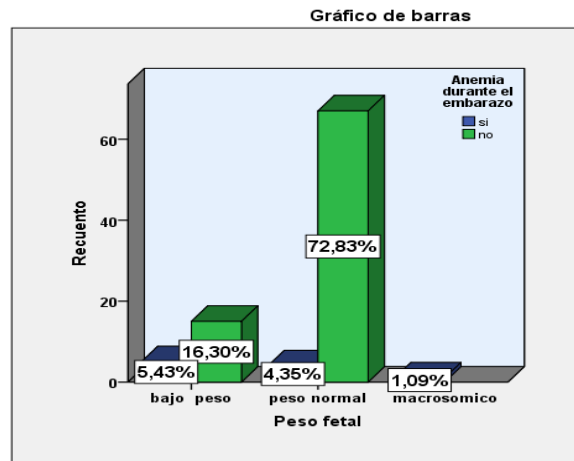
**Tabla 16.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas patológicas según peso fetal**

		Peso fetal							
		bajo peso		peso normal		macrosomico		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Anemia durante el embarazo</b>	si	5	5.4	4	4.3	1	1.1	10	10.9
	no	15	16.3	67	72.8	0	0.0	82	89.1
	Total	20	21.7	71	77.2	1	1.1	92	100.0

### Grafico N° 17

Puérperas adolescentes por características epidemiológicas patológicas según peso fetal, en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega; Febrero a Junio 2017

**Gráfico 18.- Puérperas adolescentes por características epidemiológicas patológicas según peso fetal**



En el cuadro se observa el 72,8% del total de puérperas adolescentes que no presentaron anemia durante el embarazo repercute el peso fetal de sus recién nacidos oscilan dentro de los parámetro peso normal; mientras el 5,4% de puérperas adolescentes que presentaron anemia durante el embarazo repercute en el peso fetal de sus recién nacidos presentan bajo peso al nacer y el 1.1% de puérperas adolescente que durante el embarazo si presentaron anemia repercute el en peso feto de recién

## Contrastación de hipótesis

### Hipótesis nula (h0)

No existe relación entre las características epidemiológicas del embarazo adolescentes con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

### Hipótesis alterna (H1/HA):

Existe relación entre las características epidemiológicas del embarazo adolescentes con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

			trastornos por prolongación y detención del parto			
			Peso fetal	Compatibilidad cefalopelvica	Distocia cervical	Dinámica uterina
características epidemiológicas del embarazo adolescente	Nivel de estudio	Chi-cuadrado	19,517	1,562	24,088	1,779
		gl	4	2	2	4
		Sig.	,001	,458	,000	,776
	Relación con pareja	Chi-cuadrado	5,330	,002	5,839	12,106
		gl	2	1	1	2
		Sig.	,070	,967	,016	,002
	Procedencia	Chi-cuadrado	2,882	1,294	1,879	10,209
		gl	4	2	2	4
		Sig.	,578	,524	,391	,037
	Estilos de vida de riesgo	Chi-cuadrado	16,717	,958	1,927	3,983
		gl	6	3	3	6
		Sig.	,010	,811	,588	,679
	Edad del adolescente	Chi-cuadrado	1,836	7,151	,487	3,885
		gl	4	2	2	4
		Sig.	,766	,028	,784	,422
	Ganancia de peso gestacional	Chi-cuadrado	31,832	3,058	1,256	1,238
		gl	4	2	2	4
		Sig.	,000	,217	,534	,872
	Anemia durante el embarazo	Chi-cuadrado	14,331	1,996	,094	2,583
		gl	2	1	1	2
		Sig.	,001	,158	,759	,275

Se identifica la relación significativa que existe entre características epidemiológicas de embarazo adolescente y los trastornos por prolongación y detención de parto



donde se observa en el cuadro que los valores de “sig” es menor del nivel de significancia de 0,05 por entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación entre características epidemiológicas de embarazo adolescente, nivel de estudio; estilo de vida de riesgo; ganancia de peso gestacional; anemia durante el embarazo con peso fetal de los trastornos por prolongación y detención de parto, de la misma manera se aprecia relación con característica epidemiológica de embarazo en adolescente, edad del adolescente con compatibilidad céfalo pélvica de trastornos por prolongación y detención de parto; donde se observa de la misma manera la relación que existe entre la características epidemiológicas de embarazo adolescente, el nivel de estudio y relación con pareja con distocia cervical de trastornos por prolongación y detención de parto; finalizando se aprecia la relación significativa que existe entre características epidemiológicas de embarazo adolescente , relación con pareja y procedencia con dinámica uterina de trastornos por prolongación y detención de parto fetal en pacientes atendidas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega , mayo – julio; 2017.

### **Hipótesis nula (h0)**

No existe relación entre las características socioeducativas del embarazo adolescentes con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

### **Hipótesis alterna (H1/HA):**

Existe relación entre las características socioeducativas del embarazo adolescentes con los trastornos por prolongación o detención del parto en

pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

			trastornos por prolongación y detención del parto			
			Peso fetal	Compatibilidad cefalopelvica	Distocia cervical	Dinámica uterina
características epidemiológicas socioeducativas del embarazo adolescente	Nivel de estudio	Chi-cuadrado	19,517	1,562	24,088	1,779
		gl	4	2	2	4
		Sig.	,001	,458	,000	,776
	Relación con pareja	Chi-cuadrado	5,330	,002	5,839	12,106
		gl	2	1	1	2
		Sig.	,070	,967	,016	,002
	Procedencia	Chi-cuadrado	2,882	1,294	1,879	10,209
		gl	4	2	2	4
		Sig.	,578	,524	,391	,037
	Estilos de vida de riesgo	Chi-cuadrado	16,717	,958	1,927	3,983
		gl	6	3	3	6
		Sig.	,010	,811	,588	,679

En el cuadro se observa que los valores de “sig” es 0.01; 0.01; 0.00; 0.01; 0.00; 0.3 todo ellos menores de nivel de significancia de 0,05 de las características epidemiológicas socioeducativas del embarazo adolescente; entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación con trastornos por prolongación y detención de parto, de la misma manera se aprecia los valores de “sig” mayores del nivel de significancia de 0,05 de las características epidemiológicas socioeducativas del embarazo adolescente, entonces no se rechaza la hipótesis (Ho); por lo tanto no podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación con trastornos por prolongación y detención de parto, concluyendo la relación de significancia entre las características epidemiológicas socioeducativas y los trastornos por prolongación y detención de parto; nivel de estudio tiene relación significativa con peso fetal y distocia cervical, la

relación con pareja tiene relación significativa con distocia cervical y dinámica uterina, la procedencia tiene relación significativa con dinámica uterina y finalizando los estilos de vida de riesgo tiene relación significativa con peso fetal de recién nacidos en pacientes atendidas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega , mayo – julio; 2017

**Hipótesis nula (Ho)**

No existe relación entre las características reproductivas del embarazo adolescentes con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

**Hipótesis alterna (H1/HA):**

Existe relación entre las características reproductivas del embarazo adolescentes con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

			trastornos por prolongación y detención de parto			
			Peso fetal	Compatibilidad cefalopelvica	Distocia cervical	Dinámica uterina
características epidemiológicas reproductivas del embarazo adolescente	Edad del adolescente	Chi-cuadrado	1,836	7,151	,487	3,885
		gl	4	2	2	4
		Sig.	,766	<b>,028</b>	,784	,422
	Ganancia de peso gestacional	Chi-cuadrado	31,832	3,058	1,256	1,238
		gl	4	2	2	4
		Sig.	<b>,000</b>	,217	,534	,872

En el cuadro se observa que los valores de “sig” es 0,00; 0,02 todo ellos menores de nivel de significancia de 0,05 de las características epidemiológicas reproductivas del embarazo adolescente; entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación significativa con trastornos

por prolongación y detención de parto, de la misma manera en el cuadro se aprecia los valores de “sig” mayores del nivel de significancia de 0,05 de las características epidemiológicas reproductiva del embarazo adolescente, entonces no se rechaza la hipótesis (Ho); por lo tanto no podemos afirmar con el nivel de 95% que no existe relación significativa. Concluyendo la relación significativa entre las características epidemiológicas reproductivas y trastornos por prolongación y detención de parto; la edad del adolescente, tiene relación significativa con compatibilidad céfalo pélvica, la ganancia de peso gestacional tiene relación tiene relación significativa con peso fetal de recién nacidos en pacientes atendidas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, mayo – julio; 2017.

#### **Hipótesis nula (h0)**

No existe relación entre las características patológicas del embarazo adolescentes con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

#### **Hipótesis alterna (H1/HA):**

Existe relación entre las características patológicas del embarazo adolescentes con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

			trastornos por prolongación y detención de parto			
			Peso fetal	Compatibilidad cefalopelvica	Distocia cervical	Dinámica uterina
Características Epidemiológicas patológicas del embarazo adolescente	Anemia durante el embarazo	Chi-cuadrado	14,331	1,996	,094	2,583
		gl	2	1	1	2
		Sig.	,001	,158	,759	,275

En el cuadro se observa que el valor de “sig” es 0,01 menor de nivel de significancia de 0,05 de la características epidemiológicas patológica la anemia durante el embarazo en adolescente con trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto; entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho); por lo tanto podemos afirmar con el nivel de 95% que existe relación significativa con peso fetal de recién nacidos, de la misma manera se aprecia los valores de “sig” mayores del nivel de significancia de 0,05 de características epidemiológicas patológica la anemia durante el embarazo de adolescentes, entonces no se rechaza la hipótesis (Ho); por lo tanto no podemos afirmar con el nivel de 95% que no existe relación significativa con trastornos por prolongación y detención de parto; en pacientes atendidas del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega , mayo – julio; 2017.

## 4.2 Discusiones De Los Resultados

La investigación que se ha llegado a cabo tuvo como propósito Determinar la relación que existe entre las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

En esta investigación se ha considerado como variable de estudio, características epidemiológicas de embarazo adolescente y trastornos por prolongación y detención de parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

Los antecedentes son de estudio previo relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente con las cuales podemos comparar nuestro hallazgo sin embargo, en nuestro caso no contamos con estudio de igual diseño y temático solo disponemos de un estudio que nos sirve de referencia para optimizar el diseño.

Robado Villafuerte, Washington M. (2014). Estudio las “complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes, concluyo la alta prevalencia de embarazo en adolescentes, han llevado a elevar la incidencia de complicaciones obstétricas durante el parto en las mismas, poniendo en riesgo tanto la vida materna, como fetal.

El 78% correspondió a adolescencia en etapa tardía. Sin embargo se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. En cuanto al estado civil el 49,4% de las mismas se mantenían en unión libre, un alto porcentaje 30,6% eran madres solteras y tan solo un 20% estaba legalmente casadas.

En cuanto a las características epidemiológicas (ver gráfica 5) En el cuadro se observa del 92 púerperas adolescentes, el 59.8% son de la edad tardía entre 17 a

19 años, seguidamente el 34.8% son de edad media entre 14 a 16 años, finalmente el 5.4% de la edad temprana entre los 10 a 13 años. El cual concuerda con el estudio realizado según Robado Villafuerte, Washington.

En cuanto a las características epidemiológicas según la relación con pareja (ver cuadro 2); en el cuadro se observan del 92 puérperas adolescentes, el 59.8% tienen relación estable, y el 40.2% tienen relación inestable con su pareja; la mayoría de la adolescentes eran solteras o unidas lo que concuerda con el porcentaje de solteras y unidas según el estudio realizado Gilda Elcira Ramírez de Guatemala en el año 2008 por razones de edad las adolescentes eran mayoritario no casados asociados también al hecho de que por la edad corta, en algunos casos, el padre biológico no se responsabiliza de la madre y el hijo, y estas generalmente se quedan solas. Diana Ivette Pérez baten (2015) reporta datos obtenidos donde se encontró El estado civil de embarazadas estudiadas se evidencio que el 54.77% se encuentra unida y un 24.03% casada con una mínima diferencia las pacientes se encontraban solteras.

En cuanto a las características epidemiológicas nivel de estudio (ver cuadro N° 1) se observan del 92 puérperas adolescentes, el 81.5% tienen un nivel de instrucción secundaria, seguido que el 11.9% tienen el nivel de instrucción superior incompleto y el 6.5% tienen el nivel de instrucción primaria, el predominio de la escolaridad secundaria es explicado porque el mayor número de adolescentes embarazadas corresponde con la adolescencia tardía, estos datos son similares a otros estudios publicados por Diana Ivette Pérez Baten (2015), donde se presenta los resultados sobre el nivel de escolaridad de las adolescentes observando el 60.42% cursaba la secundaria, 33.92% primaria y 0.71% diversificado, así mismo se presenta un 4.95% de pacientes analfabetas. El hecho de que la mayor parte de las adolescentes

embarazadas incluidas en el presente estudio solamente cursaron algún grado de primaria y secundaria, podría ser resultado de muchas situaciones, entre ellas; la cultura hereditaria de desinterés por priorizar un proyecto de vida o evitar una maternidad prematura.

En el cuadro N° 3, se observa el 47.8% proceden zona urbano, seguido 29.3% proceden de zona urbano marginal y finalmente 22.8% proceden de zona rural que concuerdan con la el estudios por Diana Ivette Pérez Baten (2015) se observa que el mayor porcentaje (89.05%) de las adolescentes proceden del área urbana y el resto del área rural. Se puede identificar la mayor población de mujeres adolescentes es de zona urbana está incluida la población capitalina donde la densidad poblacional es mayor.

En cuanto a los trastornos por prolongación y detención de parto del peso fetal de recién nacidos, (ver cuadro 8) En el cuadro se observa 92 pesos de recién nacidos de puérperas adolescentes registrados en las historias clínicas, el 77.1% presentan peso normal al nacer, seguidamente el 21.7% presentan bajo peso al nacer, finalmente el 1.1% presentan mayor de 400g de peso (macrosómico), el estudio realizado sobre embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales demostró 73.33% con peso normal, el 18.60% presento bajo peso y 8.07% macrosomía, según Ivette Pérez Baten (2015)

En el cuadro N° 9 se observa de 92 pacientes puérperas adolescentes, el 51.1% registra el diagnostico de pelvis ginecoide, y el 48,9% son diagnosticados pelvis estrecha. Según el estudio realizado en Guatemala, agosto 2008 por Gilda Elcira Ramírez Valiente, Cinthia Guissela Juárez Salazar, En el periodo perinatal las complicaciones presentadas con mayor frecuencia por las adolescentes



embarazadas en los tres Hospitales fue: desproporción cefalopélvica en 31% y trabajo de parto prolongado 21%, lo que coincide con lo reportado en un estudio realizado en Argentina en el 2007 sobre las complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes, donde se cita la desproporción cefalopélvica, el parto prematuro y el parto obstruido entre otras, como principales complicaciones en este período. Estas son frecuentes en madres adolescentes a consecuencia de la inmadurez física y falta de desarrollo óseo, es decir, que las adolescentes inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propio de la madurez apta para un parto. Lo anterior lleva a la resolución del embarazo por cesárea, lo que conlleva una mayor tasa de ésta, lo que implica mayor riesgo para la adolescente ya que es sometida a un procedimiento quirúrgico que repercutirá en sus embarazos posteriores.

Miguel Á. Rodríguez Valencia estudio las complicaciones del embarazo del adolescentes primigesta en el Hospital de la mujer Aguascalinetes. Donde encontró como resultados entre las edades de las pacientes comprendió un rango mínimo de los 14 años y máximo de 19 años; El estado civil más frecuente fue la unión libre con un 52.9 %, la mayoría (37.5%) tuvo como grado máximo la educación secundaria completa. En el estudio que realizamos el 81,52%, tienen el nivel secundaria lo que concuerda con el autor.

Resultados encontrado por Miguel Á. rodríguez valencia, El 76.9% tuvo un parto vaginal como vía de resolución del embarazo, la principal complicación presentada fue la resolución del embarazo por operación cesárea con un 25%, la principal indicación para realización de operación cesárea fue el periodo expulsivo prolongado con 7.7%. la mayoría de expulsión prolongado según los autores indican su origen por hipomanía uterina y compatibilidad cefalopelvica, en nuestros estudio

encontramos mayor elevación de hipo dinamia uterina del 92 puérperas adolescentes estudiadas el 52,17% presentaron hipo dinamia uterina en cuanto a la compatibilidad cefalopelvica el 48,91% tenían el diagnostico pelvis estrecha.

Resultados encontrado por Diana Ivette Pérez baten observa la edad gestacional por Capurro al momento del parto el 18.60% presento bajo peso al nacer relacionado a nuestra investigacion encontramos del total de 92 recien nacidos el 29,35% tienden a tener bajo peso al nacer.

## CONCLUSIONES

En esta tesis se evaluó el propósito de estudio, determinar la relación que existe entre las características epidemiológicas de embarazo adolescente y los trastornos por prolongación y detención de parto, se demuestra que existe relación significativa entre la variable características epidemiológicas de embarazo adolescente con el variable de trastornos por prolongación y detención de parto.

En relación al primer objetivo específico se aprecia en el cuadro de contrastación de hipótesis, la relación significativa de las características epidemiológicas socioeducativas con la variable trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.

- el Nivel de estudio de las características epidemiológicas socioeducativas tiene relación significativa con peso fetal de recién nacidos y distocia cervical de trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.
- La Relación con la pareja de las características epidemiológicas socioeducativas tiene relación significativa con la distocia cervical y dinámica uterina de trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.
- La procedencia de las características epidemiológicas socioeducativas tiene relación significativa con la dinámica uterina de trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.
- Los estilos de vida de riesgo de las características epidemiológicas socioeducativas tiene relación significativa con peso fetal de recién nacidos de trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.

En relación al segundo objetivo específico se apreciar en el cuadro de contrastación de hipótesis, la relación significativa de las características epidemiológicas

reproductivas con la variable trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.

- La edad del adolescente de las características epidemiológicas reproductivas tiene relación significativa con la compatibilidad cefalopelvica de trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.
- La Ganancia de peso gestacional de las características epidemiológicas reproductivas tiene relación significativa con peso fetal de recién nacidos de trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.

En relación al tercer objetivo específico se apreciar en el cuadro de contrastación de hipótesis, la relación significativa de las características epidemiológicas patológica con la variable trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto

- La anemia durante el embarazo de las características epidemiológicas reproductivas tiene relación significativa con peso fetal de recién nacidos de trastornos por prolongación y detención de trabajo de parto.

## **RECOMENDACIONES**

### **A la Dirección Regional de Salud Apurímac:**

- Potenciar la actividad preventiva promocional enfatizando las medidas preventivas para evitar el embarazo precoz logrando de esta manera disminuir las complicaciones maternas en la población adolescente.
- Potenciar la Estrategia de Salud del adolescente y salud sexual y reproductiva para controlar el embarazo precoz evitando las complicaciones.
- Implementar campañas masivas de prevención del embarazo precoz para, reducir las complicaciones maternas y por ende la morbilidad materna neonatal.
- Fortalecer la salud sexual y reproductiva, promoviendo los programas de planificación familiar, en las adolescentes de la ciudad de Abancay.
- Establecer estrategias que busca disminuir las muertes maternas perinatales y mejorar los indicadores en la región que continúa siendo alta.
- Promover el acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva adecuados a las necesidades de las y los adolescentes y jóvenes.

### **Al Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega:**

- Se recomienda al personal de salud quienes trabajan en el Hospital poner en práctica las guías clínicas de la adolescencia.

### **A la Universidad Peruana Alas Peruanas y específicamente a la Carrera Profesional de obstetricia:**

- Incentivar a los alumnos de pre grado a seguir realizando estudios de investigación relacionados al tema, utilizando diferentes diseños y otro tipo de poblaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Robayo Villafuerte WM. Complicaciones Obstétricas durante el parto en Adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el periodo marzo - junio 2013. tesis para optar por el Título medico. Ambato – Ecuador: Univercidad tecnica de Ambato, ciencias de la salud; 2014.
2. Baten DIP. Características Clínicas - Epidemiológicas del embarazo en adolescentes. tesis. Guatemala: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; 2015.
3. Bach. Enf. PASQUEL SILVA Sonia , TENAZOA USHIÑAHUA Katia. Embarazo precoz y complicaciones maternas en gestante adolescentes atendidas en el Hospital regional de loreto punchana. ( tesis de post grado). Loreto: Univercidad Peruana del Oriente; 2014.
4. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción. [Online].
5. Mortalidad materna se redujo 10% entre 2010 y 2014. Ministerio de Salud Peru. 2015 9 de mayo;(http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16498): p. p;1.
6. León J. Mortalidad materna en adolescentes aumenta por casos de suicidio y aborto. 2013 junio: p. p;1.
7. INEI. Apurímac: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. In ; 2013; apurimac: INEI.
8. Perez Baten DB. Características Clínicas - Epidemiología del embarazo en adolescentes. Guatemala;; 2015.
9. Robayo Villafuerte WM. Complicaciones Obstétricas durante el parto en Adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el periodo marzo - junio 2013. tesis para optar por el Título medico. Ambato – Ecuador: Univercidad tecnica de Ambato, ciencias de la salud; 2014.
- 10 Rodriguez Valencia MA. Complicaciones del Embarazo en Adolescentes primigesta en el Hospital de la mujer Aguascalientes. Mexico;; 2015.
- 11 Ramírez Valiente GE, Juárez Salazar CG, Pérez Estrada JS. Embarazo en adolescentes complicaciones obstetricas, prenatales y perinatales. tesis graduado. Guatemala : univercidad de san carlos de Guatemala, facultad de ciencias Medicas ; 2008.
- 12 Esteves Bermejo SN. complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes Hospital Sergio E. Bernal - Collique, octubre- diciembre 2014. ISSN 1816-7713. 2014 Octubre - Diciembre.
- 13 Coronado SJV. Determinar que el trabajo de parto disfuncional es un factor de riesgo para atonía uterina y/o hemorragia postparto en puérperas del HNHU periodo Enero- Noviembre 2015. Tesis para optar el titulo profesional. lima:

Univercidad Ricardo Palma , Ciencias de la salud; 2016.

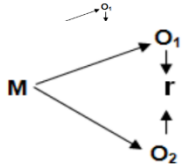
- 14 Gonzles JP. casuísticas de complicaciones en el parto que terminaron en cesárea en el Hospital Regional Hermilio Valdizán –Huánuco, durante el año 2015? Título profesional. Huanuco: Univercidad de Huanuco , Escuela profesional de Obstetricia; 2015.
- 15 Sanchez LVC. complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014. tesis Para optar el Título profesional. Lima : Univercidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina ; 2015.
- 16 perfil epidemiologico de las adolescentes embarazadas atentidas en el hopsital amazonas. peru - amazonas ;; 2015.
- 17 pareja lccdlrd. Fernando Maureira. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2011 Marzo; Vol. 14 (No 1 ).
- 18 2010. Available from:  
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/boletin de desarrollo humano no 12 estilo de vida.pdf.
- 19 Escudero Cano NP, Hincapie Escudero NA. Factores personales, familiares y sociales que inciden en los Embarazos de adolescentes que acuden a la secretaria de salud del municipio de bello durante el segundo semestre. ( tesis ). Colombia ;; 2009.
- 20 panchi v. Nutricion y Embarazo. Ecuador: Escuela de nutrciones; 2010.
- 21 Minjarez-Corra eaM, Rincón I. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. Perinatología y Reproducción Humana. 2013 12 de diciembre ; Volumen 28(Número 3 pp 159-166).
- 22 Rosas-Montalvo M1 OZMMR. Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en una clínica de primer nivel. Revista de Hematología. 2016 abril;(17(2)).
- 23 Fuentes MN. Fase activa del parto: conducta y manejo. Granada: Hospital Universitario, Servicio de Obstetricia y Ginecología; 2010.
- 24 Sáez TBG. Distocias Dinamicas: Conducta. Granada: Hospital Universitario, Servicio de Obstetricia y Ginecología; 2008.
- 25 Moldenhauer JS. Trabajo de parto prolongado. In Ginecología y obstetricia Manual MSD versión para profesionales; EE. UU. y Canadá.
- 26 Vallecillo M.f G.-Niz U. JAD. Parto Distócico por desproporcion feto - pelvica.



- . REV. MED. HONDUR. ; VOL. 43.
- 27 aguilera s, amaya t. recién nacido. titulación. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Escuela de Enfermería; 2012.
- 28 oje manuel ep,c. Emergencia, Atención Especializada y. In MAD-Eduforma, editor. Manual Para El Diplomado en Enfermería (ats/du). Temario de Oposiciones. Módulo III ed. España: editorial MAD, S.L; 2003. p. 72.
- 29 RAMÍREZ PJV. [Online]; 2008. Available from: [http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-31%20\(2008\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-31%20(2008).pdf).
- 30 Jacqueline JSea. In Matronas del servicio Gallego de Salud (SERGAS). España: editorial. MAD. S.L; 2017. p. 107.
- 31 Lopez CE. In MAD-Eduforma, editor. Matronas Servicio Gallego de Salud. la Universidad de Michigan: Ministerio de Cultura, Departamento; 1955. p. 422.
- 32 Roura LC. In Médica E, editor. Obstetricia y medicina materno-fetal. Panamericana; 2007. p. 126.
- 33 Coronado SJ. trabajo de parto disfuncional es un factor de riesgo para atonía uterina y/o hemorragia postparto en puérperas del HNHU periodo Enero- Noviembre 2015. tesis para optar título doctorado. Lima - Peru: Universidad Ricardo Palma, Facultad de medicina Humana; 2016.
- 34 Salud BEd. Salud de la etapa de vida de la adolescente. peru:: 2012.
- .

## **ANEXOS**

**Matriz de consistencia:** Características epidemiológicas del embarazo adolescente y trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	OPERACIONALIZACIÓN				MÉTODO
			Variabl e	Dimensión	Indicador	Valor final	
¿Qué relación existe entre las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?	Determinar la relación que existe entre las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.	Las características epidemiológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017, se relacionan de forma significativa	características epidemiológicas del embarazo adolescente	Socioeducativas	Nivel de estudio Relación con pareja Procedencia Estilos de vida de riesgo	primario secundaria Superior incompleto  Estable Inestable  Rural Urbano  Tabaquismo Drogas Alcoholismo Violencia Ninguno	<p><u>Tipo:</u> Básica, observacional, prospectiva, transversal, analítica.</p> <p><u>Nivel:</u> Correlacional</p> <p><u>Diseño:</u> Transaccional correlacional Se recolectan datos y se describe relación.</p>  <p>Población: 120 Muestra: 92</p>
				Reproductiva	edad del adolescente  Ganancia de peso gestacional	Temprana Media Tardía  Bajo peso Normal Sobre peso Obesidad	
				Patológicas	Anemia durante el embarazo	Si No	

PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPÓTESIS ESPECIFICO	trastornos por prolongación y detención del parto			
¿Qué relación existe entre las características socioeducativas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?	Identificar la relación que existe entre las características socioeducativas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.	Las características socioeducativas del embarazo adolescente tienen relación significativa con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.	Distocia fetal	Peso fetal	Bajo peso Peso normal macrosomico	<p>Técnica: Encuesta, observacional.</p> <p>Instrumento: Cuestionario, Ficha de recolección de datos</p> <p>Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio sistemático.</p> <p>Método de análisis de datos: Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de significancia de 0.05.</p>
¿Qué relación existe entre las características reproductivas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?	Identificar la relación que existe entre las características reproductivas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017	Las características reproductivas del embarazo adolescente tienen relación significativa con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.	Distocia pélvica	Compatibilidad cefalopelvica	Pelvis estrecha Pelvis ginecoide	
¿Qué relación existe entre las características patológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?	Identificar la relación que existe entre las características patológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.	Las características patológicas del embarazo adolescente tienen relación significativa con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.	Distocia de partes blandas	Distocia cervical	Dilatación y borramiento dentro del parámetro normal Dilatación y borramiento estacionaria	
¿Qué relación existe entre las características patológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017?	Identificar la relación que existe entre las características patológicas del embarazo adolescente y los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.	Las características patológicas del embarazo adolescente tienen relación significativa con los trastornos por prolongación o detención del parto en pacientes atendidas el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, febrero – junio; 2017.	Distocia dinámica	Dinámica uterina	Hipo dinamia Dinámica uterina dentro del parámetro normal Hiperdinamia uterina	

## Validez y confiabilidad del instrumento



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**SEÑOR(A) OBSTETRA:**.....

Sírvase realizar la validación del instrumento para la recolección de datos de mi tesis denominada: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE Y TRASTORNOS POR PROLONGACIÓN O DETENCIÓN DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.**

### VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.		
3. La estructura del instrumentos es adecuado.		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalizacion de la variable.		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.		





UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**CUESTIONARIO**

NRO DE FICHA: \_\_\_\_\_ No H.C: \_\_\_\_\_

ABANCAY, 2017

**Estimado Señora:**

Previo saludo, deseo invitarle a responder el presente cuestionario. Sus respuestas, confidenciales y anónimas, tienen por objeto recoger su importante opinión sobre: **Características epidemiológicas del embarazo adolescente y trastornos por prolongación o detención del parto.**

**Sra,** agradezco su tiempo y colaboración.

**I) características epidemiológicas del embarazo adolescente**

- 1) ¿Hasta qué grado estudiaste?  
 Primaria  
 Secundaria  
 Superior incompleto
- 2) ¿Qué relación tienes con tu pareja?  
 Estable  
 Inestable
- 3) ¿procedencia?  
 Rural  
 Urbano  
 Urbano marginal
- 4) ¿USD, durante su vida consumió?  
 Tabaquismo  
 Drogas  
 Alcoholismo  
 Violencia  
 Ninguna
- 5) ¿A los cuantos años te embarazaste?  
 Temprana (10-13 años)  
 Media (14-16años)  
 Tardía (17-19 años)



# Base de datos Excel.

nomina - exics Nitro Pro 9

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 10 Fuente Alineación Número

AJ21

VARIABLES		CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE												TRANSORNOS POR PROLONGACION Y DETENCION DEL PARTO																	
DIMENSIONES		SOCIO EDUCATIVA				REPRODUCTIVA				PATOLÓGICAS				DISTOCIA FETAL		DISTOCIA PÉLVICA		DISTOCIA DE PARTES BLANDAS		DISTOCIA DINÁMICA											
Nº	ICEL	Nivel de estudio		Relacion con		Procedencia		Estilos de vida de riesgo		Edad del adolescente		Ganancia de peso		Anemia durante el embarazo		Peso fetal		compatibilidad cefalo pélvica		distocia cervical		dinamica uterina									
		primaria	secundaria	superior	estable	inestable	rural	urbano	católico marginal	tabaquismo	drogas	alcoholismo	violencia	lingüico	temprana	media	tardía	bajo peso	peso normal	sobrepeso	obesidad	si	no	bajo peso	peso normal	macroscopico	pélvis estrecha	pélvis ginecoide	dilatación y borramiento dentro de parametros normales	dilatación y borramiento obstetrico	hipo dinamia
1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	3
1	139274	2	1	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
2	274817	2	2	2	1	2	1	2	4	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	274864	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	274956	2	1	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	263083	2	1	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	274643	2	1	1	1	1	1	1	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	198343	2	1	2	2	2	2	2	3	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	176886	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	211428	2	1	1	1	1	1	1	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	275102	3	1	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	274564	2	1	1	1	1	1	1	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	226399	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Base de Datos 1 Base de Datos 2 Hoja2 hoja 3

nomina - exics Nitro Pro 9

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

Calibri 10 Fuente Alineación Número

AJ21

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI
68	277554	3	1	1	2	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
69	277536	2	1	1	1	1	1	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
70	276883	1	2	3	4	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
71	276920	2	2	1	1	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
72	276892	2	1	3	4	3	1	4	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
73	276563	2	2	2	3	5	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
74	139656	3	1	2	2	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
75	258482	2	1	1	1	4	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
76	163820	2	2	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
77	277311	2	2	1	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
78	277631	2	2	3	4	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
79	277611	3	2	2	2	2	3	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
80	277536	2	1	1	1	5	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
81	271403	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
82	277631	2	2	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
83	277708	2	2	2	2	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
84	267982	2	1	3	4	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
85	271786	2	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
86	276914	2	2	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
87	107040	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
88	268042	2	1	2	1	5	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
89	230834	2	1	1	1	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
90	278025	2	1	1	1	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
91	278031	2	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
92	277746	1	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

Base de Datos 1 Base de Datos 2 Hoja2 hoja 3



# Base de datos SPSS 23

This screenshot shows the 'Vista de variables' (Variable View) in SPSS. It lists 10 variables (p1 to p10) with their respective properties:

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	p1	Numérico	8	2	Nivel de estudio	(1,00, prima...	Ninguno	19	Derecha	Ordinal	Entrada
2	p4	Numérico	8	2	Estilos de vida ...	(1,00, tabaq...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	p6	Numérico	8	2	Ganancia de pe...	(1,00, bajo ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	p7	Numérico	8	2	Anemia durante...	(1,00, sí)...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	p2	Numérico	8	2	Relacion con p...	(1,00, estab...	Ninguno	11	Derecha	Nominal	Entrada
6	p3	Numérico	8	2	Procedencia	(1,00, rural)...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
7	p11	Numérico	8	2	Dinamica uterina	(1,00, hipo ...	Ninguno	29	Derecha	Ordinal	Entrada
8	p9	Numérico	8	2	Compatibilidad ...	(1,00, pelvis...	Ninguno	15	Derecha	Nominal	Entrada
9	p8	Numérico	8	2	Peso fetal	(1,00, bajo ...	Ninguno	10	Derecha	Ordinal	Entrada
10	p5	Numérico	8	2	Edad del adole...	(1,00, tempr...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
11	p10	Numérico	8	2	Disticia cervical	(1,00, dilata...	Ninguno	36	Derecha	Nominal	Entrada

This screenshot shows the 'Vista de datos' (Data View) in SPSS, displaying the data for the 10 variables across 23 cases. The variables are ordered as p1, p4, p6, p7, p2, p3, p11, p9, p8, p5, p10.

	p1	p4	p6	p7	p2	p3	p11	p9	p8	p5	p10
1	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
2	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3	2,00	5,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00
4	2,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00
6	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00
7	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00
8	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00
9	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00
10	2,00	4,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00
11	2,00	5,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00
12	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00
13	2,00	4,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
14	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
15	2,00	5,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00
16	2,00	5,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00
17	2,00	5,00	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00
18	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00
19	2,00	4,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
20	1,00	4,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
21	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
22	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00
23	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00

Foto de la institución

Ho





FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA  
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Escuela Profesional	OBSTETRICIA
Nº Regional	1528
Fecha	05
Fecha	08/02/2017
Firma	

### CARTA DE PRESENTACION

DR. JORGE PONCE JUAREZ

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

ASUNTO: PRESENTACION DE TESIS PARA SER EJECUTADO POR LA UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS FILIAL - ABANCAY

Abancay, 6 de febrero de 2017

Previa un cordial saludo a la vez presentar a la Sta. Violeta Cruz Villafuerte, bachiller de la escuela profesional de obstetricia de la universidad alas peruanas filial Abancay, identificado con DNI: 47604092, código de estudiante N° 2010120257, quien cumple con los requisitos establecidos en el reglamento de grado y títulos de la facultad de MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD de nuestra universidad por ello recurrimos a su signo despacho para solicitarle se permita realizar la ejecución de su tesis aprobada "CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL EMBARAZO DE ADOLESCENTE Y TRASTORNOS PR PROLONGACION Y DETENCION DE PARTO PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, FEBRERO - JUNIO; 2017" ( aplicación de encuestas en el servicio de parto y puerperio), con una duración de 4 meses, estando a la espera de su aceptación del departamento que Ud. dignamente dirige.

Agradezco su atención las que servirá de complementación en la formación profesional de nuestra estudiante.

ATENTAMENTE