

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN
GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL VITARTE EN EL AÑO 2015”**

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

HILMER MAYER PINZAS ESPINOZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas

ASESOR DE TESIS: Mg. Ofelia Roque Paredes

LIMA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios y a la Universidad Ricardo Palma, por darme la oportunidad de formarme en un centro de excelencia académica.

Agradezco a mis padres Hilmar Mayer Pinzas Villanueva y María Espinoza Avendaño y a mis hermanas por todo su cariño de familia, los valores inculcados, y sus enseñanzas que me hacen crecer cada día.

Con el más sincero afecto y gratitud, agradezco a los distinguidos catedráticos, Dr. Eduardo Vidal Barreda médico ginecólogo obstetra quien se dignó dirigir este trabajo y a la Magister Ofelia Roque Paredes asesora del mismo, quienes entregaron todo su tiempo, dedicación e interés, para que esta investigación se lleve a cabo de la mejor manera.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedicó a mis padres Hilmar Mayer Pinzas Villanueva y María Espinoza Avendaño por ser mi mayor apoyo, el pilar fundamental para yo poder culminar este sueño; a mi prometida Susana Donayre por su amor, su paciencia, su comprensión y apoyo; por ser la mayor motivación que tengo para continuar luchando...

A mis hermanas Pamela y Mónica Pinzas Espinoza, esperando poder ser un ejemplo en su vida...

Dedico esta tesis a mi querida Facultad de Medicina "UNIVERSIDAD RICARDO PALMA" por todas las enseñanzas que me ha ofrecido y porque más que un lugar de estudios fue un segundo hogar.

Y dedico este trabajo a todos los médicos docentes que me han enseñado durante los siete años de la carrera, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético y afianzando mi formación como futuro médico

RESUMEN

Antecedentes: Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo cuantitativo en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Vitarte del distrito Ate-Vitarte, los datos del año 2015 fueron obtenidos del departamento de estadística.

Objetivo: Determinar las principales complicaciones obstétricas en Gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital Vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015

Materiales y Métodos: Se solicitó mediante oficio al Director del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital vitarte, para dar a conocer sobre nuestro trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para el uso de las historias clínicas del departamento de estadística, la cual fue aceptada satisfactoriamente. La muestra fue tomada de estas historias clínicas, y se excluyeron a aquellas que no presentaron complicaciones. Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por el Investigador; luego la información recolectada fue ingresada en el programa Excel y analizada en el programa SPSS.

Resultados: el 87.80% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). El 81.20% perteneció a la zona rural. El 69.60% ha estudiado la secundaria completa. El 76% son convivientes. El 91.20% son ama de casa. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 129 casos (51.60%) en el parto vaginal 121 casos (48.4%). El 34.80% presento Desproporción feto Pélvica. El 30% presento Distocia Funicular, el 18% presento Sufrimiento fetal Agudo.

Conclusiones: El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio,

sobre todo en la población de las zonas rurales, convivientes y con una instrucción de secundaria completa. La complicación que más se presenta es la Desproporción feto pélvica y el procedimiento más utilizado es la cesárea.

Palabras claves: embarazo, adolescencia, complicaciones obstétricas

ABSTRACT

Background: Type quantitative retrospective descriptive study in the department of gynecology and obstetrics hospital Vitarte district of Ate-Vitarte, 2015 data were obtained from the Bureau of Statistics.

Objective: To determine the main obstetric complications in pregnant adolescents attending at the service of Gynecology and Obstetrics Hospital Vitarte in the period from January to October 2015

Materials and Methods: We sent letter to the Director of Gynaecology and Obstetrics vitarte Hospital, to raise awareness about our research and obtain the respective authorization for the use of medical records department of statistics, which was accepted satisfactorily. The sample was taken from these medical records, and They excluded those who did not have complications. For collection data from medical records, a form that was filled was used by the researcher; then the information collected was entered in the program Excel and SPSS analyzed.

Results: 87.80% of pregnant teenagers had between 17-19 years age (late teens). The 81.20% belonged to the rural area. Has a 69.60% studied the complete high school. 76% are cohabitants. The 91.20% were housewife. Within obstetric complications, caesarean section occurred in 129 cases (51.60%) in the vaginal childbirth 121 cases (48.4%). The present 34.80% fetal pelvic disproportion. 30% showed Funicular dystocia, 18% presented acute fetal distress.

Conclusions: Teen pregnancy is very common in our environment, especially in the population of the rural areas and cohabiting with a

full secondary education. The complication that arises is more fetal pelvic disproportion and the most common procedure is the Caesarean section.

Keywords: pregnancy, adolescence, obstetric complications

INTRODUCCIÓN

En el mundo se estima que existe más de un billón de adolescentes y la actividad sexual cada vez es más temprana, con lo que la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años cada vez es mayor. (1)

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos..

Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional. (3)

En Perú dos de cada tres adolescentes de 15-19 años son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que tiene secundaria completa entre 17 a 19 años de edad, que las que aun tienen 10 a 13 años. El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutriente y vital, o la manifestación visible de trastornos en el desarrollo de la adolescente.

El embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención especial presenta enfermedad materna, fetal y neonatal con más frecuencia que en la adulta embarazada. Es necesario destacar que la edad materna es un factor de clase social. Dicho de otro modo, el ámbito en el que crece la adolescente tiene mayor impacto sobre su embarazo que su edad cronológica.

Además, las condiciones de la sociedad actual favorecen las prácticas sexuales prematuras en los adolescentes. Es muy frecuente que ni en el hogar, ni en el colegio se proporcione al adolescente una adecuada formación que le permita asumir una actitud responsable frente a la sexualidad. Ante todo esto, consideramos que resultó importante realizar la investigación que es materia de esta tesis, para relevar la frecuencia de las complicaciones obstétricas que podrían presentarse en las adolescentes; tales, parto prematuro, rotura prematura de membranas, enfermedad hipertensiva gestacional, distocia funicular, desproporción céfalo pélvica, desgarro perineal, SFA, DFP y cesáreas; ya que se trata de una problemática no solo a nivel nacional sino mundial, que obliga a

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	19
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 ANTECEDENTES DE REVISIÓN DE LITERATURA.....	21
2.2 BASES TEORICAS – ESTADÍSTICAS.....	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	51
3.1 HIPOTESIS GENERAL, ESPECÍFICAS	51
3.2 VARIABLES INDICADORES.....	52
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	54
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	54
4.2 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	54
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
4.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	57
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	58
5.1 RESULTADOS	58
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	77

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA, FUNDAMENTACION CIENTIFICA Y EMPIRICA

Los adolescentes son los adultos del mañana y constituyen una proporción substancial de la población. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino es injusto, porque el número de los adolescentes es tan grande; imprudente porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos que gozan los otros miembros (4) (25)

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquía en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. (25)

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características

psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que las adolescentes se crean aptas para concebir, por lo que se considera este período como un grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y una paternidad precoz. (4) (25)

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día 41095, cada hora 1712.

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad. (17) (4)

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: IUP, RPM, desproporción céfalo pélvica (pelvis estrecha), ITU, macrosomia, presentación anómala (podálico-transverso) y distocia funicular, que generan imposibilidad para continuar los estudios. (18)

Por estas razones consideramos que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etareo garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su

descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de sexualidad asegurando que los métodos reproductivos sean de confianza para los adolescentes creando así un ambiente de apoyo en ellos. (17) (18)

La posibilidad de crear la vida en un acto de amor, sentirla crecer y compartir cada cambio hasta tener al hijo en sus brazos, es algo que nos caracteriza como humanos y nuestro compromiso es trabajar en pos de lograrlo en el momento más oportuno. (19)

Todo esto nos incentiva a conocer nuestra realidad local para así poder brindar aportes a la población materna adolescente y por ende a la sociedad, y para que surjan nuevas investigaciones en torno a este tema. (4) (19)

En el Perú viven cerca de 5.8 millones de adolescentes entre 10 y 19 años. Los/as adolescentes representan el 18.6% de la población Peruana.(18)

La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la sub.-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. (4)

En Perú dos de cada tres adolescentes de 13-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación

(43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria Completa). Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en el Perú, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de

ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por Área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales es de 30% más altas que en áreas urbanas (3.9 vs. 2.9). (4)

En otro estudio realizado en Sullana-Perú la edad materna promedio de gestantes Adolescentes fue 17,7 años. El 62,8% se encontraba entre 18 y 19 años. El 54% eran convivientes y 7,2% soltera. El 75,8% era primigesta. (7) (19)

Fue más frecuente la vía de parto abdominal en adolescentes (14,9%) con respecto al grupo control (6,5%.) (7) (18) En el mundo se estima que existe más de un billón de adolescentes y la actividad sexual cada vez es más temprana, con lo que la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años cada vez es mayor. (1)

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 22% del total de embarazos. (1)

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa Información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y pos gestacional. (3)

Estudios realizados en Cuba han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.(19)

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad, entre otros aspectos; produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.(19)(20)

En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es aproximadamente 105 por 1000 en El Salvador, 123 por 1000 en Guatemala, 149.3 por 1000 en Nicaragua y 101.4 por 1000 en Venezuela, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos (2).

En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca se observó que la prevalencia de Adolescentes atendidas por embarazo fue del 26.86%, la edad prevalente perteneció a la adolescencia tardía con 79.26, la mayoría procedente y residente del sector urbano 55.44 y 63.69 respectivamente. La Unión Libre fue la predominante con 45.37. El nivel de instrucción que prevaleció fue la secundaria incompleta con 41.61. (5)

Dentro del mismo estudio existieron 1338 casos de alguna patología obstétrica constituyendo el 45%. El aborto se presentó en 7.31, la prematuridad estuvo presente en 3.35, el síndrome hipertensivo del embarazo ocurrió en 2.24, la ruptura prematura de membranas constituyó 4.87; en relación a las distocias, se presentó en 17.65, y no se encontraron casos de pacientes que hayan padecido diabetes gestacional. El 18,72 terminó el embarazo por cesárea. (5)

En un estudio observacional analítico de tipo caso-control de las 113 adolescentes realizado en Cuba se demostró que la frecuencia de la diabetes gestacional en las adolescentes fue baja (2,7 %). (6)

El costo en términos de morbilidad y mortalidad materno-infantil y el impacto psicosocial del embarazo en adolescentes es importante si se considera que es un fenómeno prevenible. La mortalidad y morbilidad de las adolescentes embarazadas puede ser similar a la del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto. (5) (6)

El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutriente y vital, o la manifestación visible de trastornos en el desarrollo de la adolescente. El embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención

especial presenta enfermedad materna, fetal y neonatal con más frecuencia que en la adulta embarazada. Es necesario destacar que la edad materna es un factor de clase social. Dicho de otro modo, el ámbito en el que crece la adolescente tiene mayor impacto sobre su embarazo que su edad cronológica. (6) (21)

Además, las condiciones de la sociedad actual favorecen las prácticas sexuales prematuras en los adolescentes. Es muy frecuente que ni en el hogar, ni en el colegio se proporcione al adolescente una adecuada formación que le permita asumir una actitud responsable frente a la sexualidad. Ante todo esto, consideramos que resultó importante realizar la investigación que es materia de esta tesis, para relevar la frecuencia de las complicaciones obstétricas que podrían presentarse en las adolescentes; tales como aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas, enfermedad hipertensiva gestacional, diabetes gestacional, desproporción céfalo pélvica, desgarro perineal, infección de vías urinarias y cesáreas; ya que se trata de una problemática no solo a nivel nacional sino mundial, que obliga a realizar un estudio en la ciudad de Azogues – Ecuador en la que no existen datos al respecto que determinen si estas patologías se presentan independientemente de la edad o si son mayores en la adolescencia.(6)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la población materna adolescente con más complicaciones en la gestación, que se ha hospitalizado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte de la Ciudad de Lima de enero a octubre del año 2015?
- ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho bio-psicosocial importante; la adolescencia per sé tiene una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo y constituirse en un problema tanto de salud como social, y que por lo tanto tiene consecuencias acorto, largo y mediano plazo por las consecuencias que conlleva, las cuales debe ser consideradas no solamente en términos del presente, sino del también del futuro por las complicaciones que acarrearán. (21) (22)

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. La mortalidad relacionada con la reproducción (mortalidad materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 y en las mayores de 35 años. (21)

Para el caso, los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la macrosomía, RPM, distocia funicular, Desproporción céfalo pélvica, ITU insuficiente, entre otras, determinan elevación y la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.⁽²²⁾

Por tanto, se considera importante determinar a nivel institucional las consecuencias materno - perinatales que los embarazos adolescentes per sé tienen en la gran población que acude al Hospital Vitarte con miras a establecer posteriormente normas

institucionales y medidas de abordaje que ayuden a disminuir la morbimortalidad, incluyendo estrategias de abordaje que ayuden a disminuir el número de embarazos adolescentes y no solo sus consecuencias cuando estas ya sean inminentes. (23)

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

La presente investigación se realizó en el servicio de ginecología del hospital Vitarte recurriendo al departamento de archivo del mismo y revisando minuciosamente las historias clínicas de 250 pacientes adolescentes que fueron atendidas en el servicio, esperando una ayuda a la investigación y poder encontrar alguna mejora en la calidad de vida de las adolescentes.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar las principales complicaciones obstétricas en Gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital Vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

- Identificar las principales complicaciones obstétricas en Gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015

1.5.2. OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Identificar el tipo de complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología Obstetricia del hospital Vitarte en el periodo en el periodo de enero a octubre del año 2015
- Identificar la etiología socio demográfica de las complicaciones obstétricas de las Gestantes adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015

- Identificar las principales complicaciones obstétricas, tales como: Insuficiencia Útero Placentaria, Rotura prematura de membranas, Distocia funicular, Macrosomía fetal, Presentación anómala fetal, Desproporción céfalo pélvica, Infección de vías urinarias, y Cesáreas anteriores en las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE REVISIÓN DE LITERATURA

AUTOR: VICENTE DÍAZ SÁNCHEZ; **TÍTULO:** EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES EN MÉXICO

Resumen: Uno de cada seis nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados. Aún cuando los adolescentes tienen información sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos usa algún tipo de anticonceptivo.

Por otra parte la demanda insatisfecha de anticoncepción es mucho mayor en la población adolescente que en cualquier otro grupo etáreo. Para poder aprovechar el momento histórico que vive el país, donde un gran porcentaje de su población es gente joven con potencial de desarrollo social y económico, es indispensable que se aumente la edad al primer embarazo, que aumente el intervalo entre los embarazos, que se incremente la oferta de métodos anticonceptivos a la población adolescente y que se promuevan de manera decidida los derechos sexuales y reproductivos de toda la población y de los adolescentes en particular. **(21)**

Autor: Váldez Banda, Fernando; Valle Virgen, Oscar; **TÍTULO** Prevalencia y **factores** de riesgo para complicaciones obstétricas

en la adolescente. Comparación con la población adulta/Prevalence and risk factors for obstetrical complications in the adolescent.

RESUMEN: Según la literatura anglosajona, el embarazo en la adolescencia se asocia con una tasa más elevada de complicaciones obstétricas que la de la población adulta. En el Hospital General de Tijuana, 10 por ciento de los embarazos se presentan en adolescentes. Se trató de determinar la prevalencia de complicaciones obstétricas en el grupo de embarazadas adolescentes e identificar los factores de riesgo asociado con estas complicaciones, y comparar estos hallazgos con los de la población adulta. Estudio de corte seccional; se formaron dos grupos; uno de ellos incluyó mujeres menores de 18 años, y un segundo grupo incluyó mujeres con edad entre 18 y 32 años. Todas las pacientes fueron seguidas hasta la resolución de su evento obstétrico y su egreso hospitalario. Se incluyeron 602 mujeres, 301 en cada grupo. Con respecto a los factores de riesgo, se encontraron algunas diferencias significativas entre ambos grupos, con una mayor proporción de adolescentes que viven en unión libre o que son madres solteras; las adolescentes refieren un inicio de vida sexual activa 2.9 años más temprano que las adultas; las adolescentes utilizan métodos anticonceptivos y acuden a control prenatal menos frecuentemente. La resolución del embarazo, también mostró diferencias significativas entre ambos grupos, las más importantes fueron una mayor frecuencia de partos distócicos y cesáreas en el grupo de adultas, y una mayor frecuencia de abortos y de amenaza de aborto en el grupo de adolescentes presentaron una edad gestacional significativamente menor (2.9 semanas). Las adolescentes presentaron una mayor frecuencia de factores informados en la literatura como de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas, pero a pesar de ello, no presentan una

mayor frecuencia en las complicaciones clásicamente descritas en la literatura, excepto por abortos y amenaza de abortos. Los productos de las adolescentes, presentan una edad gestacional significativamente menor que los productos de las adultas (AU) (22)

AUTOR: RODRÍGUEZ ÁLVAREZ LEONARDO, LÓPEZ NAVA JOSÉ CARLOS. TITULO: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES ADOLESCENTES Y ADULTAS, PACIENTES DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “MORELOS”

Resumen: Los embarazos en adolescentes se han incrementado durante los últimos años y son un problema social y reproductivo. En México el 19% de los nacidos vivos son productos de madres menores de 20 años. El inicio temprano de la vida sexual incrementa el riesgo de enfermedades de transmisión sexual; se ha reportado que la prevalencia de infecciones del tracto genital femenino por trichomonas y cándida incrementa durante el embarazo en adolescentes, es importante mencionar que las adolescentes tuvieron mayor frecuencia de anemia. Según la Organización Mundial de la Salud la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años, algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en adolescentes, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto.

Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes están la anemia, el parto prematuro, el parto prolongado, la desproporción céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres adolescentes. Además de tener mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un

aborto.

Las complicaciones obstétricas que se identificaron son: alta incidencia de cesáreas, infecciones puerperales, complicaciones intraparto. Es importante destacar que la mayoría de las adolescentes son primigestas (del 73 al 93%). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica de la adolescente. Por ejemplo Preclampsia o hipertensión inducida por el embarazo, que es más frecuente en las jóvenes de bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo. Las complicaciones encontradas en los productos de madres adolescentes son: parto pretérmino, bajo peso al nacer, productos pequeños para la edad gestacional. (23)

AUTORES: DR. SIGFRIDO VALDÉS DACAL, DR. JOHN ESSIEN, DRA. JESSICA BARDALES MITAC, DRA. DAYMI SAAVEDRA MOREDO Y DRA. EDITH BARDALES MITAC.
TITULO: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES

Resumen: Se realizó un estudio de casos y controles para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia en el hospital municipal de Santa Cruz del sur, desde el 1ro. de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 adolescentes que parieron en esta etapa y se comparó con un grupo control de 132 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha. Esta información fue recogida de los expedientes clínicos de las pacientes y del libro de parto y llevada a encuestas. El bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 % de las adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones,

además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades, por lo que insistimos en lo importante de disminuirlos al mínimo. (24)

AUTORES: DRA. ÁNGELA VÁZQUEZ MÁRQUEZ,¹ DR. CARLOS GUERRA VERDECIA,² DRA. VALENTINA HERRERA VICENTE,³ DRA. FRANCISCA DE LA CRUZ CHÁVEZ⁴ Y DR. ÁNGEL M. ALMIRALL CHÁVEZ⁴ TÍTULO: EMBARAZO Y ADOLESCENCIA: FACTORES BIOLÓGICOS MATERNO Y PERINATAL MÁS FRECUENTES

Resumen Se realizó un estudio de casos y controles de las 2 055 madres menores de 20 años, que tuvieron su parto en el Hospital Provincial docente "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, Provincia Granma, en el período comprendido desde el 1ro. de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 1997. Se establecieron comparaciones con igual número de madres de 20 a 30 años. Se estudiaron diferentes variables y se encontró que en las adolescentes predominaron, dentro de los antecedentes obstétricos, el bajo peso que fue superior en este grupo y durante el embarazo presentaron mayor desnutrición por defecto, amenaza de parto pretérmino y enfermedad hipertensiva gravídica. Además, partos distócicos, con un 35,7 % de cesáreas, cuyas primeras causas fueron la desproporción céfalo pélvica, el sufrimiento fetal agudo y la inducción fallida. Las complicaciones neonatales más frecuentes encontradas fueron bajo peso al nacer, distrés transitorio e hipoxia; en las madres hubo la mayor morbilidad puerperal y las tasas de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz aumentaron en este grupo.(25)

AUTORES: MARÍA LAURA MAYER, ANDREA CAROLINA BARRÍAS, SILVINA BEATRIZ BARBOZA GALEANO, DRA. NOELIA ALEJANDRA

FOCHESATTO TITULO: COMPLICACIONES PERINATALES Y VIA DE PARTO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES TEMPRANAS Y TARDIAS

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer las complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías.

MATERIALES Y METODOS: Estudio analítico, observacional, comparativo entre adolescentes tempranas y tardías en relación con el tipo de parto y las complicaciones perinatales en el Hospital “Dr. Ramón Madariaga” de Posadas-Misiones entre enero de 2004 y diciembre de 2004.

RESULTADOS: El 22.10% de partos en el periodo de estudio correspondieron a adolescentes; el 16.30% fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tardías. Los recién nacidos de bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tardías.

CONCLUSIÓN: Las adolescentes tardías tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal.

Palabras claves: Embarazo; adolescencia; Recién Nacidos; parto; pretérmino (25)

2.2 BASES TEORICAS – ESTADÍSTICAS

CONCEPTOS GENERALES

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica"(14) (23)

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida. (14)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2010 llegarán a 1,5 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (23)

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

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (15)(14)

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (15)

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo

jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (15)

PROBLEMAS GLOBALES DE LA ADOLESCENCIA

1. Las tensiones internas:

Es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente no se halla preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas. Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez. (16).

2. Disolución de la identidad infantil:

Depende del modelo educativo bajo el cual hayan crecido es como supera el periodo de crisis preadolescente, que abarca entre 13 a 15 años. Si el niño crece en un ambiente medio (ni demasiado rígido, ni demasiado primitivo), este periodo debe ser superado con éxito. (16).

3. Ser y tener:

Desde el momento en que el niño y la niña descubren las diferencias sexuales anatómicas, su evolución psicoafectiva empieza a centrarse en cambio diferentes. Esta divergencia se pone de manifiesto en los años de la primera adolescencia. Los varones se esfuerzan en "tener" (pene, virilidad, casa, coche). Las

procuraciones de los varones, durante la adolescencia, se centran sobre todo en poseer tener lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad; mientras que las mujeres lo hacen en él "ser" (bellas, admiradas).

4. Los temores masculinos:

Todas las preocupaciones se centran en los cambios físicos que acaban de sufrir o sufrirán. El crecimiento y el desarrollo del pene, los testículos y el vello corporal son su máxima preocupación, a la vez sus máximos temores apuntan a supuestas malformaciones o defectos en lo que suponen es la esencia de la virilidad. (16).

5. Temores femeninos:

La principal angustia de las adolescentes sigue siendo lo físico, el deseo de tener el mejor físico con el objeto de ser deseada. El desarrollo de sus pechos, el tema importante entre las jóvenes. Si hay que buscar las causas de la preocupación por el tamaño de los senos ya que les preocupa ante todo el tener su cuerpo perfecto. Otra gran preocupación de la joven es la menstruación. Este proceso, que transforma a la niña en una mujer, suele provocar en un comienzo ciertas dudas, que pueden ser fácilmente aclaradas con una información precisa y adecuada por parte de los padres.

6. Los conflictos familiares:

Uno de los primeros conflictos que vive el adolescente con sus familiares son por aspectos cotidianos, como por ejemplo: la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, sus costumbres, cuidado de la ropa y la habitación, los horarios, las salidas, etc. (16).

7. El suicidio en los adolescentes:

El suicidio ha tenido un aumento dramático recientemente. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de 15 a 24 años y la sexta en los niños de 5 a 14 años. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas

sobre si mismos, presión para lograr un éxito y otros miedos mientras van creciendo, en algunos casos el suicidio aparenta ser una solución.

8. Embarazo adolescente:

Una de las causas del embarazo adolescente es que mantienen relaciones sexuales sin las medidas preventivas adecuadas. El por qué los adolescentes practican el sexo, y el por qué lo hacen sin métodos anticonceptivos, es porque hoy en día crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine y revistas transmiten mensajes en los cuales manifiestan que las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces esperadas.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental."

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años. (16)(14)

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

materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico. (16).

En lo Biológico se altera el vínculo madre e hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos, y cesáreas, en el niño bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas.

Psicológicamente, el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus amigas, perder la confianza de sus padres y no poder salir a divertirse como antes. La maternidad induce a la necesidad de asumir roles de adultos cuando aún no es tiempo de hacerlo. Es común que deba asumir responsabilidades no propias de esta etapa de su vida, reemplazando a su madre, viéndose privada de las actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser “una hija madre”. En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación con los padres lo que les lleva a matrimonios forzados y de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras. (16).

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (16).

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos:

1. Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales.
2. Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcado en el sexo masculino.
3. Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
4. Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales; lo cual no suele ocurrir de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son la incoordinación motora, fatiga, trastornos del sueño y a su vez, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
5. Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales; con la aparición de caracteres sexuales secundarios y por consiguiente se da inicio a la capacidad reproductiva.
6. Formación de aspectos psicológicos dados fundamentalmente por la búsqueda de sí mismos y de su identidad, la necesidad de independencia, tendencia grupal, evolución del pensamiento concreto al abstracto, manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual, contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico, relación conflictiva con los padres, actitud social reivindicativa, capacidad analítica desarrollada, formulación de

hipótesis, corrección de falsos preceptos, consideración de alternativas y formación de conclusiones propias, elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y finalmente la necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

Durante la adolescencia, aparecen también otros conceptos en el desarrollo de los mismos, como son la vulnerabilidad y los factores de riesgo sobre los cuales debe actuarse para evitar el mayor daño posible en esta etapa del desarrollo. Los principales factores de riesgo son:

1. Conductas de riesgo (sujetas a la incorporación a los grupos sociales).
2. Familias disfuncionales (donde se encuentra ausente una o ambas figuras paternas).
3. Deserción escolar temprana no justificada.
4. Accidentes.
5. Consumo de alcohol y drogas.
6. Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas sexuales no cuidadosas.
7. Embarazo.
8. Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.
9. Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.

Estos factores tienen una característica fundamental y es la interrelación marcada entre ellos, con los cuales un adolescente pueden coincidir con dos o tres de ellos a la vez, por lo que el conocimiento de estos conceptos y de los factores de riesgo ha

dado prioridad a las acciones de promoción y prevención de salud, unido a la necesidad de atención de los adolescentes y jóvenes dentro de la fuerza productiva y social.

Existen también los factores protectores de la salud que son determinadas circunstancias, características y atributos que faciliten el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social. Se pueden clasificar en externos, que incluyen una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral, entre otros; mientras que los internos comprenden la autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse y empatía. Estos factores son susceptibles de modificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar.

Los factores protectores que interrelacionan con la adolescencia son:

1. Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
2. Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
3. Desarrollo de un medio ambiente saludable y seguro para ambos sexos.
4. Promoción del autocuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
5. Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
6. Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales morales apropiados.

7. Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de la defensa endógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas que poseen los niños y adolescentes.

Para la formación de un futuro saludable se hace imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual es fundamental el papel de los adultos que con ellos interactúan y de acciones colectivas de promoción y prevención de salud para otorgarle a este grupo una participación social más activa y protagónica, es decir abrirle el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos. Lo anterior muestra que existen fuerzas negativas, expresadas en términos de daño o riesgos y describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen libremente y a veces la transforman en factor de superación de la situación difícil. .(20)

La familia como unidad social primaria ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente, a pesar de que la llegada de hijos a la adolescencia se caracteriza por una crisis transitoria, el apoyo de esta es fundamental aún en situaciones donde no se compartan los mismos puntos de vista, ya que se debe recordar que este adolescente está sometido a diferente tipo de tensiones que pueden determinar el rumbo de su vida. . (20)

Las características de la familia en las últimas décadas ha sufrido cambios importantes que están dados esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal y un mayor papel de la mujer como centro de esta ,disminución del número de sus miembros, menor duración de los matrimonios e incremento de las familias mono parentales; esto unido a que algunas de las funciones que eran de la familia han pasado al estado y a la comunidad. Esto condiciona

cambios en su organización y dinámica para dar solución a sus funciones básicas, la familia constituye un sistema de abasto, en términos de ciclo vital y satisfacción de las necesidades económicas, sociales puede llevar a las nuevas generaciones a desempeñarse satisfactoriamente como adultos. Le corresponde por tanto a la familia garantizar la alimentación, protección, seguridad, higiene, descanso y recreación del adolescente como miembro de esta. (20)

Es importante la atención integral del adolescente ,no solo de las afecciones más frecuentes, sino se debe realizar una evaluación y diagnóstico familiar; le corresponde por tanto a la Atención Primaria de Salud ser los protagonistas fundamentales en el equilibrio de la salud comunitaria, debe realizarse la despenalización de los pacientes, control médico para determinar la presencia de factores de riesgo, enfermedades o secuelas que afecten la salud, confección de la historia clínica individual, orientación de medidas terapéuticas y de promoción y prevención de salud y la incorporación a círculos de adolescentes promovidos por el médico de la familia y sustentados por los factores de la comunidad integrados en el consejo de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina como un embarazo adolescente a todos aquellos que ocurren por debajo de los 19 años de edad. La gestación en cualquier época de la vida se vuelve un paso importante en el desarrollo de las mujeres. Con frecuencia, suele ser parte de un sentimiento de autorrealización y crecimiento dentro de sus vidas. El embarazo suele generar una sensación de alegría, pero por otra parte, si este no es planeado o se presenta en situaciones adversas simplemente se vuelve en una situación sumamente estresante. La manera en que una mujer responde a la gestación se relaciona muchas veces con sus

experiencias previas de la niñez y la adolescencia, su mecanismo de adaptación, su personalidad, situación de vida y su círculo primario de apoyo.(20)

En las adolescentes, la presión de las contemporáneas, la rebelión contra la familia, los sentimientos encontrados propios de la adolescencia o episodios depresivos pueden ser motivaciones suficientes para iniciar una gestación. Pero además de presentarse una motivación equivocada, posteriormente se presentan las consecuencias de la misma en las cuales los problemas preexistentes se incrementan y se toman decisiones aún más erróneas.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle atención a esta etapa de transición, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto o hacia la persistencia de esa interfase y periodo de inestabilidad.

Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 10 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos. (20)

A.- DESPROPORCION FETO PELVICA

Desproporción Feto Pélvica o DFP, es decir, una desproporción entre la cabeza del bebé y la pelvis de la madre. Las auténticas DCP prácticamente no existen y son debidas a malformaciones de la pelvis o a accidentes que han provocado dicha malformación.

La grandísima mayoría de dcp diagnosticadas son realmente mal posicionamientos del bebé provocados por la postura anti fisiológica, las contracciones artificiales, los pujos dirigidos y fuera de tiempo y sobre todo la falta de paciencia. Mujeres a las que se les ha practicado una cesárea por una supuesta DCP han parido posteriormente de forma vaginal bebés más grandes. (18)

¿Qué es una pelvimetría? Es la Medición de los diámetros de la pelvis. Determinación de las dimensiones del canal óseo del parto mediante técnicas clínicas o con rayos X. (18)

¿Está aconsejada una pelvimetría para detectar una DCP?

(OMS) La pelvimetría intraparto con rayos X no ha demostrado eficacia alguna. Los ensayos disponibles sobre pelvimetría con rayos X demostraron un incremento de cesáreas, pero ningún beneficio en términos de reducción morbilidad neonatal. La pelvimetría de rayos X durante el embarazo y parto incrementa la incidencia de leucemias en la infancia y debería ser abolida. (18)

B.- MACROSOMIA FETAL

Macrosomía o Macrosomatia (*macro*: 'grande'; *soma*: 'cuerpo'), etimológicamente significa tamaño grande del cuerpo.

Tradicionalmente, la Macrosomía fetal ha sido definida por un peso arbitrario al nacer, tal como 4 000, 4 100, 4 500 ó 4 536 gramos. El parto de estos fetos grandes ocasiona traumatismo tanto en la madre como en el feto. Históricamente, la Macrosomía fetal ha

estado asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, dos veces mayor que la de la población general.(16)

Los análisis de estadística vitales han demostrado un incremento del peso al nacer a través del tiempo, siendo este incremento mayor en los países industrializados.

El peso al nacer > 4 000 g que representa aproximadamente al 5% de todos los nacimientos ha sido considerado en la mayoría de los estudios como sinónimo de macrosomía fetal. Por otro lado, el feto grande para la edad de gestación (GEG) que representa al 10% de la población general de recién nacidos ha recibido hasta el momento poca atención por parte de los investigadores; es decir, un 5% de los fetos grandes no son clasificados en la actualidad como macrosómicos y no se benefician del enfoque de riesgo perinatal. Por lo tanto, la definición más correcta de macrosomía es la de considerar la edad gestacional y el percentil , los cuales tienen significativo mayor riesgo perinatal que los fetos de tamaño normal. (16)

Esta investigación se realizó con la finalidad de identificar factores predictivos de macrosomía fetal, conocer el resultado perinatal de estos neonatos comparado con la de los fetos de tamaño normal en nuestra institución y proponer medidas para su prevención.

C.- PRESENTACION ANOMALA DEL FETO

En una descripción de un feto dentro del útero, la posición hace referencia a la dirección a la que apunta el feto, y la presentación detalla la parte del cuerpo que sale primero por el canal del parto. La combinación más segura y frecuente es la del feto que mira hacia atrás (en dirección a la espalda de la madre), con la cara vuelta hacia la derecha o la izquierda, y la cabeza primero

(presentación cefálica), con el cuello doblado hacia adelante, el mentón hundido y los brazos cruzados sobre el pecho. Si el feto se encuentra en una posición o presentación diferente, el parto puede ser más difícil y quizá no sea posible el alumbramiento por la vagina.

El feto puede mirar hacia adelante, en general con el cuello estirado (en extensión). En esta posición, la cabeza necesita más espacio para atravesar el canal del parto, por lo que el parto puede prolongarse y el alumbramiento se vuelve difícil. Tras evaluar el problema, el médico decide si usar fórceps o realizar una cesárea. En la presentación de cara, el cuello se arquea hacia atrás y, en consecuencia, lo que primero aparece es el mentón; si éste está colocado hacia atrás porque el cuello está en flexión y sigue en esa posición, el parto vaginal no puede llevarse a cabo. En la presentación de frente, el cuello está moderadamente arqueado y lo que primero se presenta es la frente. Por lo general, los fetos no mantienen todo el tiempo esta posición, pero si lo hacen, tampoco podrán nacer por vía vaginal.

La presentación de nalgas es una anomalía en la que las nalgas del feto se presentan primero en lugar de hacerlo la cabeza. Las lesiones del feto, incluyendo la muerte, ya sea antes, durante o después del parto, se producen cuatro veces con más frecuencia con las presentaciones de nalgas que con las cefálicas (sobre todo porque las presentaciones de nalgas son mucho más frecuentes en un parto pretérmino o cuando el feto tiene anomalías congénitas). Las complicaciones sólo

se pueden evitar si el problema se detecta antes del nacimiento. En ciertos casos, se puede girar al feto hasta llevarlo a una posición cefálica presionando el abdomen de la madre antes de que

comience el parto, por lo general a las 37 o 38 semanas de embarazo.

Como las nalgas son más estrechas que la cabeza, el conducto que dejan las nalgas en el canal del parto no es lo bastante grande como para que la cabeza pase. Además, ésta no puede moldearse para que quepa y encaje en el canal de nacimiento. Por consiguiente, el organismo del niño puede estar fuera mientras la cabeza queda atrapada dentro de la madre. Como resultado, la médula espinal u otros nervios pueden sufrir estiramientos y derivar en lesiones nerviosas. Cuando por primera vez se ve el ombligo del bebé fuera de la madre, el cordón umbilical está comprimido entre la cabeza y el canal del parto, por lo que el niño recibe muy poco oxígeno en esos momentos. Las lesiones cerebrales causadas por falta de oxígeno son más frecuentes en los fetos que se presentan de nalgas que en los que lo hacen de cabeza. En un primer parto, estos problemas empeoran porque los tejidos de la madre no se han estirado por partos previos. Como el niño podría morir, muchos médicos recomiendan practicar una cesárea tanto para la mayoría de los casos de presentación de nalgas en los primeros embarazos, como para todas las presentaciones de nalgas de los partos pretérmino.

En ocasiones, un feto cruzado horizontalmente en el canal de nacimiento se presenta de hombros. En estos casos, por lo general, se practica una cesárea, a menos que el feto sea el segundo de un par de gemelos (en cuyo caso se modifica la posición del feto para que nazca por vía vaginal).

D.- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

El líquido amniótico es el agua que rodea a su bebé en el útero. Las membranas o capas de tejido que contienen este líquido se denominan saco amniótico.

A menudo, las membranas se rompen durante el parto. Esto con frecuencia se llama "romper fuente". (17)

Algunas veces, las membranas se rompen antes de que una mujer entre en trabajo de parto. Cuando esto sucede de forma temprana, se denomina ruptura prematura de membranas (RPM). La mayoría de las mujeres entrará en trabajo de parto espontáneamente al cabo de 24 horas. (17)

Si la ruptura de fuente se da antes de la semana 37 del embarazo, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). Cuanto más temprano se rompe fuente, más grave es para usted y para su bebé.(17)

E.- CESAREA

Es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto de 500 gramos o más; a través de una incisión en la pared abdominal y otra en el útero. Ciertos estudios, han encontrado una menor incidencia de partos

operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. En un estudio en la ciudad de cuenca, el porcentaje de terminación de la gestación

por cesárea en las adolescentes fue del 18,72%.

F.- SUFRIMIENTO FETAL

Perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetos maternos, de evolución relativamente rápida,

que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede provocar alteraciones tisulares irreparables o la muerte fetal

TIPOS:

Se distinguen dos tipos de SF: **uno crónico (SFC)** que afecta al feto durante su gestación y el otro, agudo o **intraparto (SFA)**, que aparece como un accidente durante el periodo de dilatación o el expulsivo. Ambos pueden ser independientes o estar interrelacionados. Así, es frecuente que el SFA se instale en un feto crónicamente_ dañado durante el embarazo. En el fondo, ambos tipos representan una condición deficitaria del feto durante su vida intrauterina, ya sea a lo largo de su crecimiento y desarrollo, o durante el trabajo de parto.

Causas

Las causas de SF son muy variadas y pueden agruparse en maternas, fetales, feto-placentarias en factores accidentales. Existen además SF de causa desconocida y iatrogénica.

G.- DISTOCIA FUNICULAR

Se considera Distocia Funicular a toda situación anatómica y/o posicional que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, lo cual incluye alteraciones:

- tamaño (corto o largo)
- circulares (simple, doble o triple en el cuello o cualquier parte fetal),
- prolapso, procúbito, laterocidencia, nudos o falsos nudos.

La Distocia Funicular puede interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical, esta se puede

identificar en un trazado cardiotocográfico estudiando el comportamiento de la frecuencia cardiaca fetal observándose desaceleraciones variables, que han recibido un nombre acertado, ya que cada una varía típicamente su configuración en comparación con la que le precede y le siguen.

Morfológicamente pueden tener la forma de una V, W o una U. Estos Dips varían igualmente en el tiempo en relación a las contracciones uterinas y movimientos fetales. Estas pueden ser leves, moderadas o severas, o mediante desaceleraciones no periódicas como son las espigas. De este modo se puede detectar muy tempranamente la hipoxia fetal (quevan desde un 20 – 30% de los casos) y prevenir el daño neurológico o muerte fetal.

H.- PROLAPSO DE CORDON

Protrusión del cordón umbilical en el canal del parto por delante de la presentación fetal. Se trata de una complicación fetal severa, que se ve facilitada por todas aquellas circunstancias que dificulten la adaptación perfecta de la presentación al estrecho superior de la pelvis y, a menos que pueda llevarse a cabo un parto rápido, puede ocasionar la muerte fetal.

CLASIFICACIÓN:

A: PROLAPSO FRANCO DEL CORDÓN UMBILICAL:

A1- PROCIDENCIA DE CORDÓN: Cuando la bolsa de las aguas está rota y sale el cordón a la vagina, por delante de la presentación. Es la variedad más grave.

A2- PROCÚBITO DE CORDÓN: La bolsa de las aguas está íntegra, el cordón se encuentra por delante de la presentación pero no asoma por vagina.

B: PROLAPSO OCULTO DE CORDÓN O LATEROINCIDENCIA: Ocurre cuando el cordón se sitúa al lado de la presentación sin sobrepasarla, pudiendo estar la bolsa rota o íntegra.

FRECUENCIA:

El prolapso franco de cordón umbilical se da aproximadamente en el 0.4 % (entre el 0,3-0,7%) de los partos. Del prolapso oculto se desconoce la incidencia exacta, aunque probablemente sea algo frecuente.

FACTORES PREDISPONENTES:

Todas aquellas situaciones que impidan una buena adaptación del feto al estrecho superior de la pelvis, quedando espacio para que al producirse la amniorrexis el cordón pueda deslizarse hacia la vagina a través del cérvix, favorecerán la instauración del prolapso de cordón umbilical. Alteraciones de la situación-presentación fetal: Situaciones transversas y oblicuas. Presentación podálica (más frecuente en las nalgas incompletas). Presentación de frente. Presentación de cara. Presentación occípito-posterior. Alteraciones de la pelvis materna: Estenosis pélvica. Desproporción céfalopélvica. Prematuridad o bajo peso. Embarazos gemelares: Frecuentes malposiciones, bajos pesos y más de un cordón. Multiparidad: Por mayor frecuencia de anomalías de situación y presentación. Polihidramnios: La rotura de la bolsa de las aguas produce una salida brusca de líquido amniótico, que puede arrastrar consigo al cordón umbilical. Yatrogenia: Desempeña un papel importante hasta en la tercera parte de los casos. Lo más frecuente es la amniorrexis artificial y fundamentalmente cuando se

práctica con presentaciones demasiado altas o en presentaciones anómalas no diagnosticadas. En la literatura se ha citado ampliamente, si bien en los estudios clínicos no se ha corroborado, una clara relación con los siguientes casos: Cordón excesivamente largo. Placenta de inserción baja.

FISIOPATOLOGÍA:

Las alteraciones fetales dependerán del grado de compresión y si existen o no contracciones uterinas: Así como en el procúbito generalmente no se adapta de forma firme la presentación al canal del parto y el compromiso de la circulación umbilical no es muy acusado, al producirse la amniorraxis la presentación se ve impulsada al canal del parto, atrapándose el cordón entre éste y el feto, de tal suerte que dificulta o anula la circulación umbilical con las graves repercusiones hipóxicas que esto supone. Las presentaciones cefálicas son las de mayor riesgo, puesto que la compresión tiende a ser más intensa. Aparecen alteraciones en los latidos cardiacos fetales, que traducen una insuficiente oxigenación. Habitualmente se produce un sufrimiento fetal agudo que puede llevar a la muerte intrauterina.

DIAGNÓSTICO:

Visión directa en los casos en que aparece en vulva. Visión con espéculo del cordón en vagina. Tacto vaginal, tocando el cordón, latiendo o no, por delante de la presentación. Más fácil de palpar en la procidencia que en el procúbito. La latero incidencia es muy difícil de diagnosticar por tacto vaginal si la bolsa de las aguas está íntegra. Suele sospecharse por la presencia de deceleraciones variables en el control cardiotocográfico. En el caso de que dicho trazado se repita en cada contracción uterina, es obligatorio comprobar que no existe un prolapso de cordón. En ecografías rutinarias practicadas al final del embarazo pueden diagnosticarse

ocasionalmente procúbitos o lateroincidencias. PRONÓSTICO: El pronóstico fetal es malo. Las series más modernas todavía informan de una mortalidad entre el 10–20 %.

I.- OLIGOHIDRAMNIOS

LÍQUIDO AMNIÓTICO

Consideramos el líquido amniótico (LA) como un medio hídrico que va a proteger al embrión y al feto de influencias externas adversas, favoreciendo con su elasticidad la estática fetal. Representa también un complejo mecanismo de nutrición fetal, así como de su regulación metabólica. Su volumen varía a lo largo de la gestación. Aumenta de 50 ml en la semana 12 a 400ml en la semana 20. Hacia la 38 semana puede alcanzar valores de 1.000 ml y al término es aproximadamente de 800 ml, oscilando entre 300 y 1.500 ml. Tiene una densidad de 1,006 a 1,081 y un pH de 7. La composición varía a lo largo de la gestación; en los primeros meses es semejante al plasma materno, si bien el contenido proteico es inferior, igualmente varía la concentración de agua y cationes, y, por consiguiente su osmolaridad, debido fundamentalmente a que su renovación aumenta a medida que avanza la gestación. El agua representa el 98-99% de la totalidad. En el LA se encuentran en suspensión elementos celulares de procedencia fetal: células descamadas de mucosas y epitelio plano, células descamadas de la piel o de epitelio transicional urinario, y, en escasa cantidad, células trofoblásticas y células de origen amniótico. Se calcula que el agua del LA se renueva a un ritmo de 500ml/hora y que en un periodo de 2-3 horas todo el contenido en agua del LA se ha renovado. Asimismo, se calcula que la cuarta parte de esta circulación se realiza a través del feto y del cordón umbilical, y el resto, a través de las membranas ovulares y superficie placentaria.

FISIOLOGIA DEL LÍQUIDO AMNIOTICO (LA).

Durante el primer trimestre se produce un transporte activo de Na y Cl principalmente hacia el interior del saco gestacional. Esto implica de manera secundaria el paso de agua. En cambio durante el segundo trimestre el volumen de LA se encuentra regulado por varias vías diferentes: orina fetal, principalmente; deglución fetal; tracto respiratorio; piel; membranas fetales y vía transmembranosa.

CONCEPTO MECONIO

El término meconio deriva de la palabra griega “mekonion”, que significa opio o jugo adormidera. Su origen es la aparente relación que existe entre la tinción por meconio del líquido amniótico y la depresión del recién nacido. El meconio es producto de la defecación fetal que está compuesta por restos de LA deglutido, material de descamación y secreciones gastrointestinales fetales, así como por biliverdina, que es lo que le confiere el color verde característico. Al ser eliminado al líquido amniótico puede teñirlo de verde y modificar su densidad dependiendo de la cantidad que se expulse y del volumen de líquido en el que se diluya. El líquido amniótico se puede clasificar mediante inspección visual en claro, o verdoso y verde en el caso de que exista tinción meconial. Se debe reflejar la intensidad de la tinción en leve (+), moderada (++) e intensa (+++) o “meconio denso o en pasta”. Aunque este es el método de clasificación más utilizado, tiene el inconveniente de que depende de la impresión subjetiva del observador, pero resulta útil en la práctica clínica. La coloración por meconio del líquido amniótico es duradera. A diferencia de la auscultación fetal, el momento del examen no suele coincidir con la expulsión de meconio. Esta expulsión de meconio indica un trastorno fetal actual o anterior.

El estrés intrauterino puede causar paso de meconio al líquido amniótico. Hay factores que lo favorecen, como son la insuficiencia

placentaria, la hipertensión arterial materna, la preeclampsia, el oligoamnios y algunos hábitos tóxicos en especial el tabaquismo y el consumo de cocaína

FRECUENCIA

El meconio se observa en LA con una frecuencia que varía en función de la edad gestacional, oscila entre el 10 y el 20% de todos los partos. Es menos frecuente antes las 38 semanas y mucho más después de las 42 semanas. Muy raro que ocurra en RN pretérmino (si apareciera en prematuros se debe excluir infección por Listeria, por lo que en el hemocultivo, se debe pedir su búsqueda). Se describe una incidencia de líquido amniótico teñido con meconio de entre el 25 y 30% en los embarazos de post término, lo que representa el doble de la incidencia reportada en los embarazos de término.

DEFINICIONES CLASICAS.

Clásicamente se ha definido: - **oligohidramnios:** volumen de L.A (líquido amniótico) < 500 cc entre las semanas 32 y 36. - **polihidramnios:** volumen de L.A >1500 cc.

PRELEVANCIA CLÍNICA DE LAS ALTERACIONES (OLIGOHDRAMNIOS / POLIHIDRAMNIOS)

El LA juega un papel fundamental en el control de la temperatura, el desarrollo pulmonar y el crecimiento de las extremidades. El hallazgo de un LA alterado en el segundo / tercer trimestre permite identificar el feto de riesgo de presentar resultados perinatales adversos. El oligohidramnios se ha asociado a riesgo de cesárea por distrés fetal, índices del test de Apgar bajos y aumento de la morbi-mortalidad perinatal. El polihidramnios se ha asociado a riesgo de parto pretermino, desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada y ruptura prematura de membranas.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS GENERAL, ESPECÍFICAS

El diseño de la investigación es descriptivo por lo que no es necesaria la formulación de una hipótesis como en un estudio analítico.

H0

La distocia funicular y desproporción feto pélvica son las patologías obstétricas más frecuentes en las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte de la Ciudad de Lima en el periodo de enero a octubre del año 2015

H1

La población materna adolescente con más complicaciones en la gestación es la de 10 a 13 años que se han hospitalizado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte de la Ciudad de Lima en el periodo de enero a octubre del año 2015

DISEÑO DE ESTUDIO:

Tipo de Estudio descriptivo retrospectivo cuantitativo en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Vitarte del distrito Ate-Vitarte, los datos del año 2015 fueron obtenidos del departamento de estadística.

3.2 VARIABLES INDICADORES

Tabla 1: Operacionalización de variables sociodemográficas

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
EDAD	Tiempo que una persona a vivido, a contar desde su Nacimiento.	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana • Adolescencia media • Adolescencia tardía 	10-13 14-16 17-19
ESTADO CIVIL	Situación civil en la que se encuentra una persona	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • conviviente 	SI/NO
INSTRUCCION	Nivel de conocimientos adquiridos en educación formal.	Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior 	SI/NO
RESIDENCIA	Lugar donde radica una Persona.	Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	SI/NO
			<ul style="list-style-type: none"> • DCP 1. macrosomia 	

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	Principales Patología materna que Ocorre durante el embarazo.	Patologías	<p>2. presentación anómala</p> <ul style="list-style-type: none"> • RPM • CESAREA ANTERIOR • SFA <ol style="list-style-type: none"> 1. Distocia funicular 2. Prolapso de cordón 3. oligohidramnios 	SI/NO
PARTO	Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de salida del feto del útero materno	Vía de terminación del embarazo	Vía vaginal y Cesárea abdominal	SI/NO

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Estudio descriptivo retrospectivo cuantitativo en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Vitarte del distrito Ate-Vitarte, los datos del año 2015 fueron obtenidos del departamento de estadística.

4.2 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la presente investigación, mediante oficio, se solicitó la respectiva autorización al área de capacitación, investigación y ética, para acceder a las historias clínicas de las gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, dirigido al Director del Hospital Vitarte. El autor del presente trabajo se compromete a que la información recolectada sea confiable, sin manipular para su propio beneficio los datos obtenidos y que los resultados serán utilizados en beneficio de las gestantes y por lo tanto de la comunidad.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Área de estudio:

Este estudio se realizó retrospectivo, descriptivo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte

Universo:

Todas las historia clínicas, fichas perinatales, reporte de parto y reporte operatorio de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015

Muestra:

Historias clínicas completas de las gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015

Unidad de análisis:

Lo constituyeron las historias clínicas de las gestantes adolescentes con complicaciones en su embarazo atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015, de quienes se recolectó sus datos.

Criterios de selección:**4.3.1.- Criterios de inclusión:**

Revisión de historias clínicas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital vitarte, de:

- Paciente adolescentes embarazadas.
- Igual o mayor de 10 años e igual o menor de 19 años

4.3.2.- Criterios de Exclusión:

- No se tomaron en cuenta en el estudio a:
- Pacientes hospitalizadas con 20 años de edad o más.
- Pacientes con historia clínica incompleta (no controladas)

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento:

Se elaboró un formulario diseñado exclusivamente para la investigación (anexo / n°) que incluyó: datos de filiación que constaban en las historias clínicas de las gestantes, entre ellas están edad, residencia, instrucción, estado civil, vías del parto y las complicaciones obstétricas ya mencionadas. El instrumento, elaborado por la investigadora, constó de preguntas cerradas con la finalidad de obtener información que permita un manejo estadístico más apropiado de los datos.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

- a. Se solicitó mediante oficio al Director del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital vitarte, para dar a conocer sobre nuestro trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para el uso de las historias clínicas del departamento de estadística, la cual fue aceptada satisfactoriamente.
- b. Con la autorización obtenida acudimos al departamento de Estadística del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital vitarte, para recolectar la información del libro de registros del año 2015, para conocer las historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia y que presentaron complicaciones, donde se me brindó libre acceso.
- c. Una vez obtenidas los números de las historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, se procedió a buscarlas y a

recolectar los datos mediante la aplicación del formulario previamente elaborado.

- d. Con la información registrada en los formularios se realizó la respectiva tabulación, graficación e interpretación de resultados, con sus respectivas conclusiones

4.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

4.6.1.- Análisis de la información.

El análisis de la información se realizó bajo el enfoque cuantitativo, descriptivo.

4.6.2.- Análisis Cuantitativo.

La entrada predominante fue la cuantitativa y apoyada en la estadística descriptiva. Las variables cuantitativas fueron manejadas en número de casos (n) y sus porcentajes (%).

4.6.3.-Presentación de resultados.

Presentamos los resultados de la información recopilada por medio de tablas de distribución de frecuencias, porcentajes y gráficos recomendados por la metodología. Las medidas estadísticas utilizadas para el análisis fueron medidas de frecuencia relativa, entre ellas el porcentaje y razón.

4.6.4- Programas a utilizar en procesamiento y análisis de datos.

Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel™ versión 2013 en español para Windows™ y programa SPSS versión 23.0 en español para Windows™ para la evaluación.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Fueron 250 historias clínicas investigadas de las gestantes adolescentes con Complicaciones obstétricas, hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 y que se encontraban almacenadas en el Departamento de Archivo de dicha institución. Este número constituyó la muestra.

El acceso a este número de historias clínicas requirió de 15 visitas al Departamento de Archivo del Hospital Vitarte en el año 2015

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

En el servicio de obstetricia del Hospital Vitarte entre enero a octubre del 2015, han sido atendidas 3034 gestantes, de las cuales 250 eran adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, lo que implica un 14.32% del total de gestantes.

TABLA Nº 1

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según edad por categorías.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
13	1	,4
14	4	1,6
15	10	4,0
16	29	11,6
17	37	14,8
18	86	34,4
19	83	33,2
Total	250	100,0

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según edad.

Edad por categorías	Frecuencia	Porcentaje
10 A 13 AÑOS	1	0,4%
14 A 16 AÑOS	42	16,8%
17 A 19 AÑOS	207	82,8%
Total	250	100,0%

La distribución según edad tuvo de 10 a 13 años un 0.4%, de 14 a 16 años tuvo un 16.8% y de 17 a 19 años con un 82.8% siendo el mínimo de edad 10 años y el máximo de 19 años.

TABLA Nº 2

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Residencia.

Las

RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	203	81,2
URBANA	47	18,8
Total	250	100,0

gestantes

adolescentes que pertenecen a la zona rural representan el 81.2%; mientras que la zona urbana representa el 18.8%.

TABLA Nº 3

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Estado Civil.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
soltera	27	10,8
casada	33	13,2
conviviente	190	76,0
Total	250	100,0

Las gestantes adolescentes casadas representan el 13.2%, seguidas de convivientes con el 76%; mientras que las solteras constituyen el 10.8%.

TABLA Nº 4

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Grado de Instrucción.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
sin estudios	3	1,2
1ro a 4to (primaria incompleta)	3	1,2
6to primaria completa	26	10,4
1ro a 4to (secundaria incompleta)	38	15,2
5to secundaria completa	174	69,6
superior	6	2,4
Total	250	100,0

Según la instrucción, el 69.6% ha estudiado hasta la secundaria completa, Seguida por el 15.2% que representa la secundaria incompleta, seguida por 1.2% que representa la primaria incompleta, seguida por 10.4% que representa la primaria completa; la población analfabeta representa el 1.2%. y seguida por las adolescentes sin estudios con un 1.2%

TABLA Nº 5

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Ocupación.

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	228	91,2
Estudiante	16	6,4
Trabajadora	6	2,4
Total	250	100,0

Según la ocupación, el 6.4% ha estudiado, seguida por el 2.4% que representa las trabajadoras y finalizamos con un 91.2% que representan a las Amas de casa.la población

TABLA Nº 6

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Procedimiento.

PROCEDIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
PARTO VAGINAL	121	48,4
CESAREA	129	51,6
Total	250	100,0

Se encontró un 48.4% que se les realizo un parto Vaginal y un 51.6% de las cuales se les realizo una cesárea.

TABLA Nº 7

Complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015. Según DFP

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
DCP	13	15.5
MACROSOMIA	19	22.6
PRESENTACION ANOMALA	48	57.1
PELVIS ESTRECHA	4	4.8
Total	84	100.0

Según nuestras variable DCP se encontró que dentro de sus categorías encontramos un 57.1% que equivalen a pacientes con presentación anómala, continuando con un 22.6% con macrosomia, continuando con un 15.5% el cual equivale pacientes con DCP y terminamos con un 4.8% que corresponde a las pacientes con pelvis estrecha.

TABLA Nº 8

Complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015. Según Distocia Funicular

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
PROLAPSO DE CORDON	2	2.6
CIRCULAR SIMPLE	58	76.3
CIRCULAR DOBLE	16	21.1
Total	76	100.0

Dentro de la Distocia Funicular encontramos que en sus categorías el 76.3% equivale a circular simple, continuando con un 21.1% con circular doble y para terminar tenemos un 2.6% el cual equivale a 2 casos con prolapso de Cerdón.

TABLA N° 9

Complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015. Según SFA

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
TAQUICARDIA FETAL	11	23.4
OLIGOHDDRAMNIOS	4	8.6
ANOMALIA TDP	23	48.9
LIQUIDO MECONIAL	9	19.1
Total	47	100.0

Dentro del sufrimiento fetal agudo, encontramos un 48.9% con una anomalía del tdp, continuando con un 23.4% con una taquicardia fetal, seguido de un 19.1% con liquido meconial y para terminar un 8.6% con oligohidramnios.

TABLA N° 10

Complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015. Según Hemorragia del III T°

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
DPP	1	33.3
PP	2	66.7
Total	3	100.0

Dentro de las complicaciones de hemorragia del III T°, encontramos que un 66.7% equivalen a un parto prematuro y un 33.3% a un desprendimiento prematuro de placenta

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El embarazo en adolescentes también se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen. (16)

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo. (16)

La información fue obtenida de una institución médica representativa de la ciudad de Lima en el distrito de ate Vitarte e incluye datos de historias clínicas de gestantes adolescentes con complicaciones obstétricas, que sin ser un estudio experimental posee información válida para orientar a los expertos en la toma de decisiones frente a un problema que sin duda, aún no es controlado.

El análisis estadístico cuantitativo retrospectivo descriptivo de la presente investigación realiza una aproximación de la realidad local, como un intento de buscar la relación entre los hechos y el ámbito en que se hace presente. Se identifica al hecho como la presencia de embarazo en adolescentes y al ámbito como las

características de la población (edad, instrucción, estado civil, residencia y ocupación), y la presencia de complicaciones obstétricas.

Con esta finalidad seleccionamos al Hospital de Ate Vitarte de la ciudad de Lima, distrito de ate; institución que brinda atención médica, constituyéndose en un Hospital importante, con una población gestante diversa. El levantamiento de la información se realizó por medio de un formulario previamente validado y recopilado por su investigador. Una estrategia adicional fue el control de la calidad de los datos obtenidos.

En las revisiones realizadas a través del internet podemos comprobar que el tema del embarazo en adolescentes y complicaciones obstétricas ocupa escasos pero importantes portales, donde exponen resultados de sus investigaciones.

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América

Latina. (5)

Las implicaciones que tiene el embarazo en adolescentes son de distinta índole. Por ejemplo, puede haber consecuencias en la salud, la reproducción intergeneracional de la pobreza, la inestabilidad familiar, el abandono escolar y la inserción precaria en el mercado laboral. Algunos autores argumentan que las complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes

se deben no tanto a la edad sino a otros factores asociados como un menor acceso a servicios, la pobreza y demás.

Dentro de nuestro estudio durante el año 2015 se atendieron 3034 gestantes, de las cuales 250 eran adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas, lo que implica un 8.54% del total de gestantes. Se observó que la adolescencia tardía representó el 82.8%; la mayoría reside en zona rural con el 81.2%. Predomina las gestantes adolescentes convivientes con el 76% y el nivel de instrucción que prevaleció es la secundaria completa con el 69.6%.

Dentro de nuestro estudio las complicaciones obstétricas incluyen: la cesárea se presentó en el 51.6, el parto prematuro en un 1.2%, la ruptura de membranas 2.8% y la desproporción feto pélvica con un 33.6%, la Preeclampsia representa el 4.0%%, el sufrimiento fetal agudo con un 18.8%

Dentro de nuestro estudio existieron adolescentes con hemorragia del III Trimestre y parto prematuro en una frecuencia muy baja. Este estudio nos ha dado una visión global de nuestra realidad, la misma que no es muy diferente, comparada a la que se encontró a nivel nacional y en otros países en vías de desarrollo.

Finalmente nuestro estudio encontró que las gestantes adolescente que sufren más complicaciones obstétricas con las que cursan la edad 17 a 19 años siendo la mayoría convivientes con un grado de instrucción de secundaria completa y una zona de vivienda rural.

Se recomienda realizar estudios posteriores que evalúen la frecuencia de complicaciones en gestantes adolescentes para lograr un porcentaje más fidedigno y poder tener una estadística adecuada para la clasificación de las diferentes anomalías en gestantes durante el embarazo y así tener una prevención anticipada de las mismas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital vitarte en los meses de enero a octubre del 2015 presentan:

- 1.- La preeclampsia representa el 4 % de los transtornos hipertnsivos; en nuestro estudio encontramos 10 casos. No se evidenciaron casos de hipertensión crónica y eclampsia
2. La amenaza de parto pretérmino representa el 1.2%, Esta patología no se presenta en el 98.8% de las adolescentes gestantes estudiadas.
3. La ruptura prematura de membranas ocurrió en el 2.8%, mientras que el 97.2% de las gestantes adolescentes no lo presentaron.
4. La desproporción céfalo pélvica representa el 15.5% mientras que el 84.5% no lo presentaron.
5. La cesárea fue realizada en el 51.60% de las gestantes adolescentes; no se presentó en el 48.40%.
9. La distribución según edad tuvo como promedio 17 años, siendo el mínimo de edad 13 años y el máximo de 19 años. La edad entre 17 a 19 años (Adolescencia tardía) representa el 69.09%.
10. Según la instrucción, el 43.64% ha estudiado hasta la secundaria incompleta, seguida por el 23.18% que representa la primaria completa; la población analfabeta representa el 0.45%.
11. Las gestantes adolescentes casadas representan el 40%, seguidas de unión libre con el 35%; mientras que las divorciadas constituyen el 0.45%; no existen viudas.
12. Las gestantes adolescentes que pertenecen a la zona rural representan el 65.5%; mientras que la zona urbana representa el 34.5%.

13.- según nuestro estudio la distocia funicular fue la mas concurrida en el parto vaginal, el circular simple llego a un 76.3% y el circular doble con un 21.1%

RECOMENDACIONES

Después de haber realizado el estudio podría recomendar que se realicen campañas escolares con mención a la prevención del embarazo adolescente.

Tener un área en los colegios dirigida a la salud sexual y reproductiva del adolescente, con la finalidad de que estos encuentren la información necesaria y tengan una buena orientación al momento de iniciar su vida sexual.

tratar de prevenir un embarazo precoz, ya que resulta beneficioso para la comunidad en general, tanto en el aspecto psicosocial como en el económico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Chumbe O, Novoa A, Aborto séptico en adolescentes, 1998, disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol_44N2/aborto_septico.htm

2. Fernández L, Carro E, Oses D, Pérez J. Caracterización de la gestante

adolescente, Rev Cubana Obstet Ginecol, 30 (2): 5-12. 2004.

3. Nuñez-Orquiza R, Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de

métodos anticonceptivos posparto, edición 1, 2003, disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634200300070001

4. Stern C, El embarazo en la adolescencia como problema público, edición 2,

1997, disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636341997000200008

5. Cruzat H, Fuentes M, El embarazo en edades tempranas, Algunas

consideraciones al respecto, 1999, disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403191999000100004&script=sci_arttext&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403191999000100004&script=sci_arttext&tlng=es)

6. Martín L, Reyes Z, Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia.

Un enfoque integral de promoción de salud, edición 2, 2003, disponible en:

http://hinariqw.who.int/whalecomscielo.sld.cu/whalecom0/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. Valdés S, Essien J, Bardales J, Embarazo en la adolescencia. Incidencia,

riesgos y complicaciones, 2002, disponible en:

http://hinariqw.who.int/whalecomscielo.sld.cu/whalecom0/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004&lng=es&nrm=iso

8. Padilla de Gil, A. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia. 7(1): 16-25. 2000

9. Vera, G, Gallegos, M, Varela, M. Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rev Méd Chile. 127(2): 413-437. 1999.

10. Montero, A, Matamala M, Valenzuela M. Principales características biosicosociales del embarazo y parto en adolescentes. Rev Sogia. 6(1): 10. 1999

11. Pelaez J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Angel Maida y cols. Rev Sogia. 3(1): 13-16. 1996.

12. Díaz A, Sanhueza P, Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente, 2002, disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262002000600009&script=sci_arttext.

13. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Riesgos en el embarazo adolescente, Rev de la VIa Cátedra de Medicina. 153: 13-17. 2006

14.OMS http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

15. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Prof. Dr. Juan R. Issler http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

16. MACROSOMÍA FETAL: Definición, Predicción, Riesgos y Prevención http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_39n17/macrosomia_fetal.htm

17. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000512.htm>

18. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/desproporcion-cefalo-pelvica>

19. <http://www.dmedicina.com/enfermedades/ginecologicas/infeccion-urinaria.html>

20.- Redondo, Carlos; Galdó Gabriel; et al. "Atención al Adolescente". 2008. Publican. Ediciones de la Universidad de Cantabria. España.

21.- <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4757749>

22.- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lan=p&nextAction=lnk&exprSearch=181693&indexSearch=ID>

23. http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revist=198&id_seccion=3535&id_ejemplar=6895&id_articulo

=68933

24.-http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X200200020000425.-

26.- Williams, J. Obstetricia. 21. ed. Buenos Aires. Panamericana. 2002. pag 12-14.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jijón, A, Sacoto M. Alto riesgo obstétrico. Quito. Ecuoffset. 2006. pag 29-32, 83-93.

2. Pérez Sánchez, A, Donoso Siña, E. Obstetricia. 3ra. ed. Santiago de Chile.

Publicaciones Técnicas Mediterráneas. 1999. pag 9-10, 253-254.

3. Díaz, A, Sanhueza, R, Yaksic N. Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. 67(6): 481-487. 2002.

4. Plan nacional de prevención del embarazo en adolescentes en el ecuador, ENDEMAIN, disponible en: http://www.cnaa.gov.ec/upload/Plan_Preencion_Embarazo_Adolescente.pdf

5. Chumi A, Guerrero J, Illescas C, Prevalencia de patologías obstétricas en adolescentes embarazadas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Cuenca “Vicente Corral Moscoso” período abril 2006- abril 2008, Cuenca Ecuador 2008.

6. Rimbao G, Cruz J, Safora O, Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia, Rev Cubana Med

Gen Integr 23(3). Cuba 2007, disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi08307.htm

7. Tay Flor, Puell L, Neyra L, Embarazo en adolescentes: Complicaciones obstétricas, Ginecología y Obstetricia (3) 45. Perú 1999, disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol_45N3/embarazo.htm

8. Laffita A, Ariosa J, Cutie J, Adolescencia e interrupciones del embarazo, Rev Cubana Obstétrica Ginecología. 30 (1). 2004

9. Issler, J. Embarazo en la Adolescencia. Rev. via Medicina. 107: 11-23. 2001

10. Botero, J, Jubiz A. Obstetricia y Ginecología. 7ma. ed. Bogotá. Quebecar. 2004.pag 220-236.

11. Molina, M, Narváez, J, Ñauta, J, Rodríguez, M, Vega, B. Normas em Obstetrícia, Cuenca. Universidad de Cuenca. 2008. pag 57-68.

12. Narváez, J, Vega, B. Temas relevantes en Ginecología y Obstetricia, trabajos de Investigación del postgrado. Cuenca. Universidad de Cuenca. 2007. pag 52-57, 67-72.

13. Squizzato C, Relación de la preeclampsia en adolescentes embarazadas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño, Lima Perú, 2006.

14. Schwarcz, R, Fescio, R. Obstetricia. 6ta. ed. Buenos Aires. El Ateneo. 2005. pag184-187.

15. Williams, J. Obstetricia. 21. ed. Buenos Aires. Panamericana. 2002. pag 12-14.

16. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, disponible en:

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

17.- Williams, J. Obstetricia. 21. ed. Buenos Aires. Panamericana. 2002. pag 12-

18.- <http://es.scribd.com/doc/46666363/9-Distocia-Funicular#scribd>

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
EDAD	Tiempo que una persona a vivido, a contar desde su Nacimiento.	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana • Adolescencia media • Adolescencia tardía 	10-13 14-16 17-19
ESTADO CIVIL	Situación civil en la que se encuentra una persona	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • conviviente 	SI/NO
INSTRUCCION	Nivel de conocimientos adquiridos en educación formal.	Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior 	SI/NO

RESIDENCIA	Lugar donde radica una Persona.	Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural 	SI/NO
COMPLICACIONES OBSTETRICAS	Principales Patología materna que Ocurre durante el embarazo.	Patologías	<ul style="list-style-type: none"> -DFP -RPM -C.A -D. FUNICULAR -SFA - PREECLAMP SIA - HEMORRAGI A III T° -IUP -PARTO - PRETERMINO 	SI/NO
PARTO	Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de salida del feto del útero materno	Vía de terminación del embarazo	Vía vaginal y Cesárea abdominal	SI/NO

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL “VITARTE” EN EL AÑO 2015”**

Formulario N. _____

Historia Clínica N _____

1. EDAD	
----------------	--

2. RESIDENCIA	
2.1 Urbana	
2.2 Rural	

3. INSTRUCCIÓN	
3.1 Analfabeta	
3.2 Primaria Incompleta	
3.3 Primaria Completa	
3.4 Secundaria Incompleta	
3.5 Secundaria Completa	
3.6 Superior	

4. ESTADO CIVIL	
4.1 Soltera	
4.2 Casada	
4.3 conviviente	

5.-OCUPACION	
5.1 Estudiante	
5.2 Ama de casa	
5.3 Trabajadora	

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL “VITARTE” EN EL AÑO 2015**

6. PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO	
6.1.- DFP (Macrosomia, Pelvis Estrecha, P.anomala)	
6.2.- RPM	
6.3.- CESAREADA ANTERIOR	
6.4.- DISTICIA FUNICULAR	
6.5.- SFA (prolapso de cordón, circular simple, circular doble, taquicardia fetal)	
6.6.- Preeclampsia	
6.7.- Hemorragia III T°	
6.8.- IUP (DPP, PP	
6.9.- Parto Pretermino	

ELABORADO POR: _____

FECHA: _____

TABLA N° 1

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según edad.

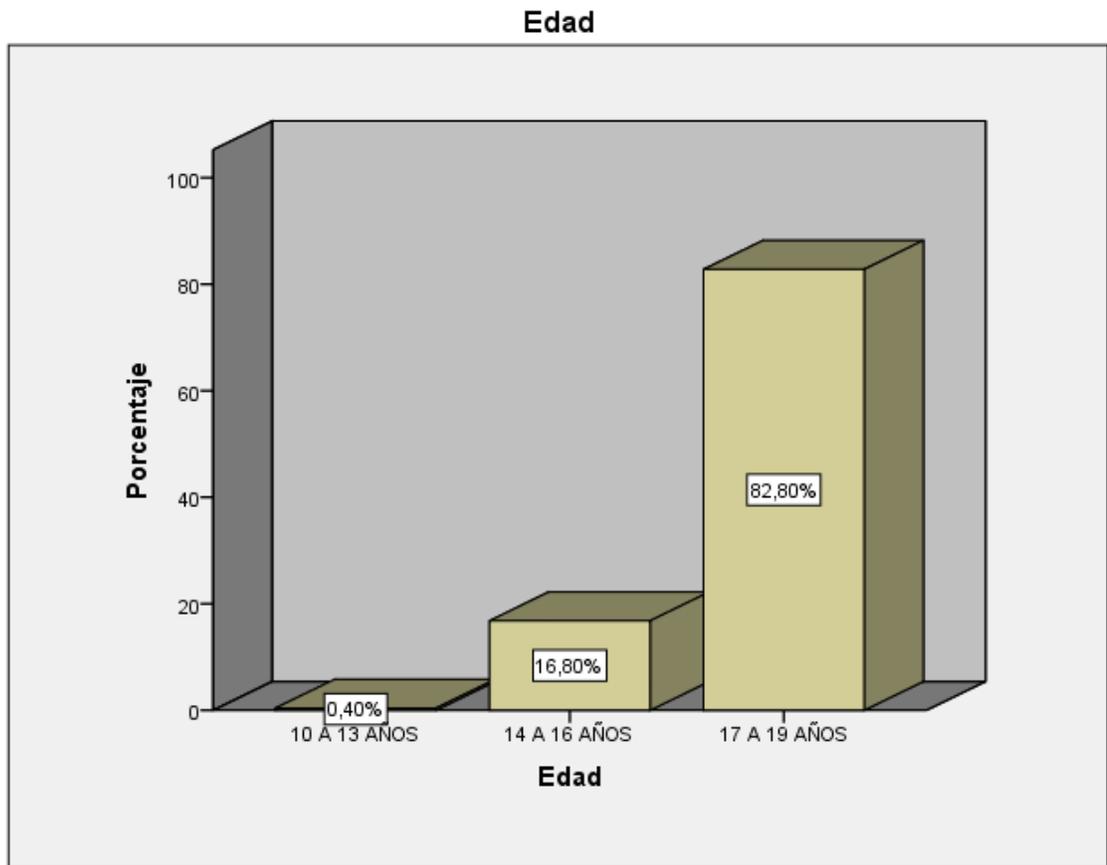


TABLA Nº 2

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Residencia

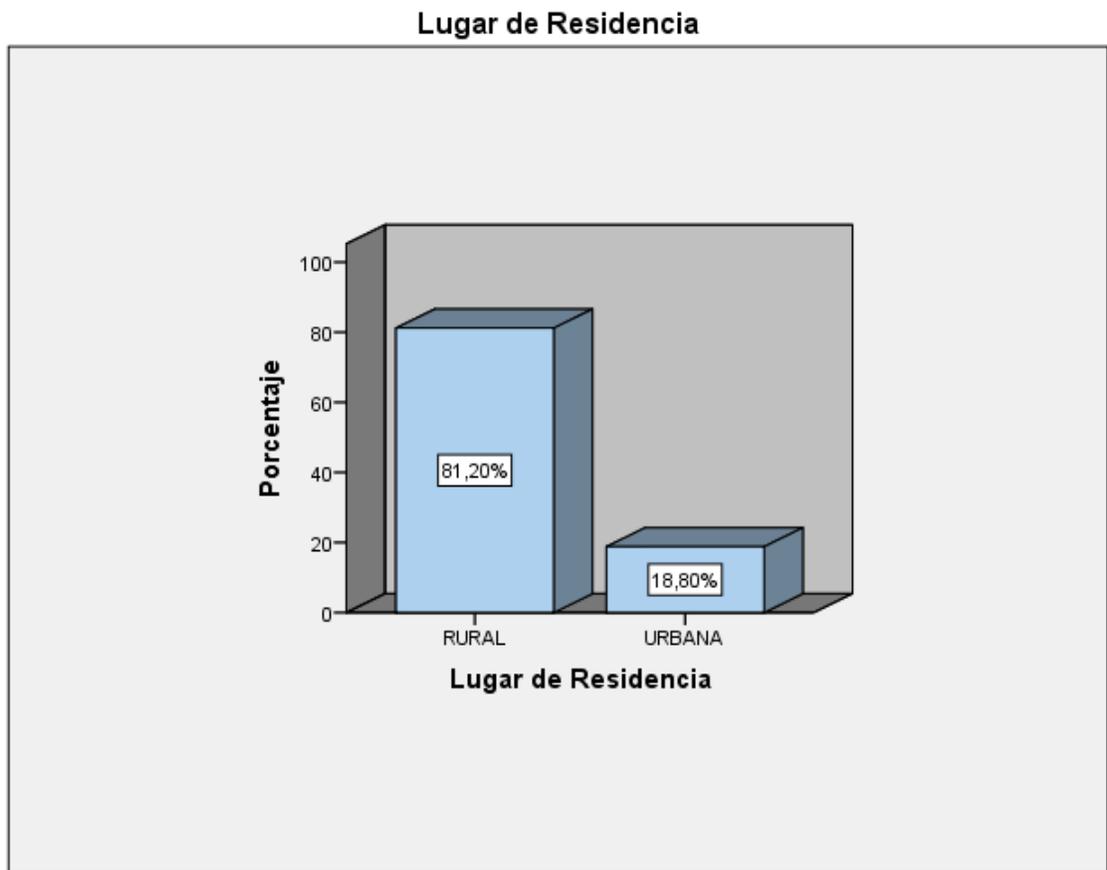


TABLA Nº 3

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Estado Civil.

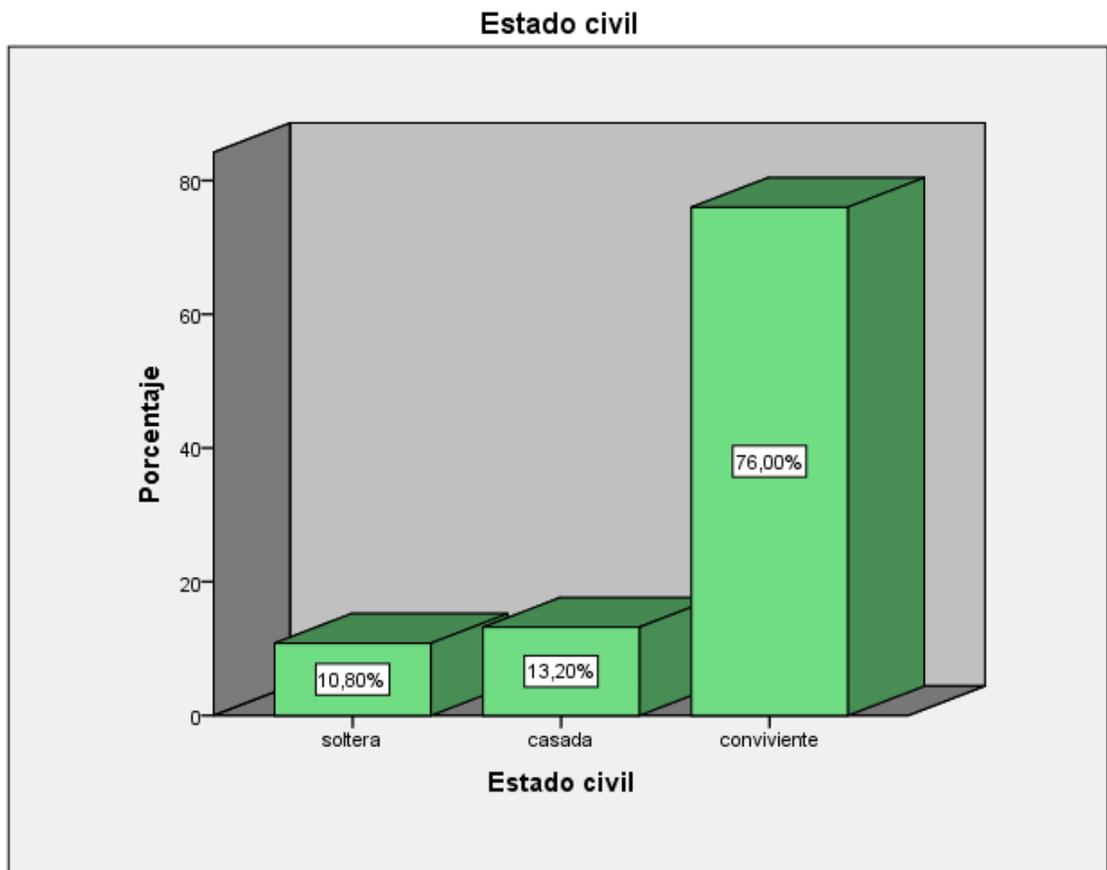


TABLA Nº 4

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Grado de Instrucción.

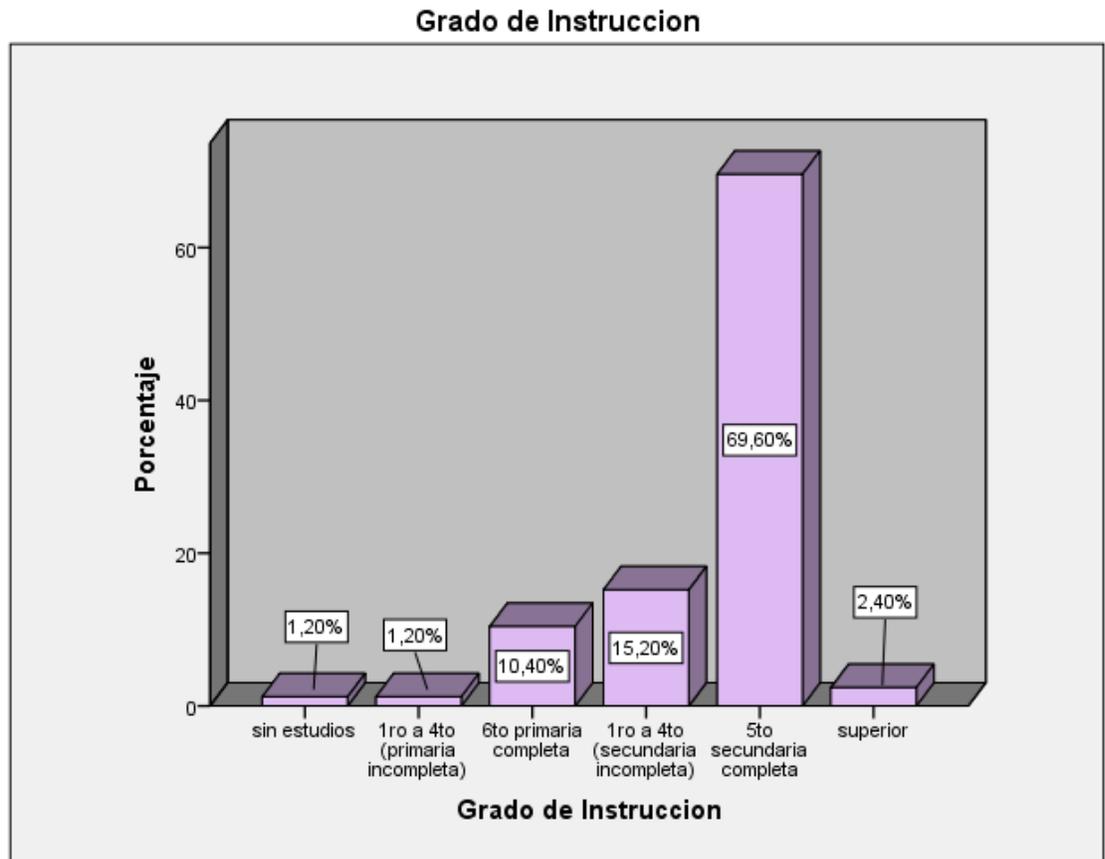


TABLA Nº 5

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Ocupación

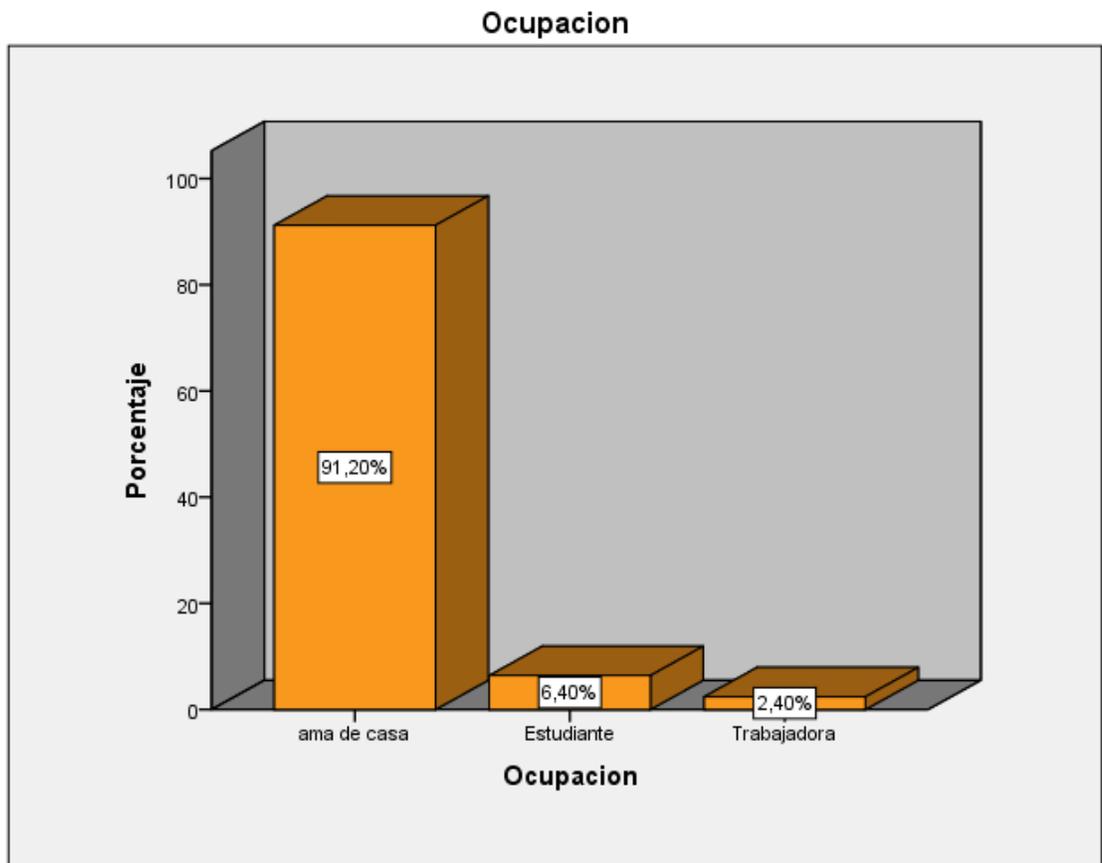


TABLA N° 6

Distribución de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015 según Procedimiento

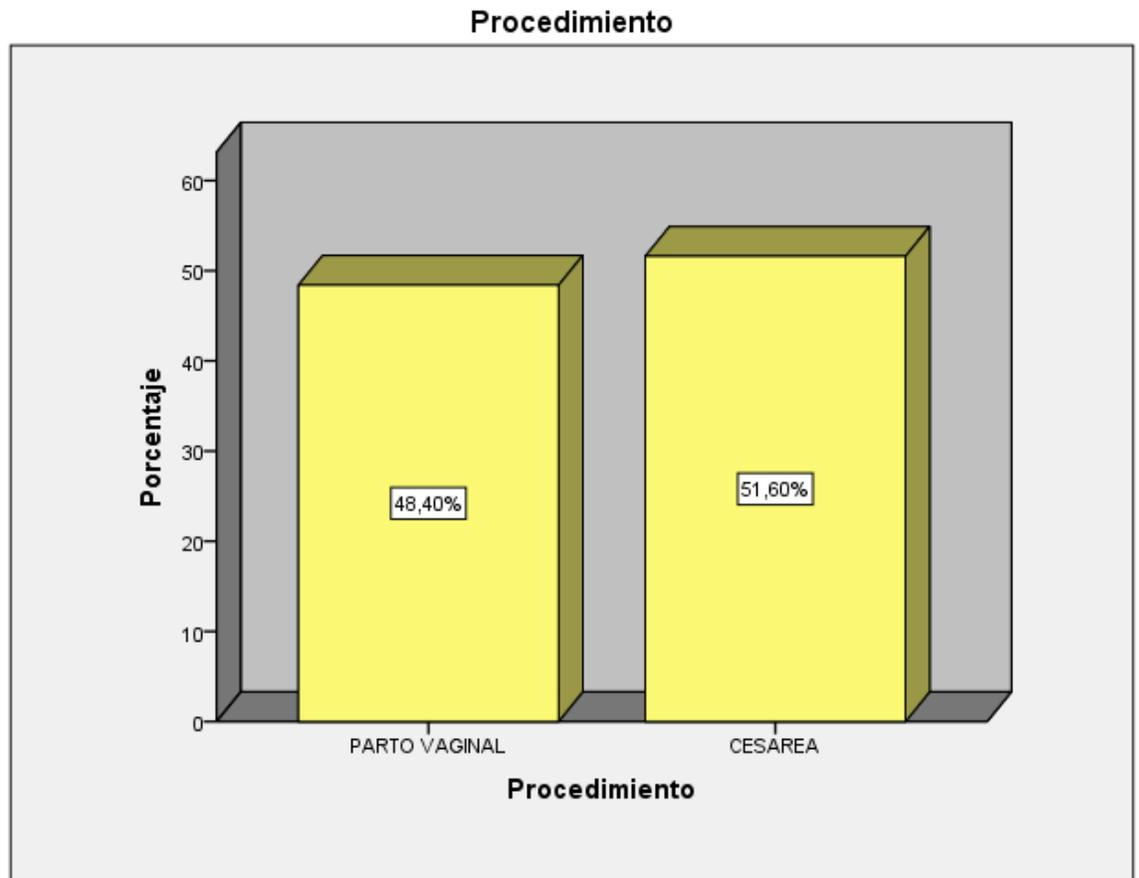


TABLA Nº 7

Complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015. Según DFP

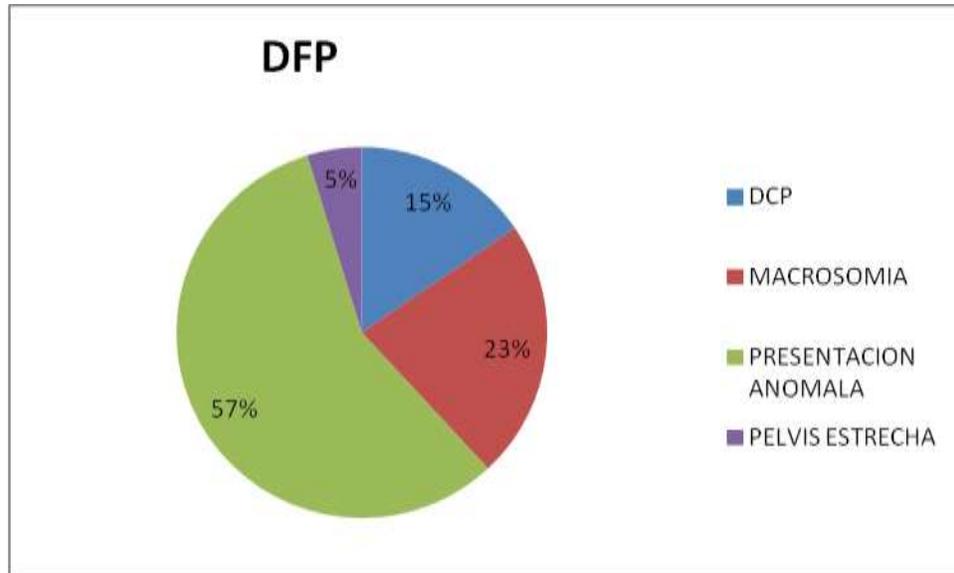


TABLA Nº 8

Complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015. Según Distocia Funicular

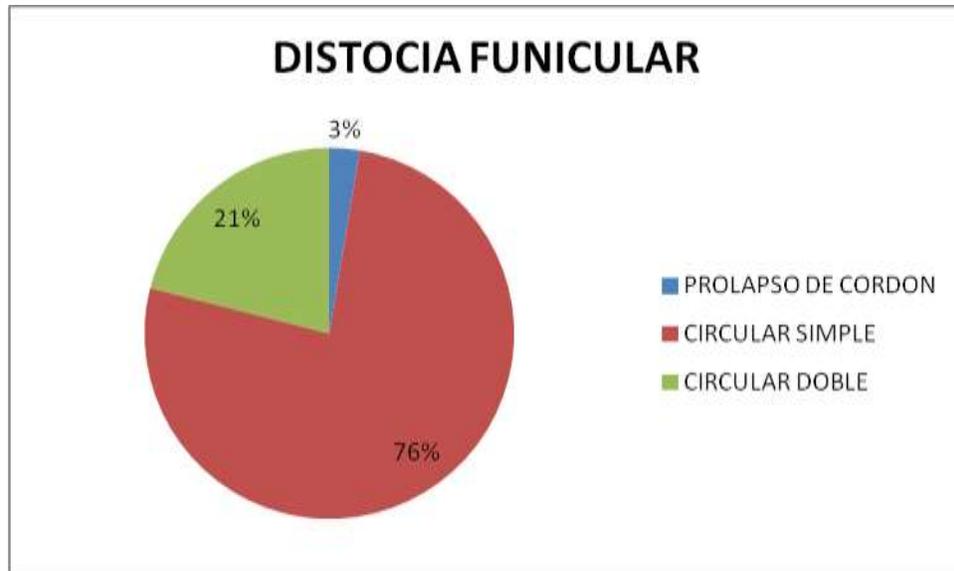


TABLA Nº 9

Complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015. Según SFA

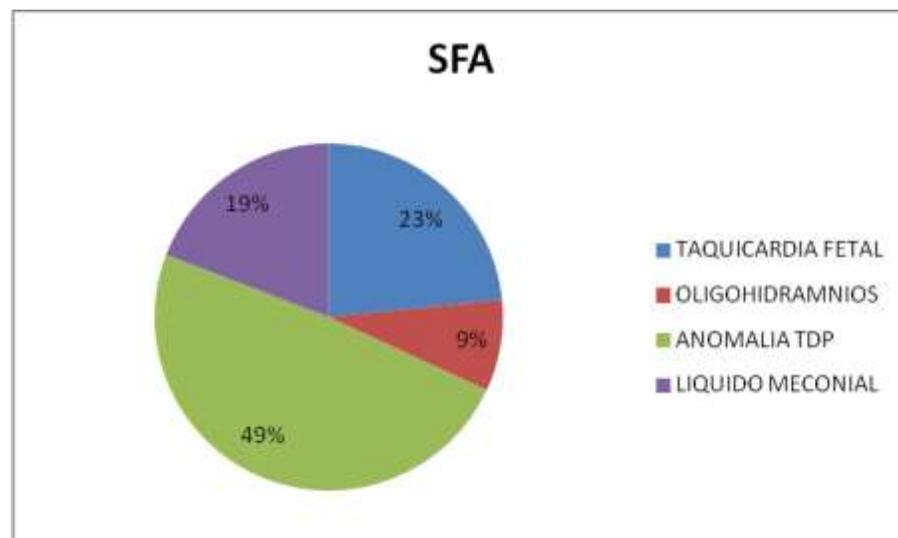


TABLA Nº 10

**Complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes hospitalizadas
en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte en el año
201 Según Hemorragia del III T°**

