

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“COMPLICACIONES OBSTÈTRICAS EN GESTANTES
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÀN
MEDRANO DE HUÀNUCO 2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTOR: Garay Palomino, Dayer Feliberto

ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

2020

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud publica
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22502454

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22418566

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4163-8740

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Pozo Perez, Martha Alejandrina	Doctora en ciencias de la salud	22408219	0000-0003-4564-9025
2	Suarez Leon, Cecilia Lissette	Obstetriz	40790329	0000-0001-7089-0537
3	Oscategui Torres, Dora Narvi Zulema	Obstetra	20089696	0000-0003-0463-5022



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **diecisiete** horas del día **once** del mes de **diciembre** del año **2020**, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunieron el sustentante y el Jurado Calificador mediante la plataforma virtual Google meet integrado por los docentes:

DRA. MARTHA ALEJANDRINA POZO PEREZ	(PRESIDENTA)
OBST. CECILIA LISSETTE SUAREZ LEON	(SECRETARIA)
OBST. DORA NARVÌ ZULEMA OSCATEGUI TORRES	(VOCAL)

Nombrados mediante la Resolución N° 908 – 2020 – D – FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: **“COMPLICACIONES OBSTÈTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÀN MEDRANO DE HUÁNUCO 2018”**, por el Bachiller don **Dayer Feliberto GARAY PALOMINO**, para optar el Título profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrollará en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formulados por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **Aprobado** por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **Dieciocho** y cualitativo de **Muy Bueno**.

Siendo las **18:08** horas del día **11** del mes de **diciembre** del año **2020**, los miembros del jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. MARTHA ALEJANDRINA POZO PEREZ
PRESIDENTA

OBST. CECILIA L. SUAREZ LEON
SECRETARIA

OBST. DORA NARVÌ Z. OSCATEGUI TORRES
VOCAL

DEDICATORIA

Con mucho cariño y aprecio dedico este Trabajo a mi Esposa e hijos a mi Padre y Maestras por su abnegada labor y apoyo para cumplir mis metas trazadas.

ADRADECIMIENTO

Agradecer infinitamente a DIOS, por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mi Padre y a mi hermana por ser los principales promotores de mi sueño, por los consejos, valores y principios que me inculcaron.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Dra. Juana Irma, PALACIOS ZEVALLOS asesora de mi proyecto de investigación quien a guiado con su paciencia y colaboración y que permitió el desarrollo del presente trabajo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
ADRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	IX
SUMMARY.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPITULO I	14
PROBLEMA DE INVESTIGACION	14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.2.1. Problema General	16
1.2.2. Problemas Específicos.....	16
1.3. OBJETIVO GENERAL	16
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
CAPITULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.1.1. Antecedentes Internacionales	19
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	21
2.1.3. Antecedentes Regionales	23

2.2. BASES TEÓRICAS.....	25
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS.....	39
2.4. HIPÓTESIS.....	39
2.5. VARIABLES	40
2.5.1. Variable independiente.....	40
2.5.2. Variable dependiente	40
2.5.3. Variables intervinientes:	40
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DIMENSIONES E INDICADORES).....	41
CAPITULO III	42
MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	42
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	42
3.1.1. Enfoque.....	42
3.1.2. Diseño	42
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.2.1. Población	43
3.2.2. Muestra	43
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.3.1. Descripción del Instrumento	44
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	44
3.4.1. Análisis de datos	44
CAPITULO IV.....	45
RESULTADOS.....	45
CAPITULO V.....	57
DISCUSION DE RESULTADOS.....	57
CONCLUSIONES	59

RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Edad.....	45
Tabla N° 2 Grado de Instrucción.....	46
Tabla N° 3 Residencia	47
Tabla N° 4 Estado civil.....	48
Tabla N° 5 Situación económica	49
Tabla N° 6 Gesta Paridad	50
Tabla N° 7 Edad Gestacional.....	51
Tabla N° 8 Atenciones pre natales.....	52
Tabla N° 9 Tipo de Parto.....	53
Tabla N° 10 Antecedentes de aborto	54
Tabla N° 11 Complicaciones obstétricas.....	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Edad	45
Gráfico N° 2 Grado de Instrucción	46
Gráfico N° 3 Residencia.....	47
Gráfico N° 4 Estado civil	48
Gráfico N° 5 Situación económica	49
Gráfico N° 6 Gesta Paridad.....	50
Gráfico N° 7 Edad Gestacional	51
Gráfico N° 8 Atenciones pre natales	52
Gráfico N° 9 Tipo de Parto	53
Gráfico N° 10 Antecedentes de aborto	54
Gráfico N° 11 Complicaciones obstétricas.....	55

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO 2018” tuvo como objetivo Determinar el grupo de gestantes entre adolescentes y añosas que presenta más complicaciones Obstétricas durante el embarazo y parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2018, se trabajó con una muestra de 89 pacientes, se obtuvo como resultados los siguientes datos: Referente a las edades, que el 74% fluctuaban entre las edades de 16 a 19 años, nivel educativo, que el 57% son de nivel educativo primaria, la población estudiada fue de la zona urbana con el 71%. Estado civil conviviente con el 46%; situación económica que el 53% es de condición económica regular, el 57% fueron multigestas, la edad gestacional se encontraron: Gestación a término con el 57%, el 79% de las pacientes en estudio, tuvieron más de seis atenciones pre natales, vía del parto el 72% terminaron en parto por vía abdominal, SIN antecedentes el 57%, complicaciones obstétricas tenemos: ITU 23%, aborto, 16%; amenaza de aborto y anemia con el 9% cada uno; RPM con el 8%; Trastornos hipertensivos del embarazo y parto prolongado con el 7% respectivamente, seguidas de DCP y parto precipitado con el 6% cada uno de ellos; DPP con el 5%

Palabras claves: complicaciones obstétricas, gestantes, adolescentes

SUMMARY

The present research work entitled "OBSTETRIC COMPLICATIONS IN ADOLESCENT GESTS IN THE HERMILIO VALDIZAN MEDRANO HUÁNUCO REGIONAL HOSPITAL 2018" was aimed at determining the group of pregnant women among teenagers and elderly women who presented more obstetric complications during pregnancy and childbirth at the Hermilio Regional Hospital Valdizan Medrano de Huánuco 2018, we worked with a sample of 89 patients, the following data were obtained as results: Regarding the ages, that 74% fluctuated between the ages of 16 to 19 years, educational level, that 57% they are of primary educational level, the population studied was from the urban area with 71% Marital status living with 46%; Economic situation that 53% is of regular economic condition, 57% were multigests, gestational age were found: Gestation at term with 57%, 79% of the patients studied, had more than six prenatal care, via 72% of birth ended in abdominal delivery, 57% without history, obstetric complications we have: ITU 23%, abortion, 16%; threat of abortion and anemia with 9% each; RPM with 8%; Hypertensive disorders of pregnancy and prolonged delivery with 7% respectively, followed by DCP and precipitated delivery with 6% each; DPP with 5%

Keywords: obstetric complications, pregnant women, adolescents

INTRODUCCIÓN

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida.

que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo

Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobres. (1)

En el Perú el promedio de embarazo adolescente aumenta a diez cada día entre los 15 a 19 años. Según el Instituto Nacional de Estadística e

Informática (INEI), cada día cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas en Perú, y este promedio sube a diez cuando las menores llegan a esta edad. (2)

En el Perú, el porcentaje de mujeres adolescentes (15 a 19 años) que están o han estado alguna vez embarazadas se mantiene a niveles estables (alrededor del 13%) en las últimas dos décadas. Los porcentajes varían notablemente según se trate de adolescentes pobres o no pobres, urbanas o rurales, y según región natural (en la selva supera el doble del promedio nacional), lo que las limita para aprovechar sus escasas oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y familiar en sus transiciones hacia la vida adulta. Aunque a nivel rural se registra un leve descenso, a nivel nacional el valor se mantiene estable, a causa de un leve aumento en las áreas urbanas, incluyendo Lima Metropolitana, cuyas poblaciones crecen, a diferencia de las poblaciones rurales.

Por otro lado, se registra un notable aumento de adolescentes que hubieran querido postergar el embarazo, de 35,2% (1991/92) a 57,8% (2012), a la par de un notable descenso en quienes efectivamente lo esperaban cuando se presentó (52,6 a 31,7%). En consecuencia, los riesgos sanitarios son mayores en ellas, al presentar RMM superiores a todos los otros grupos de edad, y al tener sus hijos mayor desnutrición. Según un estudio reciente del Ministerio de Salud y el UNFPA, para el periodo 2007-2011, la RMM en este grupo fue 241 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, valor superior al doble del promedio nacional global (106); y si la adolescente vivía en la selva, dicha razón llegaba a 453 muertes maternas adolescentes por cien mil nacidos vivos. (3)

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Dentro de los diferentes factores de riesgo obstétrico, están las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. Por un lado, las gestantes adolescentes aún no han desarrollado las condiciones fisiológicas, psicológicas y sociales necesarias para enfrentar una condición como el embarazo; mientras que en las gestantes añosas, el embarazo se suele asociar con afecciones propias de estas edades como la hipertensión arterial, diabetes, nefropatías y cardiopatías, con mayor índice de morbilidad materna, mayor incidencia de intervenciones y resultados más desfavorables. Por lo que se afirma que el embarazo antes de los 20 y después de los 34 años, se asocia a un mayor riesgo materno (4).

La edad es un antecedente biogeográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer, adquiere especial importancia el período de edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. (5)

Se estima que 16 millones de adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años, dan a luz cada año, y un 95% de estos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo (6).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), cada día cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas en Perú, y este promedio sube a diez cuando las menores llegan a esta edad. La encuesta demográfica y de salud familiar realizada

en 2017 revela que el 13.4% de adolescentes, de 15 a 19 años, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez en aquel año, lo que significó un alza del 0.7% con respecto al 2016. (7)

Por otro lado, la Organización Mundial de Salud, indica que en los países desarrollados y en vías de desarrollo, un hecho inevitable es la postergación cada vez mayor del inicio de la maternidad, mientras se alcanza la plenitud de la instrucción y estabilidad social, emocional, laboral y financiera; que por otro lado, trae grandes preocupaciones por probables complicaciones que con frecuencia afectan el proceso de la reproducción (8).

La Dirección Regional de Salud de Huánuco reportó 1491 casos de embarazo adolescente en el año 2017, concentrándose el 59 % de los casos en las provincias de Huánuco, Leoncio Prado y Pachitea, según los informes de la Dirección de Salud de las Personas. Según la normatividad del sector Salud, se considera como adolescentes a las personas desde los 12 años de edad cumplidos hasta los 17 años 11 meses y 29 días.

De acuerdo a las estadísticas comparadas de la Dirección Regional de Salud, se tiene que la cifra del año 2017 es menor a la de los últimos años; así, en 2015 se presentaron 1744 embarazos de adolescentes y en 2016 se registraron 1546 casos. Las implicancias sociales.

Según el Ministerio de Salud, las implicancias del embarazo adolescente, son las siguientes:

- Transmisión intergeneracional de la pobreza: la mujer que se embaraza tempranamente tiene familias grandes (5.2 hijos a lo largo de la vida reproductiva), abandona la escuela, tiene que emplearse en cualquier condición, a lo largo de su vida tiene diversas parejas sexuales.

- Un adolescente no ha culminado su desarrollo físico, psicológico y social y sin embargo, se hace responsable de un menor de edad, igual que ella.
- Escasas habilidades de crianza y limitadas redes de apoyo.
- No aceptación de la nueva situación con graves consecuencias para el recién nacido, tales como: abandono, rechazo, maltrato, infanticidio, homicidio inconsciente.
- Si el ambiente social y familiar es hostil, pueden recurrir al alcohol, drogas o suicidio.

Las parejas.-Una profesional obstetra de un establecimiento de salud de las alturas de Ambo, señala que lo sorprendente de las parejas de las adolescentes gestantes en un 70 % son personas mayores que incluso les doblan la edad y que conviven con ellas. El otro aspecto es que abandonan sus estudios y su proyecto de vida se circunscribe a la crianza de su menor hijo. (9)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuáles son los grupos de gestantes que prevalecen, entre adolescentes según edades?

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes que se presentan durante el embarazo y parto?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grupo de gestantes entre adolescentes y añosas que presenta más complicaciones obstétricas durante el

embarazo y parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2018.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grupo de gestantes que prevalece, entre adolescentes según edades.
- Conocer las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes que se presentan durante el embarazo y parto.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La población total de pacientes atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco es muy considerable, siendo el servicio de Gineco Obstetricia el que presenta mayor número de atenciones; dentro de las cuales implican complicaciones durante la gestación o parto, siendo las gestantes en edades extremas las que constituyen un gran número.

Es un hecho largamente acreditado en el campo de la salud el que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para el hijo, cuando se presenta en edades extremas de la vida reproductiva de la mujer por lo que la morbilidad relacionada con la reproducción presenta tasas más altas.

El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países.

Por otro lado, el embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

La realización del presente trabajo de investigación fue motivada por el hecho de que los embarazos en edades precoces son considerados

gestaciones de alto riesgo obstétrico y aunque, la incidencia del mismo según cifras mundiales está en aumento, tanto en la región Huánuco como en la provincia de Huánuco hay falta de información sobre el tema y no cuenta con ninguna referencia estadística, por lo que el presente estudio se considera muy relevante para conocer datos en la actualidad, además de servir de base para futuros trabajos de investigación.

El presente estudio descriptivo, justifica su realización pues se desea saber cuáles son las complicaciones obstétricas que enfrentan las gestantes de edades muy tempranas además de verificar el grupo con mayor riesgo de sufrir dichas complicaciones y así determinar el estado actual de éste problema en la provincia de Huánuco.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Referente a las limitaciones para el desarrollo del presente trabajo, es menester considerar que existen, algunas como por ejemplo la falta de datos que se requieren, en la historia clínica, dato mal rellenado, o escasas en la información que se requiere para el estudio.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Se considera viable el presente proyecto porque reúne las condiciones de recursos humanos, económicos y materiales necesarios, que aseguran la realización del estudio.

Además, se cuenta con el apoyo desinteresado e incondicional del Hospital Regional Hermilio Valdizan de Huánuco, para la facilitación de las Historias Clínicas Archivadas que se solicite, por cuanto los resultados de la investigación redundarán en beneficio de la población materna y profesional.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Según Amaro F., Ramos M. (Cuba, 2006). En un trabajo de investigación realizada, nos indican con respecto a la distribución de las mujeres según grupo de edad, prevaleció el grupo de adolescentes (75%), lo que permitió afirmar que existe un número considerable de mujeres que a pesar de tener edades cortas por ser adolescentes, desean procrear. Según las complicaciones del embarazo en gestantes con edades tempranas (adolescentes), 30 pacientes (93.75%), los que presentaron las más frecuentes fueron: la amenaza de parto pre término con 22 embarazadas (73,3%); trastornos hipertensivos del embarazo con 15 gestantes (50%) y amenaza de aborto con 13 pacientes (43,33%), seguido en menor grado por la rotura prematura de membranas con 7 gestantes (23%) y diabetes gestacional con 4 pacientes. (13%). Con relación al tipo de nacimiento en mujeres con edad materna temprana, el parto eutócico se presentó en 17 pacientes (53,13%) y 14 fueron cesáreas (43,75%) (10).

Según Caicedo F., Ahumada F., Bolaños M., Ortega O. (Colombia, 2016). En un estudio realizado encontraron que el riesgo de complicaciones obstétricas es mayor en las pacientes adolescentes que en las pacientes añosas. Este riesgo se incrementa si las pacientes tienen antecedentes obstétricos adversos o patológicos de base. La frecuencia de complicaciones maternas durante el embarazo en las pacientes adolescentes y de edades mayores cuyo parto fue atendido en el Hospital Universitario San José, Colombia, es bastante alta, 77,5% y 72,7% respectivamente. En ambos grupos poblacionales las principales

corresponden a trastornos hipertensivos del embarazo, parto pre término, ruptura prematura de membranas. Siendo más frecuentes todas estas patologías en las adolescentes (11).

BARROZO, MARIELA PRESSIANI, GRACIELA EMBARAZO ADOLESCENTE ENTRE 12 Y 19 AÑOS SAN MARTIN, MENDOZA, OCTUBRE DE 2011. CONCLUSION A través de la presente investigación realizada en el departamento Santa Rosa, sobre Embarazo Adolescente, se tomó como universo a ciento treinta adolescentes comprendidas en edades de 12 años a 19 años, de las cuales se obtuvo información con técnica de encuestas anónimas, arrojando como resultado: El 81% corresponde a inicio de su actividad sexual a temprana edad, (el 40% a edades entre 14 años y 15 años de edad, mientras que el 36% a edades entre 12 años y 13 años). Se obtuvo como respuesta el 46,20%, haber utilizado algún método anticonceptivo (preservativo) en su primera relación sexual. Mientras el 41% respondió no haber utilizado método de anticoncepción Del 49,20% de las jóvenes encuestadas, respondieron haber recibido información sobre salud reproductiva en los establecimientos educativos a los que concurren y el 18% en su seno familiar. En la tabulación correspondiente al conocimiento que poseen las jóvenes adolescentes sobre embarazo y sus riesgos, el 91,50% se observó tener un buen nivel de percepción. En la expresión escrita en las encuestas a adolescentes del departamento de Santa Rosa, se puede detectar, la preocupación en nuestro ámbito como responsables de cumplir un rol importante en la comunidad, ante la problemática como es el embarazo en las adolescentes, al seguir detectando el déficit de transmitir conocimientos del cuidado y el buen uso de los métodos anticonceptivos y la poca intervención y concientización de valores en el auto cuidado desde la perspectiva familiar y por ende insertados en la sociedad.(12).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

García Mena, M. Indica en el estudio sobre: Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015: El presente trabajo de investigación fue realizado con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015; se realizó una investigación no experimental, descriptivo, relacional, retrospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 245 gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante su embarazo, parto y puerperio atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015. Resultados: Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes encontradas en este estudio fueron: anemia (19,18 %) siendo la complicación obstétrica más frecuente, infección del tracto urinario (14,29 %), desproporción céfalo pélvica (11,43 %), ruptura prematura de membrana (11,02 %), desgarro perineal y/o cervical (10,61 %), pre eclampsia (7,76 %), parto pre término (7,76 %) y parto prolongado (7,76 %); Las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas. ($P > 0,05$); pero sí existe una relación con las características obstétricas que fueron: tipo de parto, edad gestacional encontrándose una diferencia significativa ($P=0,000$). CONCLUSIONES 1. Las complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2015 fueron: anemia (19,18 %), infección del tracto urinario (14,29 %), desproporción céfalo pélvica (11,43 %), ruptura prematura de membrana (11,02 %), desgarro perineal y/o cervical (10,61 %), pre eclampsia (7,76 %), parto pre término (7,76 %) y parto prolongado (7,76 %). 2. Las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con mayor frecuencia fueron: 16 años (32,24 %) con procedencia de zona rural (55,43 %), convivientes (68,57 %) y secundaria incompleta (69,80 %). 3. Las características obstétricas de las gestantes adolescentes fueron: primigestas (75,51

%), a término (80,82 %) con 6 a más controles (61,63 %), con parto vaginal (75,51 %) y no tuvieron antecedente de aborto (91,02 %). 114

4. La frecuencia de las complicaciones obstétricas en las diferentes edades son: 13 años desproporción cefalopélvica (28,6 %), 14 años anemia (29,6 %) y desproporción cefalopélvica (14,8 %), 15 años anemia (22,2 %) y parto prolongado (13 %), 16 años anemia e ITU (16,5 %), 17 años ITU (17,9 %) y anemia (16,7%). 5. Las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas. ($P > 0,05$); pero sí existe una relación con las características obstétricas que fueron: 1) tipo de parto, 2) edad gestacional encontrándose una diferencia significativa ($P=0,000$). (13)

Tay F., Lucie Puell, L. Neyra, L. Seminario A. En el trabajo realizado sobre Embarazo en Adolescentes: Complicaciones obstétricas presenta como informe final: Objetivo: Determinar las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes (10 - 19 años). Diseño: Estudio retrospectivo en el Hospital de Apoyo III- Sullana, revisando las 947 historias clínicas, que corresponden al total de gestantes adolescentes atendidas durante los años 1992 y 1993. Se les comparó con un número idéntico de gestantes entre 20 y 34 años (grupo control). El análisis estadístico se efectúa en base a frecuencias, porcentajes, desviación estándar, prueba de chi cuadrado. Resultados: La incidencia de embarazo en adolescentes fue 12,9% la edad materna promedio de gestantes adolescentes fue 17,7 años. El 62,8% se encontraba entre 18 y 19 años. El 54% era conviviente y 7,2% soltera. El 75,8% era primigesta. Fue más frecuente la vía de parto abdominal en adolescentes (14,9%) con respecto al grupo control (6,5%). Se encontró relación entre gestación en adolescentes y desgarro perineal, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, pre eclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección urinaria y anemia. Conclusión: La gestación en adolescentes es un riesgo para la madre como para el recién nacido, por lo que se debe

promover la atención integral del adolescente, con el fin de evitar el embarazo no deseado y las complicaciones asociadas. (14)

Revista Cubana de Medicina General Integral Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames.. 2018; RESUMEN Introducción: Las complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas es un gran problema de salud pública, los riesgos en las madres adolescentes determinan el aumento en la morbi-mortalidad materna y un incremento de 2 a 3 veces la mortalidad neonatal. Objetivo: Determinar las complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas en el servicio de emergencia del hospital "Juan Carlos Guasti", de la ciudad de Atacames, entre enero y junio del 2016. Métodos: Estudio no experimental, cuantitativo de corte transversal y correlacional, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, partes diarios del servicio de emergencia, libros de registros de partos, legrados y cesáreas, los que fueron tabulados, analizada y representada en gráficos y tablas. Resultados: Se determinó que de las 69 embarazadas adolescentes que presentaron complicaciones perinatales, el 28 % fue por abortos y el 23 % se hospitalizaron por: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, infección de vías urinarias, oligoamnios y ruptura prematura de membrana, entre otras. La histerectomía y hemorragia postparto que correspondió al 1 %. En los recién nacidos, el 12 % presentó complicaciones, siendo el 6 % distrés respiratorio. Conclusiones: El aborto fue la principal complicación presentada en las embarazadas, seguido por otras como la ruptura prematura de membrana, amenaza de aborto, infección de vías urinarias, desproporción céfalo pélvico, sufrimiento fetal, antecedentes patológicos personales, entre otras. (15)

2.1.3. Antecedentes Regionales

Victorio Cruz, y. "Factores socioeconómicos y culturales relacionados con embarazo en adolescentes del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco-2014" Huánuco - Perú setiembre, 2016

CONCLUSIONES En conclusión; en el estudio realizado de esta investigación se obtuvo como resultado los factores socioeconómicos y culturales si están relacionados fuertemente con el embarazo en las adolescentes; pudiendo haber observado dentro de estos factores tienen influencia unos más que otros, pero de todas formas todos los factores influyeron de una u otra manera para un embarazo en las adolescentes. Como se pudo observar; la deficiencia y/o ingresos económicos básicos de la familia con un 88.9%, las adolescentes dependen económicamente de sus padres.75.6%. Por tanto puedo decir que el factor económico juega un papel importante en prevenir el embarazo en las adolescentes. Que los padres de las adolescentes no hayan terminado la primaria con 48.9% y un 25% que no hayan estudiado (analfabeto) y la ocupación de los padres de estas adolescentes son en su mayoría agricultores (62.8%); de tal manera que las presiones sociales y culturales a las que se exponen las adolescentes, podrían contrarrestar o desvalorizar los conocimientos adquiridos; mejor dicho poco adquiridos. Con respecto a los servicios básicos que se estudiaron pues este factor no tuvo relación fuertemente con el embarazo en las adolescentes ya que la mayoría cuentan con los servicios básicos (77.8%). Con respecto del estado civil de los padres de estas adolescentes el 50% son casados y el 46.7% son convivientes; por lo que se pudo observar en este estudio es que los padres viven juntos en su mayoría. Por lo tanto puedo decir que el estado civil de los padres no influye de manera determinante para el embarazo en las adolescentes. Pero no puedo decir lo mismo; con respecto a la relación y/o comunicación que tienen estas adolescentes con sus padres; en su mayoría de ellas manifestaron ser inadecuadas por temor a reproches o la falta de confianza no pueden preguntar o conversar con sus padres. Por lo tanto busca compañía en otro entorno y ve la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida; que por lo general; no llega pero que si complica la vida de la adolescente. Este factor si influye de manera determinante con el embarazo de las adolescentes.

En cuanto al estudio de con quien vive las adolescentes en un 66.7% manifestaron que viven con sus padres. Por tanto no basta vivir con las adolescentes, sino que le prestes atención a todas sus inquietudes. Con respecto al lugar donde reside las adolescentes, este factor si tuvo mucha relación con el embarazo ya que el 41.2% son de zona rural y 31.1% son de zona urbano marginal; las cuales migran de la zona rural; las cuales migran en busca de mejore oportunidad para su vida. (16)

2.2. BASES TEÓRICAS

Edad materna

Las mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva tienen resultados singulares que deben tenerse en cuenta. Se considera una paciente de alto riesgo obstétrico a las menores de 20 y mayores de 34 años (17).

a. Embarazo en gestantes adolescentes

Ministerio de Salud del Perú Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral SITUACIÓN DE SALUD / ADOLESCENTES / JÓVENES / PERÚ 2017 La adolescencia y la juventud son períodos de cambios durante los cuales los y las adolescentes y jóvenes desarrollan sus capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos. Asegurar el desarrollo de estas capacidades debería ser una prioridad de toda sociedad. Aunque, debemos reconocer la existencia de obstáculos que se oponen a ese desarrollo, como los asociados a la pobreza, la falta de oportunidades o la ausencia de redes y entornos protectores.

De acuerdo a los resultados de las diferentes Encuestas de Demografía y Salud Familiar (ENDES), realizadas por el INEI, entre el año 1986 y el 2015, se puede observar una reducción importante de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en las mujeres de 15 a 49 años de edad, de 4.3 a 2.5 hijos por mujer, aunque las Tasas Específicas

de Fecundidad (TEF), en los en los diferentes de edad, no se han reducido en la misma magnitud. En el período 1986-2015, se ha producido una marcada reducción de las TEF en las mujeres jóvenes de 20 a 24 años y de 25 a 29 años de edad, de 37.5% y 40.7% respectivamente, mientras que en las mujeres de 15 a 19 años la reducción ha sido bastante modesta de solo 17.7%, en el mismo periodo. En las áreas rurales, las TEF, tanto en las mujeres de 15 a 19 años, como en las mujeres jóvenes, son más altas que en las áreas urbanas. La fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años de edad, del área rural, es similar a la fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años de esa misma área. (18).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) considera dos etapas durante la adolescencia:

- Adolescencia temprana. Período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación (19).

- Adolescencia tardía. La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes

adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones (20).

Las profundas transformaciones que matizan este tránsito de la niñez a la adultez, cursan con características diferentes dependiendo de la edad. En la llamada adolescencia temprana (10 a 14 años), aparecen los caracteres sexuales secundarios y las fantasías sexuales. La adolescencia tardía (15 a 19 años), se caracteriza por ser una etapa donde aumenta la experimentación sexual que, al igual que la etapa precedente, puede dar lugar a un embarazo (21).

La maternidad adolescente tiene estrecha relación con el avance hacia los objetivos del Milenio. En primer lugar, porque se da con mayor frecuencia entre las jóvenes de familias pobres, tiende a reproducir la pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente y, junto con ello, las probabilidades de desnutrición infantil. En segundo lugar, porque implica mayores probabilidades de mortalidad y morbilidad infantiles, así como de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Y en tercer lugar, porque se vincula a la deserción educativa temprana de las jóvenes.

Además, el embarazo y la maternidad adolescentes se relacionan directamente con la ausencia de derechos reproductivos efectivos y de protección ante situaciones de riesgo de menores de edad. Una alta proporción de embarazos adolescentes son no deseados, muchos se originan en situaciones de abuso de menores, y sobre todo la falta de responsabilidad de los progenitores masculinos frente a la pareja y la paternidad (22).

Complicaciones maternas

Aborto

El aborto es definido como la terminación del embarazo cualquiera que sea su causa, antes de que el producto esté capacitado para la vida extrauterina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez. En esa definición se plasman conceptos esbozados por primera vez en una consulta técnica de la OMS efectuada en 1992. Si bien es una definición muy utilizada, su interpretación no es uniforme. (23).

a. Etapas evolutivas del aborto

- **Amenaza de aborto:** Es el que se presenta como sangrado genital o una hemorragia escasa de varios días de evolución, con dolor hipogástrico leve o moderado y cérvix cerrado; es decir, ausencia de modificaciones cervicales y presencia de un embrión vivo dentro de la cavidad intrauterina. Hasta el 50% de las amenazas de aborto pueden seguir su curso hacia aborto a pesar de las medidas terapéuticas que se establezcan (24).

- **Aborto inevitable o en curso:** En este tipo de aborto, la metrorragia es abundante y continúa; la mayor intensidad de las contracciones uterinas provocan la abertura y dilatación del cuello; el canal cervical está permeable. Existe pérdida de líquido amniótico en forma de hidrorrea clara o mezclado con la emisión de sangre y/o de componentes ovulares.

En ocasiones, el huevo se desprende y protruye a través del cérvix uterino (25).

- **Aborto completo:** Es el que cursa con la expulsión completa del feto, placenta y membranas. Se presenta como un sangrado abundante y dolor tipo cólico, con disminución posterior de la hemorragia y dolor, aunque puede persistir sangrado escaso durante algún tiempo. Se requiere solicitar un ultrasonido transvaginal para establecer la desaparición del embarazo intrauterino previamente

visualizado y que la cavidad uterina se encuentre libre de restos ovulares o partes fetales (26).

- **Aborto incompleto:** Se define como la expulsión parcial de los productos de la gestación. Se caracteriza por sangrado profuso, modificación del cérvix y expulsión de tejidos fetales, placentarios, lo cual incluye la pérdida de líquido amniótico. Una vez reunidas las condiciones apropiadas de estabilidad hemodinámica, madurez cervical y nivel adecuado de atención, se debe realizar la evacuación uterina (27).

- **Aborto retenido o frustrado:** Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto o la detención de la progresión normal del embarazo. En este caso, el embrión muere pero no es expulsado. Se sospecha cuando los síntomas del embarazo desaparecen y el útero no aumenta de tamaño.

Su manejo debe ser hospitalario, e incluye la solicitud de ecografía (28).

b. Factores asociados

Diversos factores influyen en el índice de abortos espontáneos, por ejemplo, el aborto aumenta con la paridad y con la edad de los padres. La frecuencia se duplica de 12% en mujeres menores de 20 años a 26% en las mayores de 40 años

No se conocen bien las causas de los abortos aunque se han considerado una gran variedad de trastornos médicos, situaciones ambientales o anomalías embrionarias, sin dejar de mencionar la influencia bien conocida de la edad materna (29).

Mola hidatidiforme

Las características histológicas del embarazo molar son anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma velloso.

Aunque las molas casi siempre ocupan la cavidad uterina, a veces se desarrolla como embarazos ectópicos. El grado de cambios hísticos y la ausencia o presencia de un feto o elementos embrionarios se usan para describir la mola como completa o parcial

a. Clasificación de la mola hidatidiforme

- **Mola hidatidiforme completa:** A simple vista las vellosidades coriónicas se ven como una masa de vesículas claras. Estas varían en tamaño y pueden ser apenas visibles o medir hasta algunos centímetros y a menudo cuelgan en grupos con pedículos delgados
- **Mola hidatidiforme parcial:** Las características del embarazo molar parcial o incompleto incluyen ciertos elementos de tejido fetal y cambios hidatidiformes que son menos avanzados. Hay hinchazón de progresión lenta dentro del estroma de vellosidades coriónicas caracterizadas por ser siempre avasculares, mientras se respeten las vellosidades vasculares que tiene una circulación feto placentaria funcional (30).

b. Factores asociados

La edad materna en cualquiera de los extremos del espectro reproductivo es un factor de riesgo para el embarazo molar. En particular las adolescentes. Otros factores incluyen, el uso de anticonceptivos orales y su duración; así como, el antecedente de un aborto aumenta la probabilidad de un embarazo molar hasta el doble. Otros estudios implican al tabaquismo, varias deficiencias vitamínicas maternas y edad paterna avanzada (31).

Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos complican de 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la triada letal, junto con la hemorragia y la infección, que contribuye en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas. En el caso de la hipertensión, el síndrome de pre eclampsia, ya sea solo o agregado a la hipertensión crónica, es el más peligroso.

a. Clasificación

Su clasificación actual es la recomendada por la Working Group for High Blood Pressure in Pregnancy del NHBPEP (National High Blood Pressure Education Program)

Hipertensión Gestacional

- PA $\geq$ 140/90 mm Hg por primera vez en el embarazo.
- Proteinuria nula.
- La PA vuelve a lo normal antes de las 12 semanas postparto.
- El diagnóstico final solo se efectúa en el postparto.
- Puede haber otros síntomas de pre eclampsia, como molestias epigástricas o trombocitopenia.

Pre Eclampsia:

Pre eclampsia leve:

- PA $\geq$ 140/90 mm Hg después de la 20ª semana de gestación.
- Proteinuria $\geq$ 300mg/24 h o $\geq$ 1+ con tira colorimétrica.

Pre eclampsia severa:

- PA $\geq$ 160/110 mm Hg.
- Proteinuria de 2g/24 h o $\geq$ 2+ con tira colorimétrica.
- Creatinina sérica $>1.2\text{mg}/100\text{ ml}$ a menos que sepa que previamente estaba alta.
- Plaquetas $< 100\ 000/\text{mm}$
- Cefalea u otra alteración cerebral o visual, persistente.
- Dolor epigástrico persistente.

Eclampsia

- Crisis convulsivas que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con pre eclampsia.

b. Factores asociados.

La pre eclampsia afecta a menudo a mujeres jóvenes y nulíparas, mientras que las pacientes mayores tienen mayor riesgo de hipertensión crónica con pre eclampsia agregada. Además, la incidencia depende en buena medida de la raza y el grupo étnico y, por lo tanto, de la predisposición genética. Otros factores incluyen influencias ambientales, socioeconómicas e incluso estacionales (32).

Placenta previa

Es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta, de manera total o parcial, en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino.

Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel.

a. Clasificación

La placenta previa se clasifica de acuerdo con la implantación de la placenta en relación al orificio cérvico uterino:

- **Placenta previa total:** El orificio cérvico uterino está cubierto por completo por la placenta.
- **Placenta previa parcial:** La placenta cubre en forma parcial el orificio interno.
- **Placenta previa marginal:** El borde de la placenta está en el margen del orificio interno.
- **Implantación baja de la placenta:** La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno pero se encuentra en estrecha proximidad al mismo.

- Vasos previos: los vasos fetales recorren las membranas y están presentes en el orificio cervicouterino.

b. Factores asociados

A mayor edad materna, mayor riesgo de placenta previa. La incidencia de placenta previa aumenta de manera significativa con cada grupo de edad más grande. Es de 1 por cada 1 500 para mujeres de 19 años de edad o menos, y es de 1 en 100 para mujeres de más de 35 años.

Otros factores asociados a ésta patología se tiene a mujeres fumadoras, multiparidad, cesáreas previas. (33)

Desprendimiento prematuro de placenta.

Es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto. Es la segunda causa de hemorragia en la segunda mitad de gestación tras la placenta previa (pp).

a. Formas clínicas

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) suele ser clasificada de acuerdo con la severidad de la sintomatología de la siguiente manera

- **Grado 0 o asintomática:** Pacientes asintomáticas y diagnosticadas sólo después del parto a través del examen de la placenta.
- **Grado 1 o leve:** Metrorragia escasa y desprendimiento inferior al 30% de la placenta.

Discreta hipertonía. No existen manifestaciones generales, escasa o nula repercusión fetal.

- **Grado 2 o moderada:** Desprendimiento de entre el 30 y el 50% de la placenta. No existen trastornos de la coagulación, y puede haber sufrimiento o muerte fetal.

- **Grado 3 o grave:** Desprendimiento superior al 50% de la placenta, Hemorragia importante e hipertensión, shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal.

b. Factores asociados

La incidencia de desprendimiento prematuro de placenta aumenta con la edad materna. (34).

Desviaciones del trabajo de parto

El trabajo de parto constituye un proceso fisiológico en los que se conjugan un grupo de factores, en una sabia armonía, con el fin de traer un nuevo ser; sin embargo, este proceso no deja de tener desviaciones en las que su identificación y tratamiento oportuno pueden prevenir la aparición de complicaciones maternas perinatales e incluso la muerte.

Una definición más concreta de nuestros tiempos define el parto en fase latente y fase activa que permite llevar una visión más práctica del parto que deberá quedar reflejada en el partograma. La fase latente es el tiempo transcurrido entre la aparición de contracciones uterinas perceptibles y la presencia de un cuello borrado y dilatado hasta los 3 cm de dilatación.

Friedman, en 1954, definió la fase latente prolongada a partir de 14 y 20 horas en multíparas y nulíparas, respectivamente, lo cual correspondió al 95 percentil de su estudio. Sin embargo, los promedios fueron de 4,6 y 6,8 para multíparas y nulíparas en ese orden. 3 - 6 El autor planteaba que la fase latente prolongada no tenía influencia en el resultado adverso, pero autores como Chelmow, Impey et al, impugnaron este criterio. 7, 8. Es importante reflexionar que puede pasar en el binomio madre feto después de 14 y 20 horas con contracciones. Continuar con mederol como tratamiento y luego de no pasar a fase activa, continuar con oxitócina. En el estudio de Friedman se comprueba que 80 % de las pacientes pasan a fase

activa, 10 % son falso trabajo de parto y otro 10 % quedan en distocia de fase latente, a los cuales se les administra oxitócina.

- Fase activa prolongada

Para el buen seguimiento del trabajo de parto y el diagnóstico de fase activa es indispensable el seguimiento gráfico de este. En el mundo se han realizado más de 200 tipos de partogramas, con el fin de buscar una mejor forma de seguimiento del trabajo de parto y de diagnóstico de las desviaciones. La fase activa prolongada se define como la más frecuente de las distocias de fase activa, caracterizada por un progreso de la dilatación menor de 1,2 cm/ hora en las multíparas y de 1,5 cm/ hora en nulíparas. Se asocia con frecuencia a la distocia de fase latente por lo que la fase latente prolongada puede ser considerada un parto disfuncional primario. Es también frecuente que la prolongación de la fase activa se asocie a la detención secundaria de la dilatación. En estos casos, teniendo en cuenta el elevado riesgo, resulta necesario establecer una vigilancia fetal intraparto, donde es indispensable la monitorización electrónica y su correcta interpretación.

- Detención secundaria de la dilatación

Esta entidad se diagnostica cuando no se produce dilatación durante 2 o más horas en la fase activa. Con frecuencia se asocia a un aumento del sufrimiento fetal y al incremento de la operación cesárea. Una vez diagnosticada, necesita seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal con monitoreo o seguimiento intensivo clínico cada 15 minutos.

Existe el consenso de considerar 3 horas como el plazo adecuado para la reevaluación de estas pacientes. Si la detención se comporta como refractaria, la opción será la operación cesárea.

- Fase de desaceleración prolongada

Se plantea que el desarrollo normal de esta fase es de 54 y 14 min. en nulíparas y multíparas, respectivamente. De manera característica

la parturienta progresa en forma normal durante todo el trabajo de parto y se retrasa después de 8 cm. El cérvix puede estar edematoso y tumefacto y una práctica frecuente y peligrosa es tratar de reducir el cuello detrás de la presentación.

Es considerada como la forma más infrecuente de distocia de fase activa. Sokol et al informaron una frecuencia de 0,8 % en nulíparas y de 1,7 en multíparas. En tanto, Friedman la observó en 5 % de los partos. Tiene una asociación elevada con retraso del descenso de la presentación. Debe tenerse en cuenta que ya en esta fase del trabajo de parto, dicho descenso comienza a acelerarse, pues se inicia en pendiente máxima y alcanza su mayor velocidad en el segundo período.

- Fallo del descenso

Puede tener una frecuencia entre un 3 – 4%. En el segundo período debe existir un descenso activo; sin embargo, en este tipo de distocia se evidencia un fallo del descenso en la fase de pendiente máxima, donde comienza el descenso en muchas nulíparas, en fase de desaceleración así como en el segundo período, por eso debe denominarse fallo del descenso y por lo general responde a una desproporción céfalo pélvica. Puede acompañarse de signos de lucha expresado por alteración de la dinámica uterina por exceso y con malos resultados perinatales. En ocasiones puede representar una desproporción céfalo pélvica absoluta.

- Descenso retardado o prolongado

Esta forma de anormalidad del descenso se plantea cuando el descenso es menor de 1 cm por hora en nulíparas o de 2 cm por hora en multíparas en la fase máxima del descenso. En las nulíparas, la penetración de la presentación puede producirse antes del comienzo del trabajo de parto y el descenso se reanudará al final del trabajo de

parto. En otras pacientes nulíparas hay penetración antes del inicio del trabajo de parto.

Este podría iniciarse con la expresión clínica de un descenso prolongado. La ganancia normal del descenso en nulíparas y multíparas es de 3,3 y 6 cm. Por hora, respectivamente.

- Detención o cese del descenso

Se presenta cuando en el segundo período del trabajo de parto no se produce descenso del feto en el intervalo de una hora.

- Segunda etapa del trabajo de parto

Antiguamente una segunda etapa que durara más de 2 horas, se consideraba como anormal y a su vez constituía una indicación para parto vaginal operatorio o cesárea.

En la actualidad, la tendencia es que mientras el feto tolere bien el estrés de la segunda fase y mantenga bienestar fetal, con cierto avance, aunque lento, no hay indicación para terminar, no importa el tiempo acumulativo del pujo.

Es importante pasar a la paciente a la sala de partos en el momento apropiado. Un período de 10 min se considera adecuado. Cuando no sucede así se produce inseguridad y ansiedad en la parturienta que contribuye negativamente en el resultado final. En estos casos podrá aparecer un período expulsivo detenido y el parto de prueba será la opción y si fracasa entonces, se hará cesárea. La duración en multíparas es de 60 minutos y, en nulíparas entre 90 - 120 minutos. Podemos observar cómo en todas las anomalías de la fase activa puede estar presente la DCP, por lo que enunciamos, a nuestro juicio, sus patrones clínicos fundamentales (35).

Desgarros cérvico uterinos

a. Desgarros perineales

Todos los desgarros perineales salvo los más superficiales se acompañan de grados variables de lesión de la parte inferior de la

vagina. Esos desgarros pueden alcanzar suficiente profundidad como para afectar el esfínter anal, y quizás se extiendan hasta profundidades variables a través de las paredes de la vagina. Los desgarros bilaterales hacia la vagina por lo regular son de longitud desigual y están separados por una porción de mucosa vaginal en forma de lengua.

b. Desgarros vaginales

Los desgarros aislados que afecten el tercio medio o superior de la vagina, pero que no se relacionan con desgarros del perineo o del cuello del útero se detectan con menor frecuencia. Estos regularmente son longitudinales y suelen depender de lesiones sufridas durante un parto con fórceps. Esos desgarros suelen extenderse hasta planos profundos hacia los tejidos subyacentes y pueden dar lugar a hemorragia importante, que por lo general se controla por medio de la colocación apropiada de puntos de sutura.

Los desgarros de la pared vaginal anterior en estrecha proximidad a la uretra son relativamente frecuentes. A menudo son superficiales con poca hemorragia o ninguna, y por lo general no está indicado repararlos.

c. Lesiones a los músculos elevadores del ano

Dependen de la distensión excesiva del canal del parto. Las fibras musculares se disecan y la disminución de su tonicidad puede ser suficiente como para interferir en la función del diafragma pélvico. En esos casos puede aparecer relajación de la pelvis. Si las lesiones afectan el músculo pubococcígeo, quizá también aparezca incontinencia urinaria.

d. Lesiones del cuello uterino

El cuello del útero se desgarra a más de la mitad de los partos vaginales. Casi todos estos son de menos de 0.5 cm, aunque los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina.

En casos excepcionales los desgarros cérvico uterinos pueden extenderse y afectar el segmento uterino inferior y la arteria uterina y sus ramas principales, e incluso extenderse al peritoneo. (36)

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS

Adolescentes.- La adolescencia es el período de la vida que se ubica entre la niñez y la adultez, si lo tenemos que ubicar temporalmente en una edad determinada, la adolescencia comprendería más o menos desde los 13 o 14 años hasta los 20 años aproximadamente.(37)

Complicaciones.- En el campo de la medicina, se define a las complicaciones como un problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos (38)

Gestantes.- Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto. (39)

Obstétricas.- Obstétrico» Conoce el significado de obstétrico en el diccionario español con ejemplos de uso. Sinónimos y antónimos de obstétrico y traducción de obstétrica. (40)

2.4. HIPÓTESIS

- Ha: Las complicaciones obstétricas durante el embarazo parto de gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, durante el año 2018 es alta.
- H0: Las complicaciones obstétricas durante el embarazo parto de gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, durante el año 2018 no es alta.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Variable independiente

- Complicaciones maternas

2.5.2. Variable dependiente

- Gestantes adolescentes

2.5.3. Variables intervinientes:

- Atenciones prenatales
- Tipo de parto
- Vía de terminación del embarazo
- Mortalidad materna.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DIMENSIONES E INDICADORES)

Objetivo	Tipo de variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador
Determinar el grupo de gestantes entre adolescentes que presenta más complicaciones obstétricas durante el embarazo y parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2018	Variable independiente. -Complicaciones maternas.	Embarazo en la adolescencia . Se llama así al embarazo que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años.	Atenciones prenatales.	-Falta de atención pre natal. - Atenciones pre natales incompletas.
			- Tipo de parto.	-Parto eutócico. -Parto distócico.
			- Vía de terminación del embarazo.	-Vía vaginal. -Vía cesárea o alta.
	Variable dependiente. - Gestantes adolescentes.	El embarazo es un estado natural pero pueden aparecer complicaciones tanto para la madre como para el niño.	- Mortalidad materna.	-Mortalidad alta. -Mortalidad baja.

CAPITULO III

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo: porque se describirá a cada una de las variables, a fin de integrar las mediciones de cada una y la forma cómo se manifiestan.
- Longitudinal: porque las características estudiadas serán observadas a través del tiempo.
- Retrospectivo: porque se acudirá a historias clínicas archivadas (HCA) en las cuales se registrarán los datos ocurridos en el pasado.

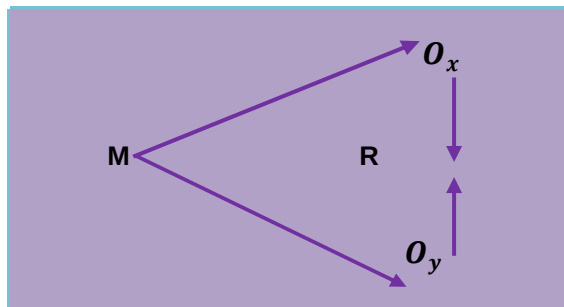
3.1.1. Enfoque

El enfoque de la presente investigación será el de tipo descriptivo.

3.1.2. Diseño

El diseño de la investigación será de tipo no experimental y de modalidad descriptivo.

Diagrama:



Dónde:

M = Población de estudio.

Ox = Datos de la variable independiente

Oy = Datos de la variable dependiente

R = Relación de datos de ambas variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

Para el presente estudio la población estará conformada por todas las pacientes gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante el año 2018 del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco y que fueron en número de 113.

3.2.2. Muestra

Para establecer la muestra de nuestro estudio se aplica la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

p1 = Gestantes adolescentes con complicaciones 70%

p2 = Gestantes adolescentes sin complicaciones 15%

q1 = Gestantes adolescentes con complicaciones que no tendrán la efectividad esperada 30%

q2 = Gestantes adolescentes con complicaciones y tendrán la efectividad esperada 85%

Z = 1,64; para = para un valor nivel error = 0,05 (5%)

Z = 0,84; Para = para un valor nivel error = 0,20 (20%)

Muestra 89

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizará un formulario pre diseñado (Anexo 01) en donde se consignará datos necesarios para obtener la información.

3.3.1. Descripción del Instrumento

La información se recolectará en un formulario estructurado donde incluirá cada una de las variables propuestas para el estudio, con el fin de recolectar toda la información necesaria para el estudio.

El formulario constará de datos generales de la paciente y las complicaciones que hubiese presentado ya sea durante la gestación o el parto. El instrumento será una ficha de recolección de datos.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez transcrita la información será codificada para su almacenamiento en la base de datos del paquete EXCEL, para luego ser procesado en el software estadístico SPSS V 21. Los resultados obtenidos serán vaciados y presentados en tablas para el análisis estadístico respectivo.

3.4.1. Análisis de datos

En base a la información procesada se realizará una descripción de los resultados, se interpretará y se contrastará con los antecedentes y teorías, para emitir conclusiones relacionadas a los objetivos planteados.

CAPITULO IV

RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla N° 1 Edad

Edad	N°	%
13 a 15 años	24	26
16 a 19 años	65	74
TOTAL	89	100

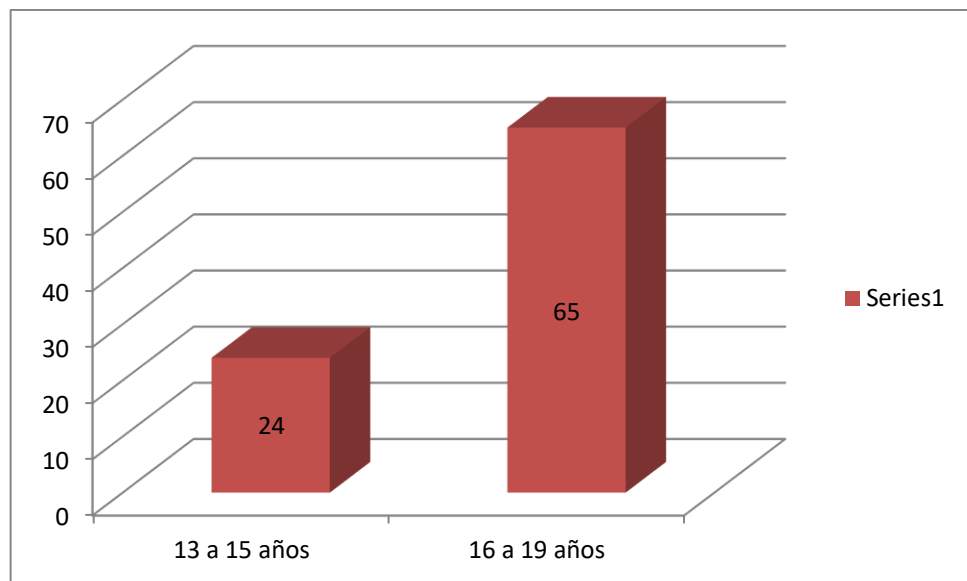


Gráfico N° 1 Edad

Interpretación. - En la tabla se puede evidenciar que como resultado, se obtuvo referente a las edades, que el 74% fluctuaban entre las edades de 16 a 19 años, mientras que un 26% se hallaban entre los 13 y 15 años.

Tabla N° 2 Grado de Instrucción

Grado de Instrucción	N°	%
Analfabeta	02	02
Primaria	51	57
Secundaria	36	42
TOTAL	89	100

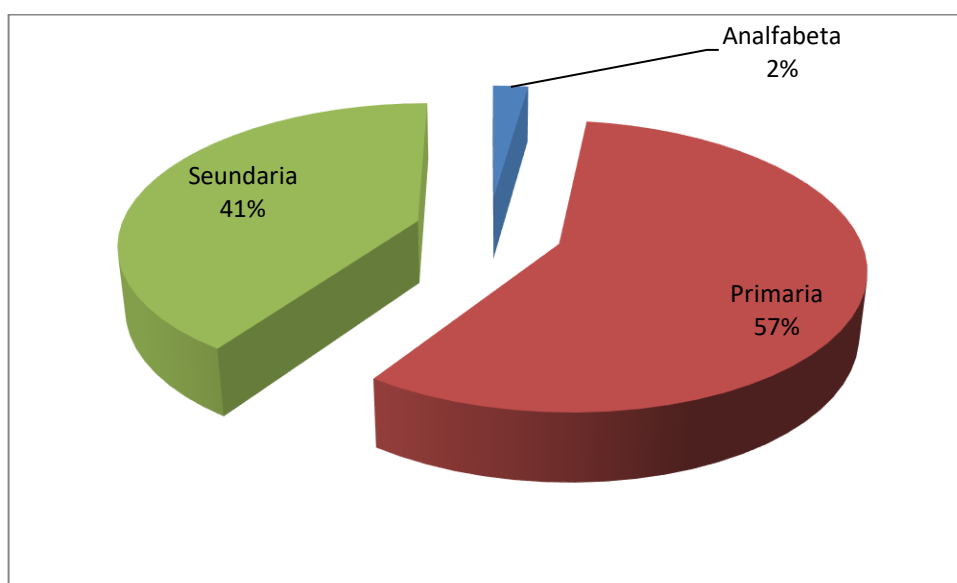


Gráfico N° 2 Grado de Instrucción

Interpretación. - En la presente tabla se observa que en cuanto al nivel educativo, que el 57% son de nivel educativo primaria, seguidas con el 41% con nivel secundario y el 2% analfabetas.

Tabla N° 3 Residencia

Residencia	N°	%
Zona Urbana	63	71
Zona rural	26	29
TOTAL	89	100

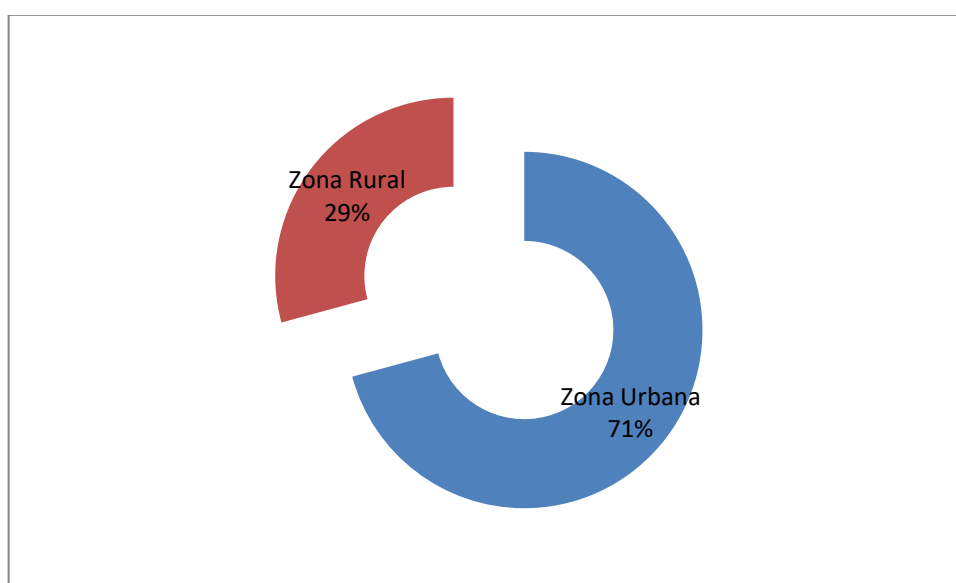


Gráfico N° 3 Residencia

Interpretación. - En los resultados hallados, según muestra la tabla, se pueden apreciar que la mayoría de la población estudiada fue proveniente de la zona urbana con el 71% y solamente el 29% fueron de la zona rural.

Tabla N° 4 Estado civil

Estado civil	N°	%
Soltera	18	20
Conviviente	41	46
Casada	20	23
Otro	10	11
TOTAL	89	100

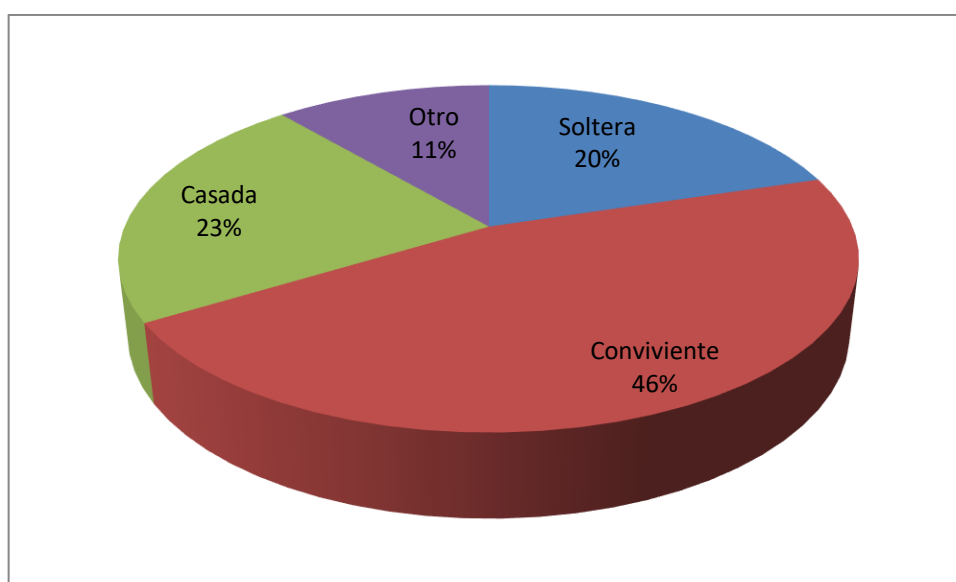


Gráfico N° 4 Estado civil

Interpretación. -Cuando se observa la tabla, se evidencian resultados siguientes: Estado civil conviviente con el 46%; estado civil casada el 23%, mientras que con el 20% están las solteras y con un 11% tienen el estado civil otro.

Tabla N° 5 Situación económica

Situación económica	Nº	%
Mala	25	28
Regular	47	53
Buena	17	19
TOTAL	89	100

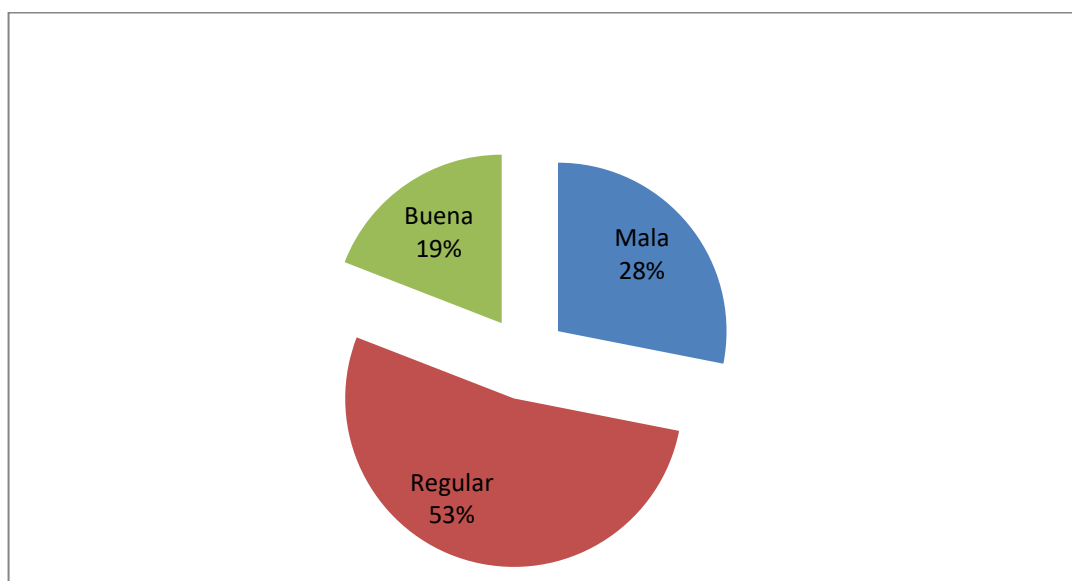


Gráfico N° 5 Situación económica

Interpretación. -Se observan en los resultados, en cuanto a la situación económica que el 53% es de condición económica regular, seguidas con el 28% que tienen situación económica mala, y con buena encontramos el 19%.

DATOS OBSTETRICOS

Tabla N° 6 Gesta Paridad

Gesta paridad	Nº	%
Primigesta	38	43
Multigesta	51	57
TOTAL	89	100

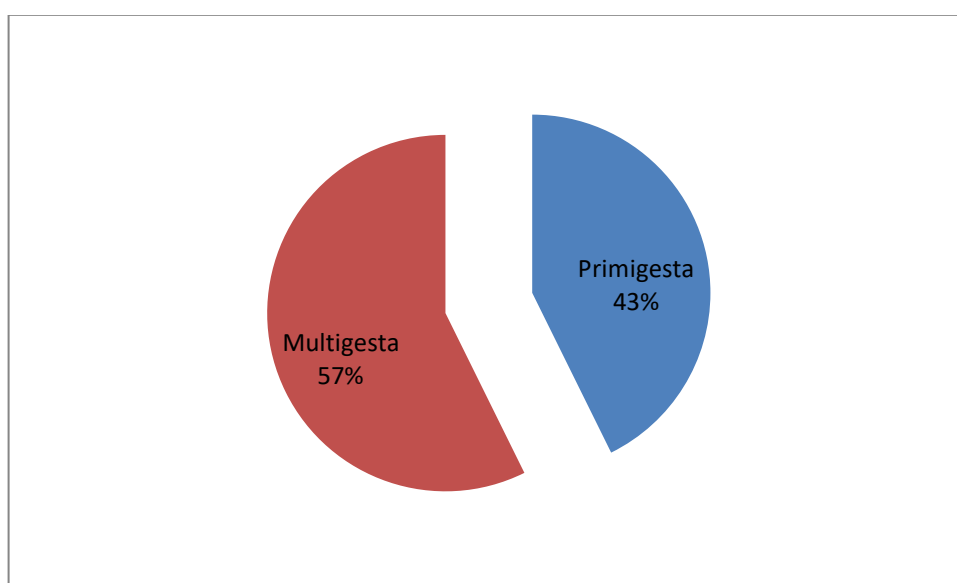


Gráfico N° 6 Gesta Paridad

Interpretación. - En referencia a la gesta paridad, los resultados obtenidos nos muestran que el 57% fueron multigestas, seguidas con el 43% que fueron primigestas.

Tabla N° 7 Edad Gestacional

Edad Gestacional	N°	%
Pre término	21	24
Término	51	57
Post término	17	19
TOTAL	89	100

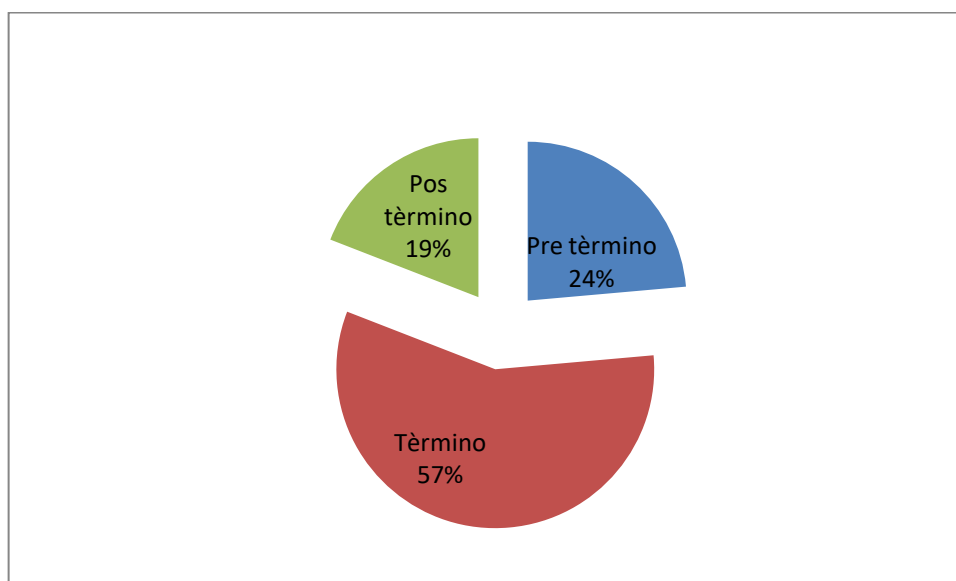


Gráfico N° 7 Edad Gestacional

Interpretación. - Los resultados que nos muestran, determinan que en cuanto a la edad gestacional se encontraron: Gestación a término con el 57%, pre término con el 24% y post término con el 19%.

Tabla N° 8 Atenciones pre natales

Atenciones pre natales	N°	%
Menos de 6 atenciones	19	21
Más de 6 atenciones	70	79
TOTAL	89	100

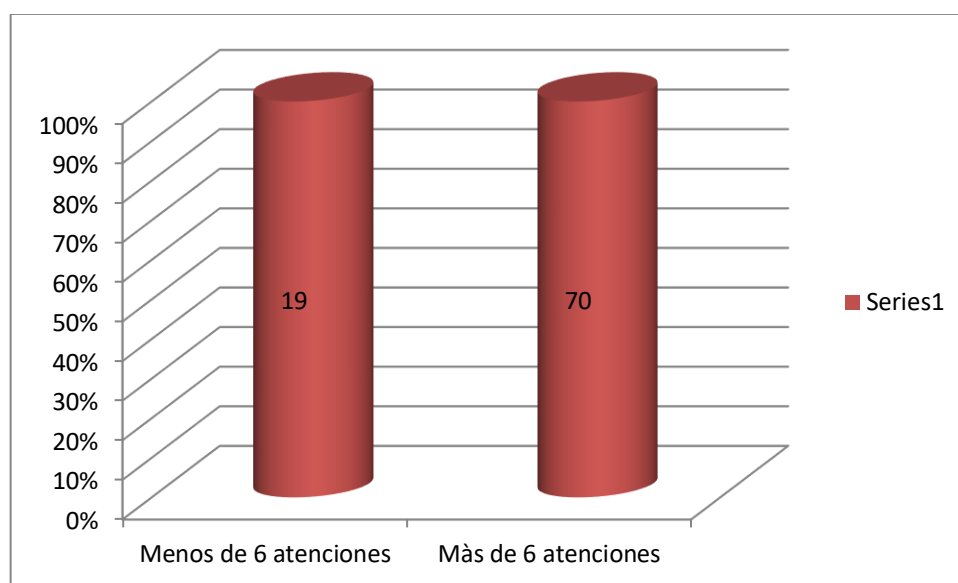


Gráfico N° 8 Atenciones pre natales

Interpretación. - Se muestran en los resultados obtenidos que el 79% de las pacientes en estudio, tuvieron más de seis atenciones pre natales, mientras que un 21% tuvieron menos de seis atenciones pre natales.

Tabla N° 9 Tipo de Parto

Tipo de Parto	N°	%
Vaginal	25	28
Abdominal	64	72
TOTAL	89	100

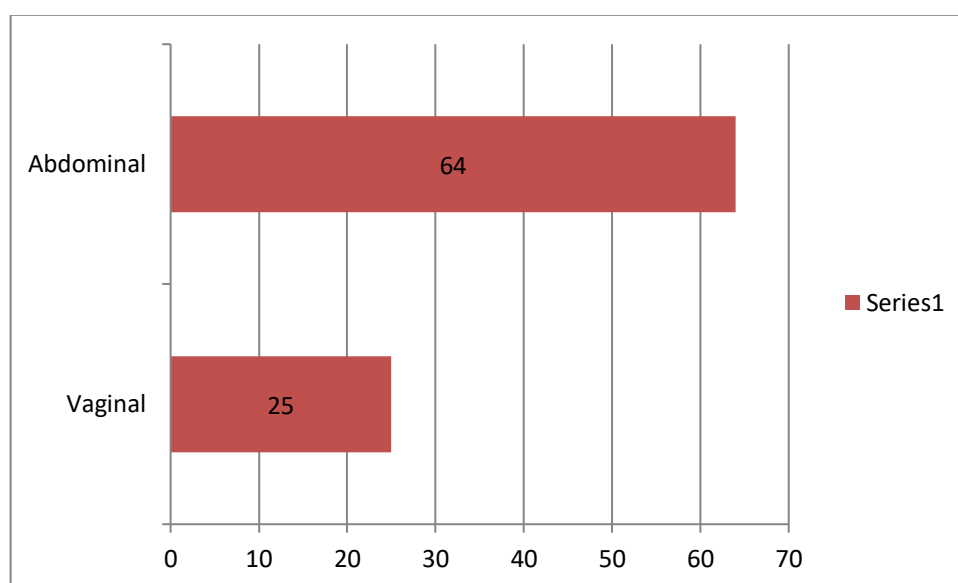


Gráfico N° 9 Tipo de Parto

Interpretación. - Se muestran en los resultados que en relación a la vía del parto el 72% terminaron en parto por vía abdominal, mientras que el 28% terminó por vía vaginal.

Tabla N° 10 Antecedentes de aborto

Antecedentes de aborto	N°	%
Si	38	43
No	51	57
TOTAL	89	100

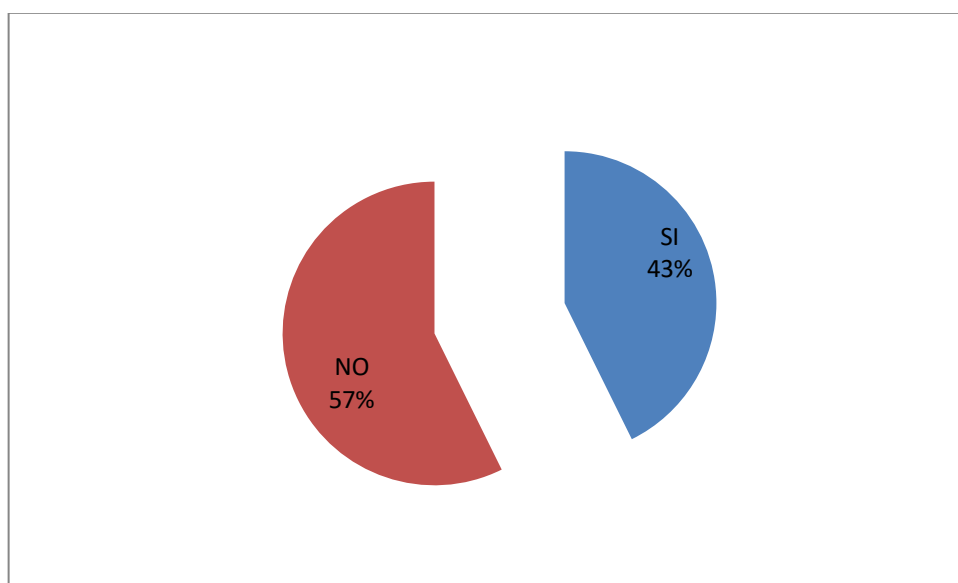


Gráfico N° 10 Antecedentes de aborto

Interpretación. - En los antecedentes de abortos, como nos muestra la tabla se hallaron los siguientes resultados: Sin antecedentes el 57%, mientras que con antecedentes el 43%, lo que demuestra que existen altas tasas de abortos.

COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Tabla N° 11 Complicaciones obstétricas

Complicaciones obstétricas	Nº	%
Aborto	14	16
Amenaza de aborto	08	09
Trastornos hipertensivos del embarazo	06	07
ITU	21	23
Anemia	08	09
DPP	05	05
Desgarro perineal y cervical	01	01
RPM	07	08
DCP	05	06
Distocia de presentación	03	03
Parto precipitado	05	06
Parto Prolongado	06	07
TOTAL	89	100

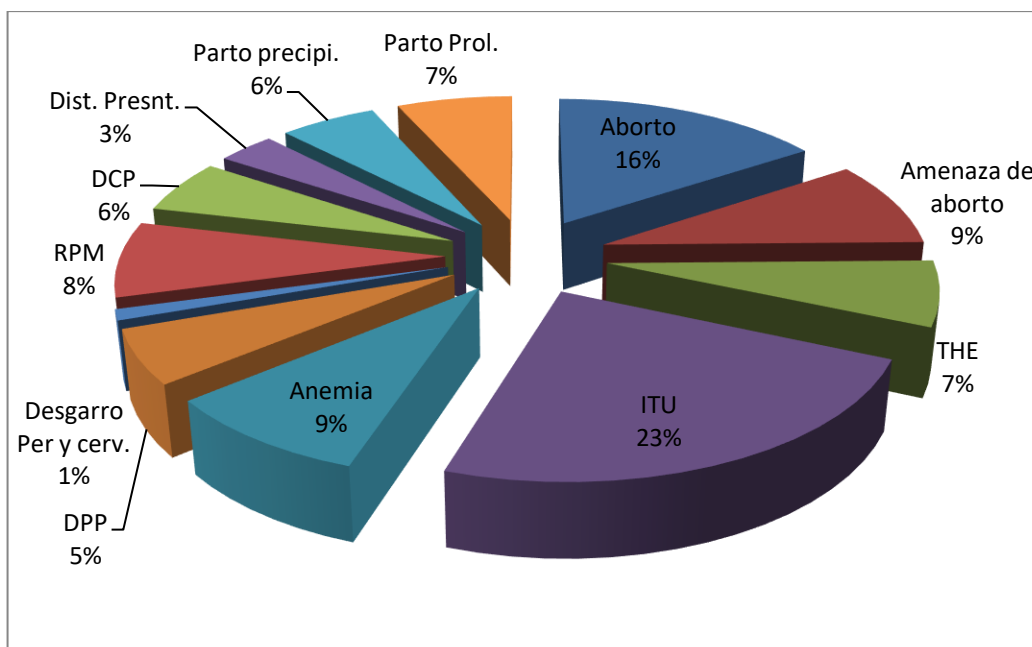


Gráfico N° 11 Complicaciones obstétricas

Interpretación.- En los resultados obtenidos en cuanto a las complicaciones obstétricas tenemos: ITU 23%, aborto, 16%; amenaza de aborto y anemia con el 9% cada uno; RPM con el 8%; Trastornos hipertensivos del embarazo y parto prolongado con el 7% respectivamente, seguidas de DCP y parto precipitado con el 6% cada uno de ellos; DPP con el 5% y con el 1 % desgarros perineales y cervicales.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

La adolescencia es principalmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo decisiones referidas a su comportamiento sexual.

Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva, máxime si no están casados. (41)

Cuando una adolescente se embaraza tiene mayor grado de sufrir complicaciones durante este proceso, es así como en el presente estudio se determinó referente a las edades, que el 74% fluctuaban entre las edades de 16 a 19 años, mientras que un 26% se hallaban entre los 13 y 15 años. Similares resultados hallaron Amaro y Ramos en un trabajo realizado donde determinaron con respecto a la distribución de las mujeres según grupo de edad, prevaleció el grupo de adolescentes (75%), lo que permitió afirmar que existe un número considerable de mujeres que a pesar de tener edad cortas por ser adolescentes, desean procrear. De igual manera encontraron que Según las complicaciones del embarazo en gestantes con edades tempranas (adolescentes), 30 pacientes las presentaron

(93,75%), las más frecuentes fueron la amenaza de parto pre término con 22 embarazadas (73,3%); trastornos hipertensivos del embarazo con 15 gestantes (50%) y amenaza de aborto con 13 pacientes (43,33%), seguido en menor grado por la rotura prematura de membranas con siete gestantes (23%) y diabetes gestacional con cuatro pacientes (13%). Con relación al tipo de nacimiento en mujeres con edad materna temprana, el parto eutócico se presentó en 17 pacientes (53,13%) y 14 fueron cesáreas (43,75%) , en nuestro estudio se encontraron similares resultados, dentro de ellos se mencionan: En cuanto a las complicaciones obstétricas tenemos: ITU 23%, aborto, 16%; amenaza de aborto y anemia con el 9% cada uno; RPM con el 8%; Trastornos hipertensivos del embarazo y parto prolongado con el 7% respectivamente, seguidas de DCP y parto precipitado con el 6% cada uno de ellos; DPP con el 5% .

Por otro lado García Mena, M. realizó un estudio donde encontró los siguientes resultados: Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes encontradas en este estudio fueron: anemia (19,18 %) siendo la complicación obstétrica más frecuente, infección del tracto urinario (14,29 %), desproporción céfalo pélvica (11,43 %), ruptura prematura de membrana (11,02 %), desgarro perineal y/o cervical (10,61 %), pre eclampsia (7,76 %), parto pre término (7,76 %) y parto prolongado (7,76 %); observándose parecidos resultados al obtenido en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Al finalizar nuestro estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

- Referente a las edades, que el 74% fluctuaban entre las edades de 16 a 19 años, mientras que un 26% se hallaban entre los 13 y 15 años.
- En cuanto al nivel educativo, que el 57% son de nivel educativo primaria, con el 41% con nivel secundario y el 2% analfabetas.
- La población estudiada fue proveniente de la zona urbana con el 71% y solamente el 29% fueron de la zona rural.
- Estado civil conviviente con el 46%; estado civil casada el 23%, mientras que con el 20% están las solteras y con un 11% tienen el estado civil otro.
- Situación económica que el 53% es de condición económica regular, el 28% que tienen situación económica mala, y con buena el 19%.
- Gesta paridad, los resultados obtenidos nos muestran que el 57% fueron multigestas, seguidas con el 43% que fueron primigestas.
- Gestación a término con el 57%, pre término con el 24% y post término con el 19%.
- Vía del parto el 72% terminaron en parto por vía abdominal, mientras que el 28% terminó por vía vaginal.
- Sin antecedentes el 57%, con antecedentes el 43%, lo que demuestra que existen altas tasas de abortos.
- Complicaciones obstétricas tenemos: ITU 23%, aborto, 16%; amenaza de aborto y anemia con el 9% cada uno; RPM con el 8%; Trastornos hipertensivos del embarazo y parto prolongado con el 7% respectivamente, seguidas de DCP y parto precipitado con el 6% cada uno de ellos; DPP con el 5%

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

-  A los profesionales de la salud, diseñar estrategias para educar a la población adolescente, a tener conocimientos, actitudes y prácticas responsables sobre salud sexual y reproductiva.
-  A los responsables del manejo y dirección de los establecimientos de salud: Hacer cumplir las normas y guías técnicas diseñadas para la atención de los adolescentes, sobre todo en lo que respecta a educación en sexualidad responsable.
-  A los padres de familia: cumplir con el rol correspondiente con sus hijos, durante esta etapa de su vida, brindándoles el apoyo necesario.
-  A los jóvenes adolescentes, si bien es cierto tienen una corta edad, pero deben asumir con responsabilidad el rol que les corresponde en esta etapa de su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud OMS EMBARAZO EN ADOLESCENTES 2018
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Boletín Informativo sobre Embarazo en adolescente. Lima jun. 2018
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El bono demográfico en las regiones del Perú. Lima: UNFPA; 2012.
4. Amaro F., Ramos M., Mejías N., Cardoso O., Betancourt R. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. Archivo médico de Camagüey (Cuba) 2006; Disponible en :<http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117906006.pdf>
5. Chamy V., Cardemil F., Betancour P., Ríos M., Leighton L. Riesgo Obstétrico y Perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 74(6): 331-338. Disponible en:<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n6/art03.pdf>
6. Donoso E., Carvajal J., Vera C., Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile 2014; 142: 168 – 174. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
7. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo 2009. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
8. Dirección Regional de Salud Huánuco (DIRESA), Reporte de la Unidad de Estadística e Informática Marzo 2018.
9. Williams, J. Obstetricia. 21. ed. Buenos Aires. Panamericana. 2012.
10. Amaro F., Ramos M. (Cuba, 2009).

11. Caicedo F., Ahumada F., Bolaños M., Ortega O. Complicaciones maternas y neonatales e pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años durante julio a septiembre de 2008.
12. Bermello M. Caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno fetales, Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, Portoviejo enero-Junio 2012. Ecuador; 2012.
13. García Mena M. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO, 2015:
14. *Tay Flor, Puell Lucie*, En el trabajo realizado sobre EMBARAZO EN ADOLESCENTES: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
15. Revista Cubana de Medicina General Integral Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames 2018.
16. Victorio Cruz Y. “Factores socioeconómicos y culturales relacionados con embarazo en adolescentes del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco-2014” Huánuco - Perú setiembre, 2016
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES: Nacional y Departamental 2014. Lima: INEI; 2015.
18. Ministerio de Salud del Perú Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral SITUACIÓN DE SALUD / ADOLESCENTES / JÓVENES / PERÚ 2017
19. Poma M. Factores de riesgos maternos perinatales asociados a la gestación en adolescentes y las de edad avanzada, Huancayo. 2007. Disponible en:
20. Ramírez A. Morbilidad obstétrica de la primigesta añosa en el Hospital D.A.C Huancayo – Perú. 2009. (14) F. G. Cunningham y otros. Obstetricia de Williams. 23º Edición. México. Editorial
21. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES. 2013.

22. Análisis Situacional de Salud. Dirección Regional de Salud Cajamarca. 2013.
23. Heras B., Gobernado J., Mora P., Almaraz A. La edad materna como factor de riesgo
24. Obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Grog Obste .
25. Ginecología 2011; 54(11): 575-580. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/la-edad-materna-como-factor-riesgo-obstetrico-90034646-original-articles-2011>
26. McGraw Hill Interamericana. 2011.
27. Gamarra A. Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2013.
28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. 2011.
29. Mendoza W., Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública 2013.
30. Nápoles D. Alternativas en las desviaciones del trabajo de parto. MEDISAN 2005; 9(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san13205.htm
31. Rodríguez S. Resultados perinatales adversos en embarazadas añasas. [Tesis doctoral]. México; 2013. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Angie.pdf>
32. Navas N., Alberto Catillo Fernández FA, Campos Martínez Ángel. Caracterización del riesgo preconcepcional. Avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. Archivo médico de Camagüey (Cuba) 2006; 10(2): 1-7.

33. Nolasco A., Hernández R., Ramos R. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Rev. Ginecol Obste Mex 2001; 2012; 80(4): 270-275.
34. Hernández J., Hernández D., García L., Rendón S., Suárez R. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev. Cubana Obste Ginecol 2003; 29
35. Donoso E., Villarroel L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev. Med Chile 2003; 131(1): 55-59. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100008
36. Definición de complicación - Diccionario de cáncer - National Cancer
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/complicacion>
37. Montero, Leída C. - Enfermería materno-infantil - Venezuela 2017
38. OBSTÉTRICO - Definición y sinónimos de obstétrico en el diccionario ...<https://educalingo.com/es/dic-es/obstétrico>.
39. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Descubriendo las voces de las adolescentes. Definición del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes. Washington OPS-OMS; 2016. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.Pdf>
40. Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las Personas Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima 2010
41. Organización Mundial de la Salud. Problemas de salud Sexual y Reproductiva durante la Adolescencia 2016

ANEXOS

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTES ATENDIDAS EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y CENTRO
OBSTÉTRICO.**

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad de la gestante:
2. Grado de Instrucción
3. Residencia
4. Estado Civil
5. Situación Económica

II. DATOS OBSTÉTRICOS

6. Gestación:

- Primigesta ()
- Multigesta ()

7. Edad gestacional:

- Pre termino ()
- A término ()
- Pos término ()

8. Atenciones pre natales

Menos de 6 atenciones

Más de 6 atenciones

9. Tipo de parto

Vaginal

Abdominal

10. Antecedentes de aborto

SI

NO

III. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Aborto ()

Amenaza de aborto ()

Trastornos hipertensivos del embarazo ()

ITU

Anemia

DPP

Desgarro perineal y cervical

RPM

DCP

Distocia de presentación

Parto precipitado

Parto Prolongado

Cesárea

o

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUANUCO 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA
General: ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2018?	General: . Determinar el grupo de gestantes entre adolescentes y añosas que presenta más complicaciones obstétricas durante el embarazo y parto en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2018.	principal Ha.-Las complicaciones obstétricas durante el embarazo parto de gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, durante el año 2019 es alta.	Variable Independiente - Gestantes adolescentes.	Método- Descriptivo: porque se describirá a cada una de las variables. Longitudinal: porque las características estudiadas serán observadas a través del tiempo. Retrospectivo: porque se acudirá a historias clínicas archivadas (HCA) en las cuales se registraran los datos ocurridos en el pasado.	Población Para el presente estudio la Población estará conformada por todas las pacientes gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante el año 2018 del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco y que fueron en número de 213. MUESTRA Para establecer la muestra de nuestro estudio se aplica la siguiente fórmula. $n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$ Muestra 149

	O.ESPECIFICO	H. NULA	Variable Dependiente	Tipo	Técnicas- instrumentos
	Identificar el grupo de gestantes que prevalece, entre adolescentes según edades. - Conocer las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes que se presentan durante el embarazo y parto. - Comparar la morbimortalidad materna entre gestantes adolescentes y añosas.	- H0: Las complicaciones obstétricas durante el embarazo parto de gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, durante el año 2019 es alta.	- Complicaciones maternas Variable intervinientes: - Atenciones prenatales. - Tipo de parto. - Vía de terminación del embarazo. - Mortalidad materna.	El diseño de la investigación será de tipo no experimental y de modalidad descriptivo.	Para la recolección de datos se utilizara un formulario pre diseñado (Anexo 01) en donde se consignara datos necesarios para obtener la información. La información se recolectará en un formulario estructurado donde incluirá cada una de las variables propuestas para el estudio, con el fin de recolectar toda la información necesaria para el estudio. El formulario constara de datos generales de la paciente y las complicaciones que hubiese presentado ya sea durante la gestación o el parto.