

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA



TITULO

Relación de las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones Obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Setiembre 2015 – febrero 2016

PRESENTADO POR:

Bach. James Christian RUIZ RUIZ

ASESOR: Natalik Espinoza Ramírez

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

SAN JUAN - IQUITOS

2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi padre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO

Gracias a DIOS por brindarme sabiduría durante todo el tiempo de vida que me regala, Día a día, por permitirme formarme en el camino del servicio al prójimo.

A la **Obsta. Natalik Espinoza Ramírez**, por compartir sus conocimientos sobre la elaboración de este tipo de trabajos, su confianza y sus consejos.

A los docentes de la carrera de obstetricia de la Universidad Científica del Perú, por impartir sus conocimientos, apoyo y esfuerzo durante mis años de estudio.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 13 días del mes de Julio del 2018, siendo las 07:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 503- 2016-UCP-FCS, de fecha 29 de Noviembre del 2016, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

- ✚ Dr. Edwin Gabino Zevallos Bazán **Presidente**
- ✚ Med. Eder Eli Aguilar Rojas **Miembro**
- ✚ Obst. Luz Lisbeth Grández Ríos **Miembro**

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al Acto de Sustentación pública de la Tesis Titulada: **"RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, SETIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016"**, del Bachiller: **JAMES CHRISTIAN RUIZ RUIZ**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**, que otorga la **UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma satisfactoria.

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR 1	EXAMINADOR 2	EXAMINADOR 3	PROMEDIO
A) Aplicación de la teoría a casos reales	2		3	
B) Investigación Bibliográfica	3		3	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	3		3	
D) Calidad de respuestas	2		2	
E) Uso de terminología especializada	3		3	
CALIFICACIÓN FINAL	13		14	14

RESULTADO:

APROBADO POR: Mayoría
 CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS): Catorce

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORÍA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos

Nota: No asistió un miembro del jurado.

Dr. Edwin Gabino Zevallos Bazán
 Presidente

Méd. Eder Eli Aguilar Rojas
 Miembro

Obst. Luz Lisbeth Grández Ríos
 Miembro

**TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LAS
INSTALACIONES DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, EL DÍA 23
DEL MES DE FEBRERO DE 2018 POR EL JURADO CALIFICADOR**

JURADOS



Dr. Edwin Gabino Zevallos Bazán
Presidente



Obst. Luz Lisbeth Grández Ríos
Miembro

ASESORA



NATALIK B. ESPINOZA RAMÍREZ

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria	02
Agradecimiento	03
Índice	06
Resumen	08
Summary	10
CAPITULO I	12
1. Introducción	12
CAPITULO II	14
PLAN DE INVESTIGACION	14
2.1 Objetivos	14
2.1.2 Objetivos Generales	14
2.1.2 Objetivos Específicos	14
CAPITULO III	16
3.1 Justificación	16
3.2 Marco Teórico Referencial	17
3.3 Definición de Términos Básicos	21
4. Hipótesis	27
5. Variable	27
CAPITULO IV	28
4. Aspectos Metodológicos	28
4.1 Tipo de Investigación	28
4.2 Diseño de Investigación	28
4.3 Población y Muestra	29
CAPITULO V	32
Resultados	32
CAPITULOS VI	44
Discusión	44
CAPITULO VII	47
Conclusión	47
CAPITULO VIII	49

Recomendaciones	49
CAPITULO IX	50
Bibliografía	50
CAPITULO X	53
Anexos	53

Relación de las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones Obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Setiembre 2015 – febrero 2016

RESUMEN

Objetivo

Determinar la relación entre las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre 2015 y febrero 2016.

Método

Estudio no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo y correlacional se ha realizado en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”, setiembre 2015 a febrero 2016. La muestra estuvo constituida por 238 adolescentes que presentaron parto durante ese período. Se elaboró una ficha de recolección de datos que constó de 3 partes: características socio-demográficas, características obstétricas y complicaciones obstétricas. Se tomaron los datos de las historias clínicas correspondientes. Los cálculos fueron realizado a través de programa de Microsoft Excel, donde se colocó las formulas estadísticas y posterior mente los datos para su análisis respectiva.

Resultados

Las características obstétricas predominantes en las gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016, fueron: edad gestacional > o igual a 29 ss. (98.74%), primíparas (71.01%), atención prenatal adecuada (67.7%) y tipo de parto eutócico (66.81%). Las características sociodemográficas predominantes fueron: adolescencia tardía (91.6%), procedencia urbana (68.49%) y nivel de instrucción secundaria (66.39%), el (54.2%) de adolescentes presentaron alguna complicación obstétricas siendo las adolescentes tempranas las que tienen mayor probabilidad de presentarlas (85%) alguna complicación. determinando las más frecuentes: parto pre termino (7.56%), seguido por trabajo de parto prolongado (7.56%), expulsivo prolongado (7.14%),

desproporción céfalo pélvica (6.72%), pre eclampsia (5.88%), desgarros perineales y desgarro cervical con (5.88%).

A través del cálculo del X^2 con un nivel de significancia $p= 0.005$ se observa que el valor calculado es de 8.34 y el valor de la tabla es de 7.879, siendo el valor calculado mayor que el de la tabla, el cual indica que se rechaza la hipótesis nula, por ello decimos que si existe relación entre la edad y la presentación de la complicación obstétrica.

Conclusión: El embarazo en la adolescencia es un problema de salud que hoy está en aumento y que continúa siendo necesario investigar.

Palabras clave: Embarazo; adolescente; embarazo en la adolescencia, complicaciones obstétricas, Historia clínica completa, Historia Clínica Materno Perinatal Completo, Historia Clínica Completa Incompleta, Historia Clínica Materno Perinatal Incompleto.

Relation of obstetric and socio-demographic characteristics with obstetric complications in pregnant teenagers attended at the Regional Hospital of Loreto since September 2015 to February 2016

SUMMARY

Objective

To determine the relation between obstetric and socio-demographic characteristics with obstetric complications in pregnant teenagers who had given birth attended at the Regional Hospital of Loreto, since September 2015 to February 2016.

Method

A non-experimental, descriptive, cross-sectional, retrospective and correlational study at Regional Hospital of Loreto "Felipe Arriola Iglesias", since September 2015 to February 2016. The sample consisted of 238 adolescents who had given birth during this period. It was elaborated a card data collection consisted of three parts: socio-demographic characteristics, obstetric characteristics and obstetric complications. Data came from the clinical histories were taken. The entry of the data base and analysis was performed using Microsoft Excel program, where the statistical formulas were placed and subsequently the data for their respective analysis.

Results

The predominant obstetric characteristics in pregnant teenagers who had given birth at the Regional Hospital of Loreto since September 2015 to February 2016, were: gestational age > or equal to 29 ss. (98.74%), primiparous (71.01%), adequate prenatal care (79.0%) and type of eutocic birth (66.81%). The predominant socio-demographic characteristics were: late adolescence (91.6%), urban origin (68.49%) and secondary education level (66.39%); the 54.2% of adolescents presented some obstetric complications, being the early adolescents the most likely present them (85%) some complication, determining the most frequent: preterm birth (7.56%), followed by prolonged labor (7.56%), prolonged expulsive (7.14%), pelvic cepal disproportion (6.72%), preeclampsia (5.88%), perineal tears and tear cervical with (5.88%).

Through the calculation of χ^2 with a level of significance $p = 0.005$ it is observed that the calculated value is 8.34 and the value of the table is of 7.879, being the calculated value greater than that of the table, which indicates that it is rejected the null hypothesis, that is why we say that there is a relationship between age and the presentation of the obstetric complication.

Conclusion: The teenage pregnancy is a health problem that is increasing and today it is still necessary to investigate.

Key words: Pregnancy; adolescent, teenage pregnancy, obstetric complications, clinic history, perinatal maternal clinical history, incomplete clinical history, incomplete perinatal maternal clinical history.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública. La OMS en el 2013, se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo ⁽¹⁾.

El embarazo y el parto son procesos naturales, que no deberían implicar un riesgo para la vida de la madre, ni para la vida del bebé; sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta riesgos tanto de morbilidad y mortalidad materna-perinatal. En las edades extremas de la vida, el embarazo, se convierte es un riesgo inminente, por que condicionan situaciones y problemas que ponen en peligro tanto la vida de la madre como la del bebé ⁽²⁾. Según la OMS: el embarazo en mujeres mayores de 35 años y en menores de 19 años representa 35% de las complicaciones durante el parto y perinatales ⁽³⁾.

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. El psicoanálisis, considera que, la adolescencia se caracteriza, también, por la inmadurez biológica, psíquica y emocional; y, no es la etapa más ideal para asumir el rol de madre ⁽⁴⁾.

Dentro del contexto de nuestra realidad local, según la DIRESA Loreto, en Loreto, en el año 2014, el 48,5% de las mujeres menores de 19 años que fueron madres, presentó complicaciones obstétricas durante el parto y perinatales ⁽⁵⁾. El Hospital Regional de Loreto, reportó que, en el 2015 se atendieron 4 378 partos de los cuales el 26,4% correspondió a gestantes adolescentes entre 10 a 19 años de edad, de las cuales el 38,6% presentó algún tipo de complicaciones obstétricas durante la gestación como perinatales ⁽⁶⁾.

Según los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2013, en el Perú existen 460 258 madres cuyas edades están entre 10 a 19 años de edad. Una de cada 5 de estas madres adolescentes presentó complicaciones obstétricas y/o perinatales ⁽⁷⁾.

CAPITULO II

Plan de investigación

Título:

Relación de las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones Obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Setiembre 2015 – febrero 2016

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Determinar la relación entre las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre 2015 y febrero 2016.

2.1.2 Objetivos Específicos

Identificar las características socio-demográficas como: edad, procedencia y nivel de instrucción de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.

Identificar las características obstétricas como: edad gestacional, gravidez, atención pre natal y tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.

Identificar las complicaciones obstétricas como: tipo de parto, RPM, Pre-Eclampsia, Eclampsia, Hemorragia post-parto, desgarros y DCP, que se presentaron en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.

Relacionar las características socio-demográficas con complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.

Relacionar las características obstétricas con complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes que atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.

CAPITULO III

3.1 Justificación

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante. Este suceso, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad, está aconteciendo con mayor frecuencia en los sectores socio-económicos más pobres ⁽⁸⁾.

Nuestra región no es ajena a esta problemática, ya que, en las 2 últimas décadas se ha incrementado el número de embarazos adolescentes y la información sobre las complicaciones obstétricas en este grupo poblacional es escasa ⁽⁷⁾.

Una adolescente embarazada, en trabajo de parto o una puérpera inmediata, puede transformarse en una adolescente obstétrica críticamente enferma tanto durante el curso del embarazo o durante el parto o el puerperio ⁽⁹⁾. De forma global, las complicaciones obstétricas en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad, se encuentran el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la baja ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la ruptura prematura de las membranas ovulares. Durante el parto, los trabajos de parto prolongados, partos operatorios (instrumentados o cesáreas), desgarro del canal blando del parto y hemorragias ^(10, 11).

El Hospital Regional de Loreto es un establecimiento de salud de nivel III, y es el hospital de referencia de los casos de mayor complejidad, es por eso que se decidió realizar la investigación por ser el hospital de referencia de la Región.

Como se puede observar, este es un problema de actualidad y de gran interés, en relación al enfoque de riesgo y a la cadena de prevención, ya que se necesita identificar el entorno socio-demográfico, datos de los antecedentes obstétricos y algunas características importantes y

cruciales, para prever y salvar la vida de la gestante y su producto en relación a las complicaciones obstétricas.

Por todo lo antes mencionado, es de interés desarrollar el presente trabajo de investigación para reunir dichas evidencias y de esta manera colaborar en el desarrollo de medidas de intervención más eficaces en este grupo de riesgo.

Además, esta investigación, abriría las puertas para realizar investigaciones más amplias (por ejemplo, caso control) que nos va a permitir tener un concepto firme de esta problemática de salud lo que nos permitiría intervenir con esperanza de mejores resultados en la prevención de complicaciones obstétricas.

Es así que, dentro del contexto de esta realidad, el presente trabajo de investigación pretende determinar las características sociodemográficas y las complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes que culminaron su embarazo en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre 2015 y marzo de 2016.

3.2 Marco teórico referencial

3.2.1 Antecedentes de estudios

1. A nivel internacional

Guzmán García (2013)⁽¹²⁾. Se realizó un estudio en el Hospital de la Mujer de la SSA en Morelia, Michoacán- México, en el área de Gineco-obstetricia, en el periodo comprendido del 1° de enero 2010 a julio 2012. La atención obstétrica a adolescentes fue de 4 816 (23%) del total de pacientes, de estos casos 1422 presentaron complicaciones obstétricas. En la distribución por edad se encontró 97.3% correspondió a adolescentes tardías y un 2.7% a adolescentes tempranas. Con respecto a la escolaridad el 41.49% tuvo secundaria, seguido del 28.55% con primaria, 2.46% superior y solo un 0.28% analfabetas. Se encontró que 1 190 adolescentes cursaban su primer

embarazo (83.68%), 186 (13.08%) con el segundo y solo 2 (0.5%) cursaban por más de dos. Hubo predominio de cesárea con 53.87% y 14.42% partos eutócicos. El mayor número de atenciones por complicaciones obstétricas se presentó en las gestaciones ≥ 21 ss con 77.74% y en un 22.26% en ≤ 20 ss. Las complicaciones obstétricas fueron RPM (36.82%), DCP (23.64%), falta de progresión del parto (12.26%), amenaza de parto pre término (9.69%), ITU (9.6%), Hipertensión Gestacional (8.45%), expulsivo prolongado (7.95%), amenaza de aborto (2.71%), placenta previa (1.16%) y anemia (1.80%).

Caicedo y col (2013)⁽¹³⁾. Se realizó un estudio con 88 pacientes cuyo parto se atendió entre los meses de julio a setiembre de 2012 en el Hospital Universitario San José de Popayán-Colombia. De estas, 40 fueron adolescentes menores de 20 años y 48 fueron pacientes mayores de 35 años. Se encontró que en el grupo de adolescentes la edad materna promedio fue 16.1 años, mientras en las añosas correspondió a 38.2 años. Los controles prenatales para las adolescentes fueron de 4.48 controles y 4.96 para las añosas. En las complicaciones obstétricas se encontró hipertensión inducida por el embarazo en 45% de las adolescentes y en un 29% en las añosas, parto pre término en 35% de las adolescentes y en un 16.7% en las añosas, RPM en 18.8% de las adolescentes y en un 15% en las añosas y la anemia en 7.5% de las adolescentes y en un 6.3% en las añosas. En las pacientes añosas 47.9% terminaron en parto vaginal, mientras el 60% de las adolescentes terminó en cesárea.

Guachamín Avalos (2013)⁽¹⁴⁾. Realizó un estudio en el Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo de septiembre 2010 a marzo 2012. Se encontró 415 adolescentes embarazadas, que correspondieron al 17.29% del total de embarazos. El 100% de las gestantes correspondía al grupo de adolescentes tardía. De acuerdo a la escolaridad, 298 (72%) tenía secundaria, 112 (27%) primaria y 5 (1%) eran analfabetas. Según el lugar de procedencia 253 (61%)

pertenecían al área urbana y 162 (39%) al área rural. Con respecto a la gravidez, se encontró 381 primigestas que corresponden al 92% y 34 (18%) a multigestas. En cuanto al tipo de parto 344 (83%) terminaron en parto eutócico y 71 (17%) en cesárea. Con respecto a las complicaciones obstétricas el 19% correspondió a DCP, 12% a distocia de presentación, 12% a amenaza de parto pre término, 8% pre eclampsia, 5% expulsivo prolongado y 1% a eclampsia.

Serra Ruiz (2013) ⁽¹⁵⁾. Durante el año 2012, el total de embarazadas del policlínico “Rafael Valdés” del municipio Cotorro de La Habana-Cuba, fue de 445, para una tasa de embarazo en adolescentes de 226 x 1000. En el período del 1ro de enero al 31 de diciembre del 2012. La muestra quedó constituida por 79 gestantes adolescentes, que representó el 44,38 % de las embarazadas adolescentes del municipio y el 17,75 % del total de embarazadas. Se encontró anemia (58,2%), infección del tracto urinario (31,6%) y pre eclampsia (17,7%).

2. A nivel nacional

Ruiz Saavedra (2012) ⁽¹⁶⁾ Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo, realizado en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”, entre enero a julio de 2012. La muestra estuvo constituida por 238 adolescentes que presentaron parto durante ese período. Se elaboró una ficha de recolección de datos que constó de 3 partes: características socio-demográficas, características obstétricas y complicaciones obstétricas. Las características socio-demográficas predominantes en las gestantes adolescentes, fueron: adolescencia tardía (90.3%); procedencia periurbana (48.7%) y nivel de instrucción secundaria (73.5%). Las características obstétricas más frecuentes resultaron ser: edad gestacional \geq 21ss de gestación (100%), primigesta (78.6%), atención prenatal adecuada (54.6%) y tipo de parto espontáneo (59.2%). El 70.6% de las adolescentes presentaron

complicaciones obstétricas, siendo las de mayor porcentaje: Parto Pre Término (14.7%), Hipertensión Gestacional (10.5%), Desgarros Cervicales (9.7%), Pre Eclampsia y Rotura Prematura de Membrana (8.8%), Desproporción Céfalo Pélvica (8%) y otras complicaciones (23.5%).

Arotoma O. y col (2013) ⁽¹⁷⁾. La presente investigación tuvo como objetivo: Determinar patologías obstétricas en adolescentes, durante el embarazo, parto y puerperio. Se revisó 363 historias clínicas materno perinatales. Existen patologías obstétricas significativas en adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz-Perú, en el año 2012. Según número de gestaciones determinado en el estudio fueron: Primigestas 68,1% (247), segundigesta 26,9% (98) y Multigesta 4,9% (18). El número de cuidados prenatales identificados correspondió al adecuado en 63,1% (229) inadecuado cuidado prenatal 31,4% (114) y 5,5% (20) sin cuidado prenatal. Las complicaciones obstétricas fueron: anemia 25.3%(92), infección del tracto urinario 14.0% (51), abortos 9.6% (35) y pre eclampsia leve 8.2% (30); en el parto: cesárea 31.1%(113), pre eclampsia severa 13,7% (50), parto prematuro13.2% (48), en el puerperio: endometritis 0.8% (3) y hemorragia por atonía uterina 0.5% (2).

Navarro Seminario y col (2016) ⁽¹⁸⁾. Determinar las características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo Enero – Diciembre del 2015. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, La prevalencia de madres adolescentes en nuestro estudio fue de 16.96%. La edad promedio fue 17.71 años. 68.37% de ellas presentaron control prenatal (CPN) adecuado, y el 52.24% culminó la gestación por cesárea. Se encontró 88.8% neonatos a término, y 11.2% pre término. 86.7 % de los neonatos presentaron peso normal, 6.7% bajo peso y 1% muy bajo peso, extremo bajo peso 0.8% y macrosómico

4.7%. 79.4% de neonatos fueron adecuados para la edad gestacional, 12.4% pequeños para la edad gestacional y 8.4% grandes para la edad gestacional.

Bendezu Guido y col (2016) ⁽¹⁹⁾: Estudio retrospectivo de casos y controles. Institución: Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, EsSalud, Ica, Perú. Participantes: Gestantes adolescentes. Métodos: Entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2014 se estudió 177 adolescentes que tuvieron su parto en el hospital y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes y registros de partos. Principales medidas de resultados: Características obstétricas y perinatales. Resultados: El embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La incompatibilidad cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

3.3 Definición de términos básicos

3.3.1 Gestación:

Período del desarrollo del embrión o feto humano, desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento ⁽²⁾.

3.3.2 Embarazo Adolescente:

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres desde los 10 hasta los 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica ⁽⁴⁾.

3.3.3 Edad:

Duración o la medida del tiempo de la existencia de una persona. Expresada en años ⁽²⁰⁾.

3.4 Características Sociodemográficas

3.4.1 Adolescencia:

Etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que conducen al individuo a la madurez del adulto ⁽²¹⁾.

- ✓ **Temprana:** Comprende desde los 10 hasta los 14 años.
- ✓ **Tardía:** Comprende desde los 15 hasta los 19 años ⁽²²⁾

3.4.2 Lugar de Procedencia:

Origen de una determinada persona desde el punto de vista geográfico. Se puede clasificar en:

- ✓ **Zona Urbana:**

Es aquel lugar que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente, formando manzanas y calles. Cuenta con servicios básicos y un hospital o centro de salud.

- ✓ **Zona Periurbana:**

Se denomina al área alejada del perímetro urbano. Cuenta con servicios limitados y tiene rápido acceso a un hospital o centro de salud.

- ✓ **Zona Rural:**

Es aquel lugar que no es la capital de distrito o que, teniendo más de 100 viviendas, estas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar manzanas. No cuenta con servicios básicos, ni con un hospital o centro de salud cercano ⁽²³⁾.

3.4.3 Nivel de Instrucción:

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Pudiendo ser:

- ✓ **Sin estudios:** Ningún tipo de instrucción.

- ✓ **Primaria:** También conocida como la educación elemental, es la primera de seis años establecidos y estructurados de la educación.
- ✓ **Secundaria:** Es la que tiene como objetivo capacitar al alumno para proseguir estudios superiores o bien para incorporarse al mundo laboral.
- ✓ **Superior:** Pueden ser:
 - **Universitario:** Se estudia una carrera profesional y se obtiene una titulación superior (o título superior o título profesional).
 - **No Universitario:** En esta modalidad se entrena al alumno para que aprenda una carrera no universitaria o industrial y se obtiene un título como profesional técnico ⁽²⁴⁾.

3.5 Complicación Obstétrica:

Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial:

3.5.1 Amenaza Parto Pre Término:

Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36 semanas de gestación.

➤ Clasificación:

- **Parto Inmaduro:** Aquel parto que se presenta en una gestación > 22 hasta las 28 semanas
- **Parto Prematuro:** Aquel parto que se presenta en una gestación > 29 hasta las 36 semanas

3.5.2 RPM (Rotura Prematura de Membranas):

Rotura espontaneas de las membranas ovulares después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo del parto.

➤ Clasificación:

- **RPM Precoz:** cuando se rompen con el trabajo de parto, pero aun sin llegar al borramiento y dilatación complete.

- **RPM Prolongado:** si transcurre 24 horas entre las rupturas de la membrana y el inicio del trabajo del parto ⁽²⁵⁾.

3.5.3 Pre Eclampsia

Se define como presión arterial igual o superior a 140/90 mm Hg de sistólica y diastólica, respectivamente, en una embarazada con más de 20 semanas de gestación sin antecedentes de hipertensión crónica.

3.5.4 Eclampsia

Se define como la presentación de una o más crisis convulsivas generalizadas en el contexto de pre eclampsia y en ausencias de otras alteraciones neurológicas. Puede aparecer antes, durante o hasta 48 horas post parto ⁽²⁶⁾

3.5.5 Parto Prolongado:

Se define como el tiempo de duración del trabajo de parto superior a 14 horas en primíparas y superior a 10 horas en multíparas ⁽²⁵⁾.

3.5.6 Expulsivo Prolongado:

Tiempo de duración del periodo expulsivo superior a 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas ⁽²⁷⁾.

3.5.7 Hemorragia Post Parto:

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutivo a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por Cesárea.

3.5.8 Desgarro Perineal:

Lesión frecuente ocasionada por el parto, que puede comprometer la vagina, vulva y periné en grado variable y extensiones diversas.

3.5.9 Desgarro Cervical

Lesión a nivel del cérvix que comprende todo el espesor del cérvix en uno o más sitios y en extensiones variables pudiendo llegar hasta el segmento, estableciendo cuadros graves de hemorragias profusas.

3.5.10 DCP (Desproporción Céfalo Pélvica)

Imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ⁽²⁵⁾.

3.6 Características Obstétricas

3.6.1 Edad Gestacional:

Se define como el tiempo (expresado en semanas) transcurrido entre la fecha de última regla hasta un momento dado del embarazo.

3.6.2 Paridad:

Recibe esta denominación toda mujer que ha parido un producto de la concepción mayor de 20 semanas o un peso mayor de 500 gramos.

- ✓ **Primípara:** Mujer que se embaraza por primera vez.
- ✓ **Segundipara:** Mujer que se embaraza por segunda vez.
- ✓ **Multípara:** Mujer que se embaraza por tercera vez o más.
- ✓ **Gran Multípara:** Mujer que se embaraza por sexta vez o más ⁽²⁷⁾.

3.6.3 Atención Prenatal:

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Según el número de atenciones se clasifica en:

- ✓ **Adecuada:** De seis atenciones a más.
- ✓ **Inadecuada:** De una a cinco atenciones.
- ✓ **Ninguna:** No tuvo atención prenatal. ⁽²⁵⁾.

3.6.4 Tipo de Parto:

Expulsión de un feto con un peso mayor de 500gr o con más de 20 semanas de edad gestacional. Puede ser:

✓ **Eutócico:**

Es el parto que termina bajo solo la influencia de las fuerzas naturales, por vía vaginal.

✓ **Distócico:**

Es la extracción de un feto, vivo o muerto, a través de una incisión en abdomen (laparotomía) y en la pared anterior de útero (histerotomía), después de las 20 semanas de gestación ⁽²⁷⁾.

3.7. Palabras Claves

3.7.1 Historia Clínica Completa:

Documento médico legal en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención al paciente, en forma ordenada, integrada, secuencias e inmediata de la atención que el medico u otros profesionales de salud, que cuente con la hoja de anamnesis, examen clínico, notas de evolución tanto medica como obstetricia y órdenes médicas

3.7.2 Historia Clínica Materno Perinatal Completo:

En el que se consignen los datos de los antecedentes gineco obstétricos, los antecedentes familiares, los antecedentes personales, los datos del embarazo actual, los datos al momento del ingreso hospitalario y los datos concernientes al parto.

3.7.3 Historia Clínica Completa Incompleta:

Historia clínica incompleta en la cual no cuente con registro en una de las partes mencionas en la historia clínica completa.

3.7.4 Historia Clínica Materno Perinatal Incompleto:

Historia clínica materno perinatal incompleta en la cual no cuente con una de las partes mencionas en la historia clínica materno perinatal completo ⁽⁵⁾.

4. Hipótesis

Existe una relación estadísticamente significativa entre las características obstétricas y socio-demográficas con las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 a febrero 2016.

5. Variables

Variable independiente

- Características obstétricas
- Características sociodemográficas

Variable dependiente

- Complicaciones obstétricas

CAPITULO IV

4. Aspectos Metodológicos

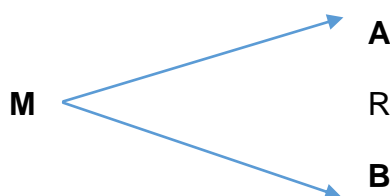
4.1 Tipo de Investigación

Estudio no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo y correlacional a realizarse en Iquitos, desde setiembre 2015 a febrero 2016. Se incluyen todos los distritos de la región Loreto que se atienden en el Hospital Regional de Loreto.

- ✓ **No experimental:** Porque no habrá manipulación de las variables.
- ✓ **Descriptivo:** Porque describirá la relación entre las complicaciones obstétricas y las características obstétricas y sociodemográficas en la gestante adolescente.
- ✓ **Transversal:** Porque evalúa a las variables en un solo momento o período de tiempo en que ocurre el estudio.
- ✓ **Retrospectivo:** Porque los datos se recogerán de archivos, historias clínicas o entrevistas de los hechos sucedidos.
- ✓ **Correlacional:** Por que determina la relación o dependencia que existe entre las variables que intervienen en una distribución bidimensional ⁽⁵⁵⁾.

4.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación es correlacional:



M = Gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Setiembre 2015 – Febrero 2016

A = Características obstétricas y características sociodemográficas

B = Complicaciones obstétricas

R = La relación que se busca entre las variables a estudiar

4.3 Población y Muestra

La población será constituida por todas las gestantes adolescentes de 10 – 19 años que culminaron su embarazo en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre 2015 a febrero 2016. De acuerdo al Sistema de Información Perinatal, culminó su embarazo 624 gestantes adolescentes durante este período.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,05), valor que queda a criterio del encuestador.

$$n: \frac{(624) (0.5)^2 (1.96)^2}{(624-1) (0.05)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2}$$

$$n: \frac{(624) (0.25) (3.8416)}{(623) (0.0025) + (0.25) (3.8416)}$$

$$n: \frac{599.29}{1.558 + 0.96}$$

$$n: \frac{599.29}{2.52}$$

$$n: 238$$

4.4 Criterios de Inclusión

- ✓ Gestantes adolescentes de 10 – 19 años que culminaron su embarazo en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre 2015 a febrero 2016.
- ✓ Historia clínica completa:
- ✓ Historia clínica materno perinatal Completa.

4.5 Criterios de Exclusión

- ✓ Historia clínica e historia clínica materna perinatal incompleta.

4.6 Técnicas, instrumentos y procedimiento.

4.6.1 Técnicas de recolección de datos

La técnica para el presente estudio de investigación será la de recolección de información de fuente secundaria a través de la aplicación de ficha de recolección de datos (anexo N° 1), así como la revisión de la historia clínica de hospitalización y la historia clínica materno perinatal.

4.6.2 Instrumentos de recolección de datos

La ficha que se emplea en la actual investigación se ejecutó en un trabajo denominado: “Complicaciones obstétricas y su relación con las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes adolescentes que presentaron parto en el hospital Regional de Loreto” Que se realizó en la fecha enero a julio 2012, fue construida con anterioridad a la presente investigación⁽¹⁸⁾ (anexo N° 1)

4.6.3 Procedimiento de recolección de datos

Aprobado el proyecto se presentará la solicitud al Director del Hospital para su evaluación y aceptación por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Loreto.

Se recogerá información a través de ficha de recolección de datos, de las historias clínicas y su respectiva historia clínica materna perinatal.

Los datos recolectados se verificaron con el asesor de la tesis, luego de ello se clasificarán y ordenarán según las variables a estudiar.

4.7 Procesamiento de la información

La información recogida será ingresada en una base de datos del programa de Microsoft Excel, luego se procederá a realizar análisis univariado y bivariado.

4.8 aspectos éticos

Se respetará el anonimato de las pacientes que ingresen al estudio de investigación. El investigador no manipula variables, solo observa y describe. Guarda la confidencialidad respectiva.

CAPITULO V

RESULTADOS

El trabajo de investigación fue realizado con el uso de la estadística descriptiva en tablas estadísticas univariadas y bivariadas, con frecuencias y porcentajes para su análisis. Así mismo se empleó la estadística inferencial a través de la prueba estadística no paramétrica de libre distribución Chi-cuadrada para determinar la asociación de las variables en estudio.

Los cálculos fueron realizados a través del programa de Microsoft Excel, donde se colocó las fórmulas estadísticas y posteriormente los datos para su análisis respectivo.

El nivel de confianza para la prueba fue del 95% con un nivel de error $\alpha=0.05$ y la probabilidad de significancia menor de 0.05 ($p<0.05$).

TABLA N° 1. Característica socio-demográfica (Edad) de las gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015– febrero 2016

Característica Socio-demográfica	N°	%
Edad Adolescencia temprana	20	8.4
Adolescencia tardía	218	91.6
Total	238	100

En la tabla N° 1 se muestra las característica socio-demográfica, donde se observa que de las 238 gestantes adolescentes que presentaron parto, entre Setiembre 2015– febrero 2016, el 91.6% (218) fueron de adolescencia tardía (15-19 años de edad) y 8.4% (20) adolescencia temprana. (10 – 14 años de edad).

TABLA N° 2. Características socio-demográficas de las gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015– febrero 2016

Características Socio-demográficas					
		Adolescente Temprana	Adolescente Tardía	N°	%
Lugar de Procedencia	Urbana	8	155	163	68.49
	Periurbana	3	22	25	10.50
	Rural	9	41	50	21.01
	Total	20	218	238	100
Nivel de instrucción	Sin estudios	2	3	5	2.10
	Primaria	9	37	46	19.33
	Secundaria	9	149	158	66.39
	Sup. univer	0	11	11	4.62
	Sup. no uni	0	18	18	7.56
Total		20	218	238	100

En la tabla N°2 de las 238 gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre 2015– febrero 2016; se aprecia lo siguiente:

Con respecto al lugar de procedencia: El 68.49% (163 adolescentes) proceden de la zona Urbana, los cuales están divididos en: 8 adolescencia temprana y 155 adolescencia tardía, la zona periurbana, representa el 10.50% (25 adolescentes: 3 tempranas y 22 tardías) y de la zona rural encontramos el 21.01% (50 adolescentes: 9 tempranas y 41 tardías).

Con relación al nivel de instrucción: 2.10% (5 adolescentes: 3 adolescentes tardías y 2 adolescencia temprana) sin estudios; 19.33% (46 adolescentes: 9 tempranas y 37 tardías) primaria; 78.57% (158 adolescentes: 9 tempranas y 149 tardías) tienen solo secundaria; 4.62 % (11 adolescentes: 0 tempranas y 11 tardías) tienen superior universitario y 7.56 % (18 adolescentes: 0 tempranas y 18 tardías).

TABLA N° 3. Características obstétricas de gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015– febrero 2016

Características Obstétricas		Adolescente Temprana	Adolescente Tardía	N°	%
Edad Gestacional	Menor o igual a 28ss	1	2	3	1.26
	Mayor o igual a 29ss	19	216	235	98.74
Total		20	218	238	100
Paridad	Primípara	16	153	169	71.01
	Segundipara	4	52	56	23.53
	Múltipara	0	13	13	5.46
	Gran Múltipara	0	0	0	0
	Total	20	218	238	100

En la tabla N° 3 se observa las características obstétricas, de las 238 gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto, entre Setiembre 2015– febrero 2016; Se aprecia lo siguiente:

Con respecto a la edad gestacional: El 98.74% presentaron una edad gestacional ≥ 29 ss, de las cuales 216 son de adolescencia tardía y tan solo 19 adolescencia temprana. Los adolescentes con edad gestacional ≤ 28 ss. Tan solo representan el 1.26% de las cuales 2 son adolescentes tardía y tan solo 1 es de adolescencia temprana.

Con relación a la paridad: El 71.01% (169 adolescentes: 16 tempranas y 153 tardías) fueron primigesta, 23.53% (56 adolescentes: 4 tempranas y 52 tardías) segundigesta y 5.46%, (13 adolescentes: 0 tempranas y 13 tardías) multigesta; no hubieron gestantes gran multigesta.

TABLA N° 4. Relación entre la atención pre natal con el tipo de parto en gestantes adolescentes que presentaron parto en el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015 – Febrero 2016.

Atención pre Natal	Eutócico				Distócico				total	
	Adolescente Temprana		Adolescente tardía		Adolescente Temprana		Adolescente Tardía		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
> o igual 6	5	71	120	79	5	38.5	31	47	161	67.7
1 a 5	2	29	30	19.7	5	38.5	17	26	54	22.6
Ninguna	0	0	2	1.3	3	23	18	27	23	9.7
Total	7	100	152	100	13	100	66	100	238	100

En la tabla N° 4 se observa que las adolescentes tempranas con mayor o igual a 6 atenciones pre natales, el 71% terminaron en parto eutócico; las adolescentes tardías con mayor o igual a 6 atenciones pre natales, el 79% terminaron en parto eutócico.

En las adolescentes tempranas que presentaron atención pre natal de 1 – 5, el 38.5% terminaron en parto distócico; las adolescentes tardías con 1 – 5 atenciones pre natales, el 26% terminaron en parto distócico.

En las adolescentes tempranas que no presentaron atención pre natal alguna, el 23% terminaron en parto eutócico; las adolescentes tardías que tampoco presentaron atención pre natal, el 27% terminaron en parto distócico.

TABLA N° 5. Presentación de complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes que presentaron parto el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015-febrero 2016.

Complicaciones Obstétricas	Adolescente Temprana		Adolescente Tardía		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	17	85	112	51	129	54.2
NO	3	15	106	49	109	45.8
Total	20	100	218	100	238	100

En la tabla N° 5 se muestra la presencia de complicaciones obstétricas, donde se observa que de las 238 gestantes, el 54.2 % (129 adolescentes) presentan complicaciones obstétricas, siendo 17 de adolescencia temprana y 129 adolescencia tardía. El 45.8% de adolescentes no presentan complicaciones obstétricas, las mismas que están distribuidas en 3 adolescencia temprana y 106 tardía.

De las 20 adolescentes tempranas, 17 gestantes adolescentes presentaron algún tipo de complicación representando ello el 85% de complicaciones para su grupo etáreo.

De las 218 adolescentes tardías, 112 gestantes adolescentes presentaron algún tipo de complicación representando ello el 54.2% de complicaciones para su grupo etáreo.

TABLA N° 6. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes que presentaron parto el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015-febrero 2016.

Complicaciones Obstétricas						
	Adolescente Temprana		Adolescente Tardía		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Parto pre término						
P. Inmaduro 21 ss. - 28 ss.	1	5.9	0	0	1	0.8
P. Prematuro 29 ss. - 36 ss.	3	17.6	15	13.4	18	14
Rotura Prematura de Membrana						
Menor de 6 Horas (Precoz)	0	0	2	1.8	2	1.6
Mayor de 8 Horas (Tardío)	0	0	3	2.7	3	2.3
Pre Eclampsia	1	5.9	13	11.6	14	10.8
Eclampsia	1	5.9	4	3.6	5	3.9
Trabajo de Parto Prolongado	4	23.6	14	12.5	18	14
Expulsivo Prolongado	3	17.6	14	12.5	17	13.2
Hemorragia Obstétrica	0	0	7	6.2	7	5.4
Desgarros Perineales	0	0	14	12.5	14	10.8
Desgarros Cervical	1	5.9	13	11.6	14	10.8
DCP	3	17.6	13	11.6	16	12.4
Total	17	100	112	100	129	100

En la Tabla N° 6 se puede observar que en el grupo de gestantes adolescentes tempranas se presentó: parto prematuro 17.6%, trabajo de parto prolongado 23.6%, expulsivo prolongado 17.6%, DCP 17.6%.

En el grupo de las gestantes adolescentes tardía se presentó con mayor frecuencia parto prematuro 13.4%, trabajo de parto prolongado, expulsivo prolongado y desgarro perineal cada uno con 12.5%: Pre eclampsia, desgarro cervical y DCP con 11.6% cada uno de ellos

TABLA N° 7. Relación entre las características socio-demográficas y complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes que presentaron parto el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015-febrero 2016

Características socio – demográficas	Complicaciones obstétricas				X ²	V. TABLA	P
	Si		No				
	N°	%	N°	%			
Edad							
Adolescencia temprana	17	7.14	3	1.26	8.34	7.879	0.005
Adolescencia tardía	112	47.06	106	44.54			
Lugar de procedencia							
Urbana	78	32.78	85	35.71	10.57	10.5970	0.005
Periurbana	20	8.40	5	2.10			
Rural	31	13.03	19	7.98			
Nivel de instrucción							
Sin estudios	4	1.68	1	0.42	8.25	7.779	0.1
Primaria	23	9.66	23	9.66			
Secundaria	87	36.55	71	29.83			
Superior universitario	9	3.78	2	0.84			
Sup. no universitaria	6	2.52	12	5.04			

La Tabla N° 7 se observa el análisis descriptivo bivariado entre las características socio-demográficas y las complicaciones obstétricas, se aprecia que:

Las edades en la que presentaron algún tipo de complicación obstétrica fueron: 47.06% (112) adolescentes tardías y 7.14% (17) adolescentes temprana. De las que no presentaron alguna complicación obstétrica, el 44.54% (106) eran adolescentes tardías y 1.26% (3) adolescentes temprana.

A través del cálculo del X² con un nivel de significancia p= 0.005 se observa que el valor calculado es de 8.34 y el valor de la tabla es de 7.879, siendo el valor calculado mayor que el de la tabla, el cual indica que se rechaza la

hipótesis nula, por ello decimos que si existe relación entre la edad y la presentación de la complicación obstétrica.

Según el lugar de procedencia, en la zona urbana 32.78% (78), presentaron algún tipo de complicación obstétrica, del mismo modo de la zona periurbana con 8.40% (20) y en la zona rural el 13.03 % (31) presentaron complicaciones obstétricas. De las que no presentaron alguna complicación obstétrica, 35.71% (85) provenían de la zona urbana, 2.10% (5) de la zona periurbana y un 7.98 % (19) de la zona rural.

A través del cálculo del X^2 con un nivel de significancia $P= 0.005$ se observa que el valor calculado es de 10.57 y el valor de la tabla es de 10.597, siendo el valor calculado menor que el de la tabla, el cual indica que se rechaza la hipótesis alterna, por ello decimos que no existe relación entre el lugar de procedencia y la complicación obstétrica.

Según el nivel de instrucción las que presentaron algún tipo de complicación obstétrica fueron: 1.68% (4) sin estudio, 9.66% (23) del nivel primario, 36.55% (87) nivel secundario, 3.78% (9) superior universitario y 2.52% (6) superior no universitario.

De las que no presentaron alguna complicación obstétrica, 0.42% (1) sin estudios, 9.66% (23) nivel primario, 29.83% (71) tenían nivel secundario, 0.84% (2) superior universitario y 5.04% (12) superior no universitario.

Existiendo relación estadísticamente significativa ($p>0.1$) entre el nivel de instrucción y la complicación obstétrica, ya que el valor calculado del X^2 (8.25) fue mayor al valor de la tabla (7.779), el cual indica que si el valor calculado es mayor que el de la tabla se rechaza la hipótesis nula, por ello decimos que si existe relación entre el nivel de instrucción y la complicación obstétrica.

TABLA N° 8. Relación entre las características obstétricas y complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes que presentaron parto el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015-febrero 2016

Características Obstétricas	Complicaciones obstétricas				X ²	V. TABLA	P
	Si		No				
	N°	%	N°	%			
Edad gestacional							
> o igual a 28 semanas	1	0.42	3	1.26	1.40	1.323	0.25
< o igual a 29 semanas	128	53.78	106	44.54			
Paridad							
Primípara	93	39.08	76	31.93	3.12	3.219	0.20
Secundípara	32	13.45	24	10.08			
Múltipara	4	1.68	9	3.78			
Gran múltipara	0	0	0	0			

En la Tabla N° 8 se muestra el análisis descriptivo bivariado entre las características obstétricas y las complicaciones obstétricas, se aprecia que:

La edad gestacional en la que se presentaron algún tipo de complicación obstétrica fue: 0.42% (1) en < ó = 28ss y 1.26 % (3) no presentaron complicaciones obstétricas con la misma edad gestacional. Para la edad gestacional > o = 29ss, 53.78% (128) presentaron algún tipo de complicación obstétrica y 44.54% (106), no presentaron complicaciones obstétricas con la misma edad gestacional.

A través del cálculo del X² con un nivel de significancia p = 0.25, se observa que el valor calculado es de 1.40 y el valor de la tabla es de 1.323, siendo el valor calculado mayor que el de la tabla, el cual indica que se rechaza la hipótesis nula, por ello decimos que si existe relación entre la edad gestacional y la presentación de la complicación obstétrica.

Según la paridad las que presentaron algún tipo de complicación obstétrica eran: 39.08% (93) primíparas, 13.45% (32) secundíparas y 1.68% (4) multíparas. De las que no presentaron alguna complicación obstétrica: 31.93% (76) fueron primíparas, 10.08% (24) secundíparas y 3.78% (9) multíparas.

Se puede observar que el valor calculado del X^2 es menor que el valor de la tabla, el cual nos indica que rechaza la hipótesis alterna, por ello decimos que no existe relación entre el tipo de paridad y la presentación de la complicación obstétrica.

TABLA N° 9. Resultado de la prueba de asociación entre atención pre natal y tipo de parto en gestantes adolescentes que presentaron parto el Hospital Regional de Loreto. Setiembre 2015-febrero 2016

Atención pre natal	Eutócico		Distócico		X ²	V. TABLA	P
	N°	%	N°	%			
> ó = 6	125	79	36	45.6	19.12	10.828	0.001
1 a 5	32	20	22	27.8			
Ninguno	2	1	21	26.6			
Total	159	100	79	100			

En la tabla N° 9 se observa que las gestantes con mayor o igual a 6 atenciones pre natales, el 78.6% terminaron en parto eutócico.

En las gestantes que presentaron atención pre natal de 1 – 5, el 27.8% terminaron en parto distócico.

En las gestantes que no presentaron atención pre natal alguna, el 26.6% terminaron en parto distócico.

Con respecto al cálculo del X² con un nivel estadísticamente significativa (p<0.001) se observa que el valor calculado es de 19.12 y el valor de la tabla es de 10.828, siendo el valor calculado mayor que el valor de la tabla, el cual indica que se rechaza la hipótesis nula, por ello decimos que si existe relación entre la atención pre natal y el tipo de parto.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

En lo que respecta a la edad, ocurrieron con mayor frecuencia los embarazos correspondió a las adolescentes tardías con el 91.6% en comparación a un 8.4% en adolescentes tempranas; RUIZ encontró un predominio para las adolescentes tardía con un 90.3%; GUZMAN halló que el 97.3% de los embarazos correspondió a adolescentes tardías y un 2.7% a adolescentes tempranas; CAICEDO menciona que el 45.5% eran adolescentes tardías, GUACHAMÍN concluyó que el 100% de los embarazos perteneció a las adolescentes tardías, NAVARRO determinó que el 16.96% eran adolescentes tardías.

El lugar de procedencia que predominó fue el urbano con 68.49%, seguido por el rural con una 21.01% y el periurbano con 10.50%; GUACHAMÍN encontró que el 61% pertenece al área urbana y el 39% al área rural, RUIZ determinó resultados diferentes que el 48.7% procedían de la zona periurbana.

El nivel de instrucción que predominó fue secundaria con 66.39%, seguido de primaria con 19.33%, luego superior no universitaria con 7.56%, superior universitaria con 4.62 y por último sin estudios con 2.10%; RUIZ encontró que predominó el nivel secundaria con 73.5%; GUZMÁN determinó que el 41.49% tuvo secundaria, seguido del 28.55% primaria, 2.46% superior y solo un 0.28% sin estudios; GUACHAMÍN concluyó que entre sus gestantes adolescentes el 72% tenían secundaria, 27% primaria y 1% no tenía estudios.

La edad gestacional que predominó fue mayor o igual a 29 ss con un 98.74 %, seguida de la edad gestacional menor o igual a 28 ss con 1.26 %, RUIZ en su investigación encontró que el 100 % tenían una edad gestacional mayor o igual 21ss, NAVARRO en su investigación determinó un 11.2% de incidencia para parto Pre término.

En lo concerniente a paridad no encontré gestantes adolescentes gran multíparas, pero si se presentó una mayor frecuencia de primíparas con un

71.01%, seguido de las Secundipara con 23.53% y múltipara con 5.46%. RUIZ encontró que el 78.6% eran primípara, GUZMAN determino que el 83.68% eran primíparas, el 13.08% Secundipara y solo 0.5% eran múltiparas, GUACHAMIN hallo que el 92% corresponden a primíparas y que el 18% corresponde a múltiparas, AROTOMA concluyo que el 68.1% era primíparas, el 26.9 eran Secundíparas y solo 4.9% múltiparas.

La frecuencia de la atención prenatal, en este estudio, fue que el mayor número de gestantes adolescentes tuvieron una atención prenatal adecuada mayor o igual 6 con el 67.7%, seguido de una atención (1-5) con 22.6% y no tuvo atención prenatal alguna un 9.7%. RUIZ encontró atención prenatal adecuada (> o igual 6) 54.6%. AROTOMA hallo la atención prenatal adecuada en 63.1% de las gestantes adolescente, seguido de una atención prenatal inadecuada 31.4% y 5.5% sin atención prenatal, NAVARRO concluyo que el 68.37% de ellas presentaron atenciones pre natales adecuado.

Con respecto al tipo de parto más frecuente en las gestantes adolescentes fue parto eutócico con 66.81% y el 33.19% parto distócico, RUIZ encontró que la vía de resolución para el embarazo fue de 59.2% para parto eutócico, CAICEDO determino, que en pacientes añosas 47.9% terminaron en parto eutócico y el 60% de las adolescentes terminaron en parto distócico. GUACHAMÍN hallo que en cuanto al tipo de parto 83% fue eutócico y 17% distócicos. NAVARRO encontró 52.24% terminaban en parto distócico, GUSMAN concluyo que hubo predominio del parto distócico con 53.87% y 14.42% para parto eutócico.

Se puede concluir que el 54.2% de las gestantes adolescente presentó alguna complicación obstétrica de las 20 adolescentes tempranas, 17 gestantes adolescentes presentaron algún tipo de complicación representando ello el 85% de complicaciones para su grupo etáreo, de las 218 adolescentes tardías, 112 gestantes adolescentes presentaron algún tipo de complicación representando ello el 54.2% de complicaciones para su grupo etáreo, RUIZ determino que el 70.6% de las adolescentes presentaron complicaciones

obstétricas, GUZMÁN halló que el 97.3% correspondió a adolescentes tardías y 2.7% a adolescentes tempranas.

En el presente estudio se presentó el 54.2% de complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes, debido al alto porcentaje que presentaron algunas complicaciones obstétricas estudiadas en la investigación.

Se puede concluir que las complicaciones obstétricas con mayor porcentajes en gestantes adolescentes son: parto pre termino y el trabajo de parto prolongado (7.56%), seguido por expulsivo prolongado (7.14%), desproporción céfalo pélvica (6.72%), pre eclampsia (5.88%), desgarros perineales y desgarro cervical con (5.88%), RUIZ encontró: parto pre termino (14.7), desgarro cervicales (9.7%), pre eclampsia y rotura prematura de membrana (8.8%), desproporción céfalo pélvica (8%), GUZMAN halló de parto prolongado (12.26%), expulsivo prolongado (7.95%), parto pre termino (9.69%) y DCP (23.64%), CAICEDOL determino parto pre termino (35%), GUACHAMIN menciona 19% para DCP, 8% pre eclampsia y 5% expulsivo prolongado, AROTOMA encontró 13.2% para parto pre termino, SERRA concluyo un 17.7% en pre eclampsia.

En el presente trabajo, no fue objeto de estudio el peso de recién nacido, datos alternos obtenidos del sistema informático perinatal 2000 se pudo obtener que las 16 adolescentes tanto tardía como temprano que presentaron 6.72% de desproporción céfalo pélvica; tuvieron sus bebés con un peso entre los 3500 - 3999 y terminaron en parto por cesárea, mientras que el resto de las adolescentes tuvieron sus bebés con un peso entre menor a 1500, GUZMAN Y GARCIA, tubo predominio 23.64% desproporción céfalo pélvica, debido a su alta tasa de cesáreas 53.87%; GUACHAMIN AVALOS coincide que su alta tasa de desproporción céfalo pélvica 12% se deben a que sus adolescentes procedieron de la zona rural.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos y los objetivos de la presente investigación, se puede concluir lo siguiente:

1. Las características socio-demográficas predominantes fueron: edad: adolescencia tardía (91.6%); procedencia urbana (68.49%) y nivel de instrucción secundaria (66.39%). (Tabla N° 1 y 2).
2. Las características obstétricas más frecuentes resultaron ser: edad gestacional de ≥ 29 ss (98.74%), primíparas (71.01%). (Tabla N° 3)

Se concluye que, a través del cálculo del X^2 con un nivel de significancia $p=0.005$ se observa que el valor calculado es de 8.34 y el valor de la tabla es de 7.879, siendo el valor calculado mayor que el de la tabla, el cual indica que se rechaza la hipótesis nula, por ello concluyo que si existe relación entre la edad y la complicación obstétrica.

3. Las características obstétricas más frecuentes fueron: Atención Pre Natal mayor o igual a 6 atenciones con el 67.7%, Tipo de Parto se encontró que el 68.81% terminaron en parto eutócico. (Tabla N° 4)
4. El 54.2% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas siendo las adolescentes tempranas las que tienen mayor probabilidad de presentarlas (85%) alguna complicación. (Tabla N° 5).
5. Las Complicaciones obstétricas de mayor porcentaje fueron: En el grupo de gestantes adolescentes tempranas se presentó: parto prematuro 17.6%, trabajo de parto prolongado 23.6%, expulsivo prolongado 17.6%, DCP 17.6%.

En el grupo de las gestantes adolescentes tardía se presentó con mayor frecuencia parto prematuro 13.4%, trabajo de parto prolongado, expulsivo prolongado y desgarro perineal cada uno con 12.5%: Pre eclampsia, desgarro cervical y DCP con 11.6% cada uno de ellos (Tabla N° 6).

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

- Se deben buscar estrategias para tratar de espaciar los periodos intergenesicos (mayor de cinco años) en las adolescentes que ya se han expuesto a una gestación, contribuyendo con ello a disminuir la paridad en este grupo etareo y de manera indirecta contribuir a mejorar su calidad de vida.
- Realizar trabajos en conjunto con otras instituciones como municipalidades, ONG´S, que el ministerio de educación incluya al profesional de obstetricia y psicología dentro de los planteles educativos para que se trabaje la salud sexual y reproductivo de los adolescentes en horarios de los colegios a través de talleres educativos y así contribuir a disminuir la incidencia de gestación en adolescentes (10 – 19 años) y con ello disminuir la edad de inicio de relaciones sexuales.
- Que a futuro se realicen trabajos de investigación que contribuyan a seguir disminuyendo la morbilidad que acompaña a la gestación en la adolescencia.

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>. (Ultimo acceso 23 de abril 2016).
2. Bendezú G. “Gestación en edad avanzada”. Ginecología y Obstetricia. 2012; 47(3):47.
3. OMS/OPS. “Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas”. 2012-2013.
4. Fernández LS, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. “Caracterización de la gestante adolescente”. RCOG 2014 [25 de noviembre de 2015].
5. En DIRESA Loreto. www.diresaloreto.gob.pe.
6. Sistema de Información Perinatal SIP 2000 V2.0. MINISTERIO DE SALUD. Institución 0102116. Establecimiento HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.
7. INEI (2013) Perú: “Situación social de las madres adolescentes 2013”.
8. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. “Reglamento Técnico Administrativo para la promoción y desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes”. Caracas: 2013. Tomo I: 3-4.
9. Cabrera JH. “Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura”. Rev. Cub. Obstet y Gine, 2013; (29): 28-9.
10. Gutiérrez Baró E. “Mensaje a los padres”. La Habana: Editorial Científico Técnica, 2013.
11. Organización Panamericana de la Salud. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington D.C. OPS, 2015. Disponible en: www.ops.org.bo.
12. Guzmán García Melania. “Complicaciones Obstétricas en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de la Mujer de Morelia. Del año 2010 al 2012”. En TESIS para optar grado de médico cirujano y partero. Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”. México 2013.

13. Caicedo Fernando, Ahumada Fabián, Bolaños Marco, Ortega Oscar y Tejada Cristian. “Complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años durante julio a setiembre de 2012”. Hospital Universitario San José de Popayán. Colombia. Rev. Col GinecolObstet. 2013.
14. Guachamín Avalos Juan José. “Embarazo en la adolescencia y sus complicaciones clínico-quirúrgicas, Hospital Provincial General de Latacunga. Septiembre 2010- marzo 2012. En TESIS para optar grado de médico general. Escuela Superior Politecnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Medicina. Ecuador 2013.
15. Serra Ruiz Melissa, Alonso Uría Rosa María y Sáez Cantero Viviana de la Caridad. “Embarazo en adolescentes del Policlínico “Rafael Valdés” en el año 2012”. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2013; 9(5) Especial. Cuba.
16. Ruiz Saavedra Evelyn. “complicaciones obstétricas y su relación con características sociodemográficas y obstétricas en gestantes adolescentes que presentaron parto en el hospital regional de Loreto enero a julio 2012”.
17. Arotoma O. Marcelo, Guzmán A. Magna, Valencia V. Teresa y Cayra S. Olga. “Patologías Obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las Adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2012.” Rev. Aporte Santiaguino 2013; 4(2): 177-184. ISSN 2070-836X.
18. Navarro Seminario P. “Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo enero – diciembre 2015”.
19. Bendezú Guido y Espinoza Daysi, “características y riesgos de gestantes adolescentes” Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” EsSalud ICA. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. v.26 n.1 lima ene. / Mar. 2016.
20. Peláez Mendoza J. “Consideraciones para el desarrollo de programas sobre salud sexual, reproductiva y planificación familiar. Métodos anticonceptivos”. Actualidades y perspectivas para el nuevo milenio La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2013.

21. Lugones M y Quintana T. "Algunas afecciones y problemas de interés de la Ginecología Infanto-Juvenil en la atención primaria". Rev. Cuba MGI, 2014; 14(1).
22. OPS/OMS – FNUAP – UNICEF (2014). "Manual de monitoreo y evaluación de programas de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes".
23. Poo A., Baeza B., Capel P., et al. "Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal". Rev. SOGIA 2013; 12:17-24.
24. Mirabal Martínez Grisell, Modesta Martínez María y Pérez Domínguez Damaris. "Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia". Policlínico Docente "Manuel González Díaz". Rev. Cubana Enfermer v.18 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2016.
25. Sandoval J. "Morbilidad obstétrica en adolescentes". En: Sandoval J, González E, editores. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. 3a edición. Caracas: Mediterráneo; 2013. p.451.
26. Sibal BM. "Inmunologic aspects of preeclampsia". J ObstetGynecol 2013 ;(34):27-34.
27. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.014 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

CAPITULO X

ANEXO N° 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Complicaciones Obstétricas en gestantes adolescentes

1. Características Obstétricas:

Edad gestacional:

a. ≤ 28 ss b. ≥ 29 ss

Paridad:

a. Primípara b. Secundipara c. Multípara d.

Gran Multípara

Atención pre-natal:

a. ≥ 6 b. 1 – 5 c. Ninguna

Tipo de parto:

a. Eutócico b. Distócico

2. Características Socio-demográficas:

Edad:

a. 10 a 14 años b. 15 a 19 años

Procedencia:

a. Urbana b. Periurbana c. Rural.

Nivel de instrucción:

a. Sin estudios b. Primaria c. Secundaria

d. Superior Universitaria e. Superior No universitaria

3. Complicaciones Obstétricas:

Parto Pre término

✓ Parto Inmaduro: 21ss – 28ss : a. Si b. No

✓ Parto Prematuro: 29ss – 36ss : a. Si b. No

RPM

✓ < 6 Horas (precoz) : a. Si b. No

✓ > 8 horas (tardío) : a. Si b. No

Pre Eclampsia : a. Si b. No

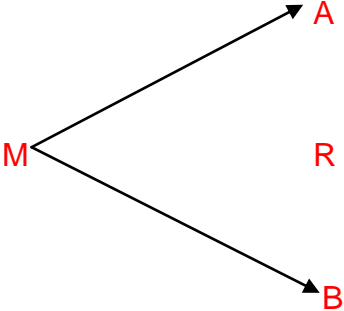
Eclampsia : a. Si b. No

Trabajo de parto prolongado	:	a. Si	b. No
Expulsivo prolongado	:	a. Si	b. No
Hemorragia obstétrica	:	a. Si	b. No
Desgarros perineales	:	a. Si	b. No
Desgarro cervical	:	a. Si	b. No
DCP	:	a. Si	b. No

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “Complicaciones Obstétricas en Gestantes Adolescentes que culminaron su embarazo en el Hospital Regional de Loreto” setiembre 2015 –febrero 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre las características obstétricas y sociodemográficas con las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre</p>	<p>Existe una relación estadísticamente significativa entre las características obstétricas y socio-demográficas con las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 a febrero 2016.</p>	<p>Variables Independientes</p> <p>✓ Características Obstétricas</p>	<p>✓ Características Obstétricas</p> <p>A. Antecedente Obstétricos</p> <p>1.Edad gestacional:</p> <p>a. ≤ 28ss</p> <p>b. ≥29ss</p> <p>2. Gravidéz:</p> <p>a. Primípara</p> <p>b. Secundipara</p> <p>c. Multípara</p> <p>d. Gran Multípara</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Estudio no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo y correlacional a realizarse en Iquitos, desde setiembre 2015 a febrero 2016. Se incluyen todos los distritos de la región Loreto que se atienden en el Hospital Regional de Loreto.</p>

<p>es atendidas en el Hospital Regional de Loreto, entre setiembre 2015 y febrero 2016?</p> <p>Problema específico</p> <p>¿Cuáles son las características socio-demográficas como: edad, procedencia y nivel de instrucción de las</p>	<p>2015 y febrero 2016.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar las características socio-demográficas como: edad, procedencia y nivel de instrucción de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital</p>		<p>✓ Características sociodemográficas</p>	<p>3. Atención pre-natal: a. ≥ 6 b. 1 – 5 c. Ninguna</p> <p>4. Tipo de parto: a. Eutócico b. distócico</p> <p>B Características Socio-demográficas</p> <p>5. Edad a. 10 a 14 años b. 15 a 19 años</p> <p>6. Procedencia a. Urbana b Peri urbana c Rural.</p>	<p>Diseño de investigación</p> <p>El diseño de la investigación es correlacional</p>  <pre> graph LR M((M)) --> A((A)) M --> B((B)) R((R)) </pre>
---	---	--	---	---	---

<p>gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016?</p> <p>¿Cuáles son las características obstétricas como: edad gestacional, paridad, atención pre natal y tipo de parto de las gestantes</p>	<p>Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.</p> <p>Identificar las características obstétricas como: edad gestacional, paridad, atención pre natal y tipo de parto de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital</p>		<p>Variables Dependientes</p> <p>✓ Complicaciones obstétricas</p>	<p>7. Nivel de Instrucción</p> <p>a. Sin estudios b. Primaria c. Secundaria d. Superior no universitaria. e. Superior Universitaria.</p> <p>C.Complicaciones Obstétricas:</p> <p>8. Parto Pre término</p> <p>✓ Parto Inmaduro: 21ss – 28ss :</p> <p>a. Si b. No</p> <p>✓ Parto Prematuro: 29ss – 36ss</p> <p>a. Si b. No</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>adolescent es atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016?</p>	<p>Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.</p>			<p>9. RPM < 6 Horas: > 8 horas:</p> <p>10 Pre Eclampsia: a. Si b. No</p> <p>11. Eclampsia: a. Si b. No</p> <p>12. Trabajo de parto prolongado: a. Si b. No</p>	
<p>¿ cuáles son las complicaciones obstétricas como: tipo de parto, RPM, Pre-Eclampsia, Eclampsia, Hemorragia post-parto, desgarros y DCP, que</p>	<p>Identificar las complicaciones obstétricas como: tipo de parto, RPM, Pre-Eclampsia, Eclampsia, Hemorragia post-parto, desgarros y</p>				

<p>se presentaron en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016?.</p>	<p>DCP, que se presentaron en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.</p> <p>Relacionar las características socio-demográficas con complicaciones obstétricas</p>			<p>13.Expulsivo prolongado:</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>14.Hemorragia post-parto:</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>15.Desgarros perineales:</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p> <p>15. Desgarro cervical:</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>	
---	---	--	--	--	--

	<p>en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.</p> <p>Relacionar las características obstétricas con complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes</p>			<p>16. DCP:</p> <p>a. Si</p> <p>b. No</p>	
--	--	--	--	--	--

	atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre setiembre 2015 y febrero 2016.				
--	--	--	--	--	--

ANEXO N° 3: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

TÍTULO: “Complicaciones Obstétricas en Gestantes Adolescentes que culminaron su embarazo en el Hospital Regional de Loreto” setiembre 2015 –febrero 2016

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	CATEGORÍA
<p>Variables independiente</p> <p>Características Obstétricas</p> <p>Edad gestacional</p>	<p>Tiempo (expresado en semanas) transcurrido entre la fecha de última regla hasta un momento dado del embarazo.^(“salud sexual y reproductiva del adolescente”, cap. 8, 2° Edición, 2014)</p>	<p>Tiempo transcurrido desde la fecha de la última regla hasta el momento dado del embarazo registrado en la historia clínica</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Numérica</p>	<p>Edad gestacional registrada en la historia clínica.</p>	<p>a. ≤ 28ss b. ≥29ss</p>

<p>Paridad</p>	<p>Recibe esta denominación toda mujer que ha parido un producto de la concepción mayor de 20 semanas o un peso mayor de 500 gramos. <i>(“salud sexual y reproductiva del adolescente”, cap. 8, 2° Edición, 2014)</i></p>	<p>Primípara: Mujer que pare por primera vez.</p> <p>Segundipara: Mujer que pare por segunda vez.</p> <p>Múltipara: Mujer que pare por tercera vez o más.</p> <p>Gran múltipara: Mujer que pare por sexta vez o más</p> <p>Adecuada: De seis atenciones a más.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Numero de gestación registrada en la historia clínica.</p>	<p>a.primigestas b. Segundigestas c. Multigesta d. Gran Multigesta</p>
-----------------------	---	---	--------------------	----------------	---	--

Atención pre-natal	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. (<i>"morbilidad obstétrica en adolescentes"</i> 3ª edición. 2013. P.451)	Inadecuada: De una a cinco atenciones. Ninguna: No tuvo atención prenatal.	Cuantitativa	Numeral	Número de atenciones pre natales registrado en la historia clínica.	a. ≥6 b. 1 – 5 c. Ninguna
Tipo de parto	Expulsión de un feto con un peso mayor de 500gr o con más de 22 semanas de edad gestacional. (<i>"salud sexual y reproductiva de adolescente"</i> , Cap. 8,	Eutócico: es el parto que termina por vía vaginal. Distócico: es la extracción de un	Cualitativo	Cualitativo	Tipo de parto registrado en la historia clínica	a. Eutócico b. Distócico

<p>Características sociodemográficas</p> <p>Edad</p>	<p>2ª edición, 2014)</p> <p>Duración o la medida del tiempo de la existencia de una persona expresada en años (<i>“consideración para el desarrollo de programas sobre salud sexual, reproductiva y planificación familiar. Métodos anticonceptivos”. La</i></p>	<p>feto, vivo o muerto, a través de una incisión en abdomen y en la pared anterior del útero después de las 22 semanas de gestación</p> <p>Tiempo de la existencia de una persona, expresada en años</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Numérica</p>	<p>Edad registrada en la historia clínica</p>	<p>a.10 a 14 años b. 15 a 19 años</p>
--	--	--	---------------------	-----------------	---	---

<p>Procedencia</p>	<p><i>Habana: editorial científico- técnica, 2013)</i></p> <p>Lugar de procedencia que refiere la gestante. (<i>factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev. SOGIA 2013; 12:17-24"</i>)</p>	<p>Urbano: Es aquel lugar que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente, formando manzanas y calles. Cuenta con servicios básicos y un hospital o centro de salud registrada en el momento de su hospitalización.</p> <p>Periurbano: Se denomina al área alejada del</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Dirección de la paciente registrada en la historia clínica</p>	<p>a. Urbana b. Periurbana c. Rural.</p>
---------------------------	--	--	--------------------	----------------	---	--

		<p>perímetro urbano. Cuenta con servicios limitados y tiene rápido acceso a un hospital o centro de salud registrada en el momento de su hospitalización.</p> <p>Rural: Es aquel lugar que no es la capital de distrito o que, teniendo más de 100 viviendas, estas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar manzanas. No cuenta con</p>				
--	--	---	--	--	--	--

<p>nivel de instrucción</p>	<p>Estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. <i>("repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia")</i></p>	<p>servicios básicos, ni con un hospital o centro de salud cercano registrado en el momento de su hospitalización. <i>(INEI, ENDES 2014)</i></p> <p>a. Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo.</p> <p>b. Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario puede ser completa o incompleta.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Nivel de instrucción registrado en la historia clínica</p>	<p>a. Sin estudios b. Primaria c. Secundaria d. Superior universitari a e. Superior No</p>
------------------------------------	---	---	--------------------	----------------	---	--

		<p>c. Secundaria: solo tuvo estudios en centro educativo secundaria puede ser completa o incompleta.</p> <p>d. Superior Universitaria: Se estudia una carrera profesional y se obtiene una titulación superior (o título superior o título profesional)</p> <p>e. Superior No universitaria: En esta modalidad se entrena al alumno para que aprenda</p>				<p>universitaria</p>
--	--	---	--	--	--	----------------------

<p>Variables Dependientes</p>		<p>una carrera no universitaria o industrial y se obtiene un título como profesional técnico.</p>				
<p>✓ Complicaciones obstétricas</p>	<p>Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial</p>					
<p>Parto Pre término</p>	<p>Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido</p>	<p>Parto que se produce en una</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Numeral</p>	<p>Parto pre termino</p>	<p>a. Parto Inmadu</p>

<p style="text-align: center;">RPM</p>	<p>entre las 22 y las 36 semanas de gestación (“morbilidad obstétrica en adolescente” 3ª edición. 2013. P. 451)</p> <p>Rotura espontaneas de las membranas ovulares después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo del parto. (“morbilidad obstétrica en adolescente” 3ª edición. 2013. P. 451)</p>	<p>gestación > de 22 semanas hasta las 36 semanas de gestación</p> <p>Rotura de membranas ovulares pasado de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo del parto registrado en el momento de su hospitalización.</p>	<p style="text-align: center;">Cuantitativo</p>	<p style="text-align: center;">Numeral</p>	<p>registrado en la historia clínica.</p> <p>Rotura prematura de membrana registrado en la historia clínica</p>	<p>ro: >22ss - 28ss</p> <p>b. Parto Prematuro: >29ss - 36ss.</p> <p>a. < 6 Horas</p> <p>b. > 8 horas</p>
---	--	--	---	--	---	--

<p>Pre Eclampsia.</p>	<p>Presión arterial igual o superior a 140/90 mm hg de sistólica y diastólica respectivamente en una embarazada con más de 20 semanas de gestación sin antecedentes de Hipertencion crónica. <i>("immunologicaspects of preeclampsia". J obstetgynecol 2013; (34):27-34)</i></p>	<p>tensión arterial igual o superior a 140/90mm hg de sistólica y diastólica, respectivamente, en una embarazada con más de 20 semanas de gestación sin antecedentes de hipertensión crónica durante su permanencia en la hospitalización</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>nominal</p>	<p>Pre eclampsia registrada en la historia clínica</p>	<p>a. si b. no</p>
<p>Eclampsia</p>	<p>Se define como la presentación de una o más crisis convulsivas generalizadas en el contexto de pre</p>	<p>Severidad del síndrome pre eclámpico, caracterizada por la</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Eclampsia registrada en la historia</p>	<p>a. Si b. No</p>

	<p>eclampsia y en ausencias de otras alteraciones neurológicas, puede aparecer antes, durante o hasta 48 horas post parto. (<i>“immunologic aspects of preeclampsia”. J obstetgynecol 2013; (34):27-34</i>)</p>	<p>aparición de convulsiones tónico-clónicas en el embarazo, hasta 48 horas postparto.</p>			clínica	
Trabajo de parto prolongado	<p>Tiempo de duración del trabajo de parto superior a 14 horas en primíparas y superior a 10 horas en multíparas. (<i>“morbilidad obstétrica en adolescente” 3ª edición. 2013. P. 451</i>)</p>	<p>Trabajo de parto mayor a 14 horas en primíparas y superior a 10 horas en multíparas registrada en la historia clínica</p>	cualitativo	nominal	Trabajo de parto registrado en la historia clínica	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>
Expulsivo prolongado	<p>Tiempo de duración del periodo expulsivo superior a 2 horas en</p>	<p>Periodo expulsivo mayor a 2 horas en nulíparas y 1 hora en</p>	Cualitativo	Nominal	Expulsivo prolongado registrado	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>

<p>Hemorragia obstétrica</p>	<p>nulíparas y 1 hora en multíparas. (<i>“salud sexual y reproductiva del adolescente” cap. 8 2° edición, 2014</i>)</p> <p>Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutivo a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por Cesárea. (<i>“morbilidad obstétrica en adolescentes”. 3ª edición. 2013.p 451</i>)</p>	<p>multíparas registrada en la historia clínica.</p> <p>Perdida sanguínea mayor de 500 cc después de la expulsión de la placenta o más de 1000 cc por cesárearegistrada en la historia clínica</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>en la historia clínica</p> <p>Hemorragia obstétrica registrado en la historia clínica</p>	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>
<p>Desgarros perineales</p>	<p>Lesión frecuente ocasionada por el parto, que puede comprometer la vagina, vulva y periné</p>	<p>Lesión ocasionada por el parto, comprende la vagina, vulva y</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Desgarro perineales registrado en la</p>	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>

<p>Desgarro cervical</p>	<p>en grado variable y extensiones diversas. (<i>"morbilidad obstétrica en adolescentes"</i>. 3ª edición. 2013. p.451)</p> <p>Lesión a nivel del cérvix que comprende todo el espesor del cérvix en uno o más sitios y en extensiones variables pudiendo llegar hasta el segmento, estableciendo cuadros graves de hemorragias profusas. (<i>"morbilidad obstetricia en adolescentes"</i>. 3ª edición. 2013 p.451)</p>	<p>periné en grado variable y extensiones diversas registrada en la historia clínica.</p> <p>Lesión a nivel del cérvix que comprende todo el espesor del cérvix registrada en la historia clínica</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>historia clínica</p> <p>Desgarro cervical registrado en la historia clínica</p>	<p>a. Si</p> <p>b. No</p>
<p>DCP</p>	<p>Imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el</p>	<p>Incompatibilidad céfalo pélvica</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>DCP registrado</p>	<p>a. Si</p>

<p>✓ Palabras Claves</p>	<p>conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto. (<i>"morbilidad obstétrica en adolescentes".3ª edición. 2013.p.451</i>)</p>	<p>registrada en la historia clínica</p>			<p>en la historia clínica</p>	<p>b. No</p>
<p>Historia Clínica Completa</p>	<p>Documento médico legal en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención al paciente, en forma ordenada, integrada, secuencias e inmediata de la atención que el medico u otros profesionales de salud,</p>	<p>Historia clínica completamente llenada.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>nominal</p>	<p>Historia clínica registrada en el sistema informático perinatal.</p>	<p>a. Si b. No</p>

<p>Historia Clínica Materno Perinatal Completo</p>	<p>que cuente con la hoja de anamnesis, examen clínico, notas de evolución tanto medica como obstetricia y órdenes médicas</p> <p>En el que se consignen los datos de los antecedentes gineco obstétricos, los antecedentes familiares, los antecedentes personales, los datos del embarazo actual, los datos al momento del ingreso hospitalario y los datos concernientes al parto.</p>	<p>Historia clínica materno perinatal completamente llenada.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Historia clínica Materno perinatal registrada en el sistema informático perinatal</p>	<p>a. Si b. No a. Si b. No</p>
---	---	--	--------------------	----------------	--	--

<p>Historia Clínica Incompleta</p>	<p>Historia clínica incompleta en la cual no cuente con registro en una de las partes mencionas en la historia clínica completa.</p>	<p>Historia clínica incompletamente llenada.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Historia clínica incompleta registrada en el sistema informático perinatal</p>	<p>a. Si b. No</p>
<p>Historia Clínica Materno Perinatal Incompleto</p>	<p>Historia clínica materno perinatal incompleta en la cual no cuente con una de las partes mencionas en la historia clínica materno perinatal completo.</p>	<p>Historia clínica materno perinatal incompletamente llenada</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Historia clínica Materno perinatal registrada en el sistema informático perinatal</p>	<p>a. Si b. No</p>

