

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



**FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS
FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN EL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL CENTRO UNIVERSITARIO
DE SALUD PEDRO P. DIAZ-UNSA -2013**

Tesis presentado por la Bachiller:

VANESSA JUÀREZ CRIVILLERO

Para optar el Grado Académico de:

Magister en Salud Pública

AREQUIPA – PERÚ
2015

*Gracias a Dios, el Gran Hacedor
Del Universo, a quien debo la
vida.*

*A mis padres; a quienes debo todo
lo que soy.*

*A mis hijas Pierina y Valeria,
por ser mis motivos y fuerza de
superación.*

*A mi esposo, Eddy, por todo su
amor, apoyo y comprensión.*

*A mi abuelita María, por su
importante presencia en todas
las etapas de mi vida.*

La autora



*“Cada niño que nace,
nos trae la sonrisa de Dios”*

Benedicto XVI

INDICE

	Pág.
RESUMEN	04
SUMMARY	05
INTRODUCCIÓN	06
CAPITULO UNICO: RESULTADOS	
1. FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	09
2. FACTORES DE RIESGO	13
3. DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES	29
SUGERENCIAS	30
PROPUESTA.....	31
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	42
1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	43
2. INSTRUMENTO	79
3. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	81

RESUMEN

Existe un aumento en la prevalencia de embarazos en adolescentes, por lo que se deben examinar los factores de riesgo que puedan presentarse, ya que es una edad muy temprana para convivir con este cambio que se dará en sus cuerpos tanto física como emocionalmente. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de embarazadas adolescentes que acuden al Servicio de Gineco-Obstetricia del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz-UNSA y sus factores de riesgo obstétrico. **Material y métodos.** Se ha recopilado información de sus historias clínicas, siendo 334 adolescentes embarazadas las unidades de estudio consideradas. **Resultados:** El Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz de la UNSA durante el año 2013, en el Servicio de Gineco-Obstetricia, atendió un total de 989 partos, de los cuales 433 (43.78%) correspondieron a madres adolescentes. Entre las embarazadas adolescentes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, se encontró que la frecuencia de factores de riesgo obstétrico fue elevada, ya que se observa que un 37.73% llegan a la secundaria pero no la terminan; 60.78% son solteras; un 46.71% presentan desnutrición, el 21.56% tienen antecedente de aborto; un 79.34% se realizaron menos de 4 controles prenatales; el 67.96% presentan infecciones maternas; el 71.66% tienen anemia, un 10% presentan Hipertensión arterial asociada al embarazo y un 0.6% Diabetes gestacional. Asimismo se evidencia que un 30.84% de embarazos en adolescentes culminaron en cesárea y un 35.03% presentaron complicaciones durante el parto.

Palabras Claves: Frecuencia – Embarazo – Adolescentes

SUMMARY

There is an increased prevalence of teenage pregnancy, so you should review the risk factors that may arise, as it is a very early age to live with this change that will occur in their both physical and emotional bodies. **Objective:** To determine the frequency of pregnant adolescents attending the Obstetrics and Gynecology Service of the University Center of Health Pedro Diaz P-UNSA and risk factors obstétrico. **Material métodos.** She has collected information from medical records, with 334 pregnant adolescents study units considered. **Results:** The University Health Center Pedro P. Diaz of UNSA in 2013, at the Department of Gynecology and Obstetrics, handled a total of 989 births, of which 433 (43.78%) corresponded to adolescent mothers. Pregnant adolescents seen at the Service of Gynecology and Obstetrics, University Health Center Pedro P Diaz found that the frequency of obstetric risk factors was high, as it is observed that an 37.73% reach secondary but not the end; 60.78% are single; one 46.71% present malnutrition, 21.56% had a history of abortion; 79.34% were performed one less than 4 prenatal visits; the 67.96% have maternal infections; the 71.66% had anemia, 90.12% have hypertension and 0.6% Diabetes. It is also evidence that a 30.84% of adolescent pregnancies ended in cesarean and 35.03% had complications during delivery.

Keywords: Frequency - Pregnancy - Teens

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de transición, un ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez. Dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años.

Para muchos adolescentes, este período es una etapa de su vida llena de incertidumbres e inclusive desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, y de sueños acerca del futuro.

Uno de los comportamientos que tienen los adolescentes, es el enamoramiento, debido a la atracción natural que se da entre el hombre y la mujer, muchas veces se producen las llamadas relaciones sexuales prematuras, que traen como consecuencia los embarazos no deseados, la confrontación con nuevas responsabilidades que recaen sobre todo en las adolescentes mujeres.

En la actualidad, en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz se presentan un número considerable de adolescentes embarazadas, dicho embarazo sobreviene como producto de una escasa e insuficiente información; por lo tanto, es muy importante que la adolescente conozca todo lo relacionado al desarrollo de su embarazo, los factores de riesgo que pueden presentarse en el periodo prenatal, en el parto y después del parto, a fin de que pueda estar preparada para la presencia de cualquier eventualidad.

Un factor de riesgo que se manifiesta constantemente en las adolescentes embarazadas es su deficiente asistencia a los controles prenatales, lo que no permite conocer a tiempo ciertas complicaciones que se presentan en el embarazo y poder velar por la salud del neonato durante su formación.

Para finalizar, se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se orienten a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo, lo que garantizaría un mejor pronóstico de vida tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. Es importante educar, para que la opción de un hijo sea producto de algo planificado, deseado por una pareja, no un accidente, ya que tener un bebé cuando se es adolescente hace que sea mucho más difícil para la adolescente poder alcanzar sus metas.

En atención a lo mencionado anteriormente es que se decidió realizar el presente estudio, con la finalidad de conocer la frecuencia de embarazo y los factores de riesgo que se presentan en las adolescentes embarazadas.

El contenido de la presente investigación se ha organizado en un Capítulo Único y tiene como Anexos: Proyecto de Tesis, Instrumento y Matriz de Sistematización.



CAPITULO UNICO

RESULTADOS

1. FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

TABLA N° 1

FRECUENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE

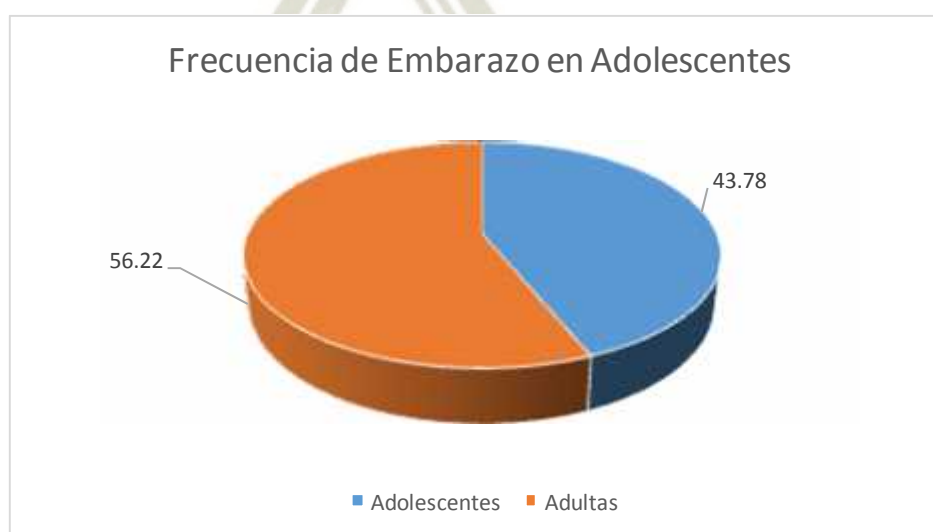
EMBARAZADAS	N°	%
ADOLESCENTES	433	43.78
ADULTAS	556	56.22
Total	989	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 1 sobre la frecuencia de presentación de embarazo adolescente, se encontró que en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz en el año 2013 se atendió 989 partos de los cuales 433 (43.78%); fueron en embarazadas adolescentes; de las cuales 334 reunieron los criterios establecidos en nuestro estudio.

En consideración al estudio en cuestión, podemos evidenciar que la frecuencia del embarazo en adolescentes es más de las $\frac{1}{4}$ de la parte de la población en estudio, es decir que por cada 3 adultas embarazadas hay una adolescente embarazada.

GRÁFICO N° 1



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 2

EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

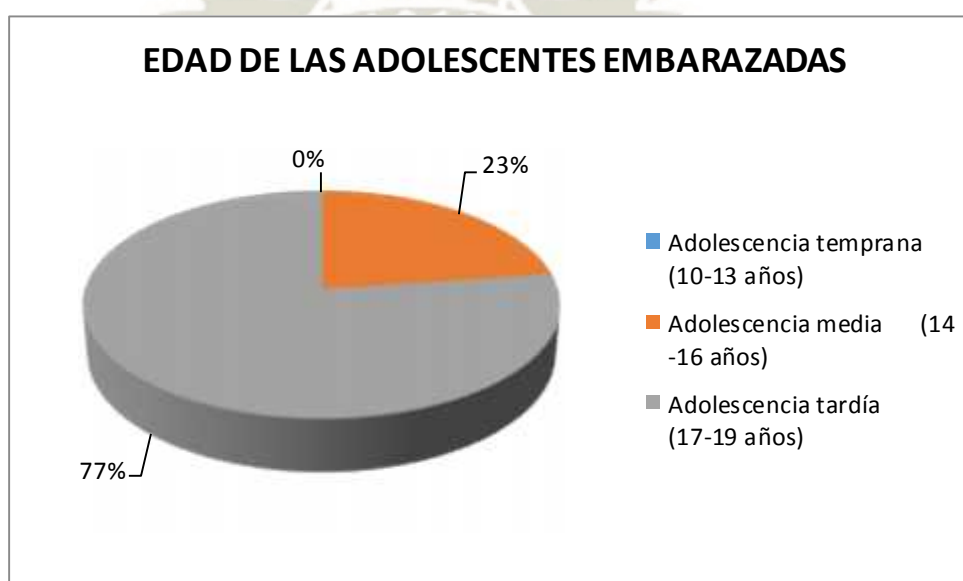
EDAD	N°	%
Adolescencia temprana (10-13 años)	0	0.0
Adolescencia media (14 -16 años)	76	22.76
Adolescencia tardía (17-19 años)	258	77.24
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 2, podemos observar que la edad de las adolescentes se distribuyen en adolescencia tardía (17 – 19 años) con un 77.24%, la adolescencia media (14 – 16 años) con un 22.76%.

Lo que evidencia, que el mayor porcentaje de adolescentes se embarazo en la etapa de la adolescencia tardía, se presume, posiblemente a que en esta etapa sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquiriendo mayor importancia las relaciones íntimas.

GRÁFICO N° 2



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

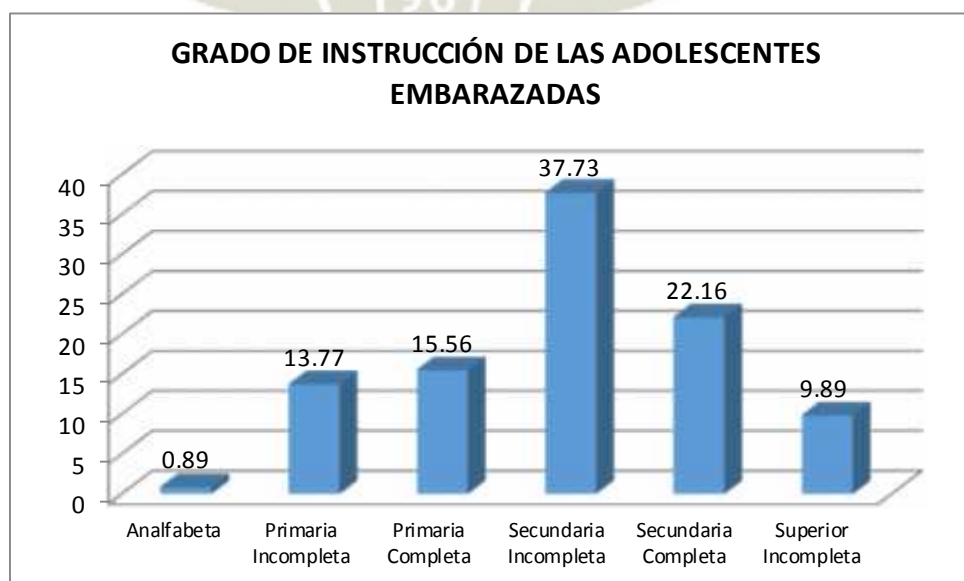
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeta	3	0.89
Primaria Incompleta	46	13.77
Primaria Completa	52	15.56
Secundaria Incompleta	126	37.73
Secundaria Completa	74	22.16
Superior Incompleta	33	9.89
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3, se puede encontrar que el grado de instrucción de las adolescentes embarazadas, el mayor porcentaje posee secundaria incompleta con un 37.73%, seguido de un 22.16% que tiene secundaria completa, un 15.56% tienen primaria completa, un 13.77% poseen primaria incompleta, un 9.89% tienen instrucción superior incompleta y un 0.89% es analfabeta.

Como se puede deducir, en un acumulado del 59.89% las adolescentes tienen estudios de nivel secundario.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Elaboración propia

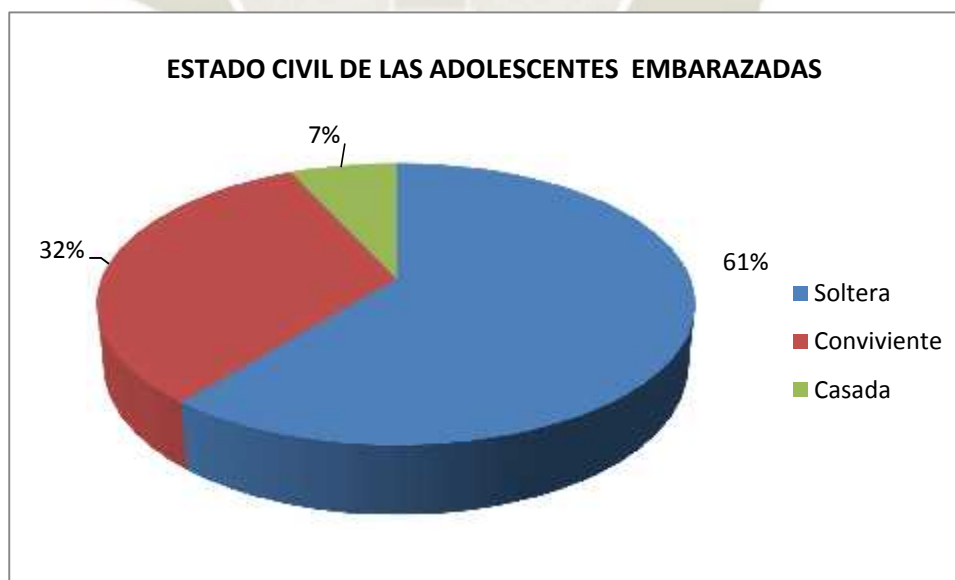
TABLA N° 4
ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	203	60.78
Conviviente	108	32.35
Casada	23	6.87
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 4, podemos observar que las adolescentes embarazadas, en cuanto al estado civil, el 60.78% son solteras, un 32.35% son convivientes y sólo un 6.87% están casadas.

Resultados, que nos permiten afirmar que más de la mitad de las adolescentes afrontarán su futuro, como madres solteras.

GRÁFICO N° 4


Fuente: Elaboración propia

1. FACTORES DE RIESGO

TABLA N° 5

ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

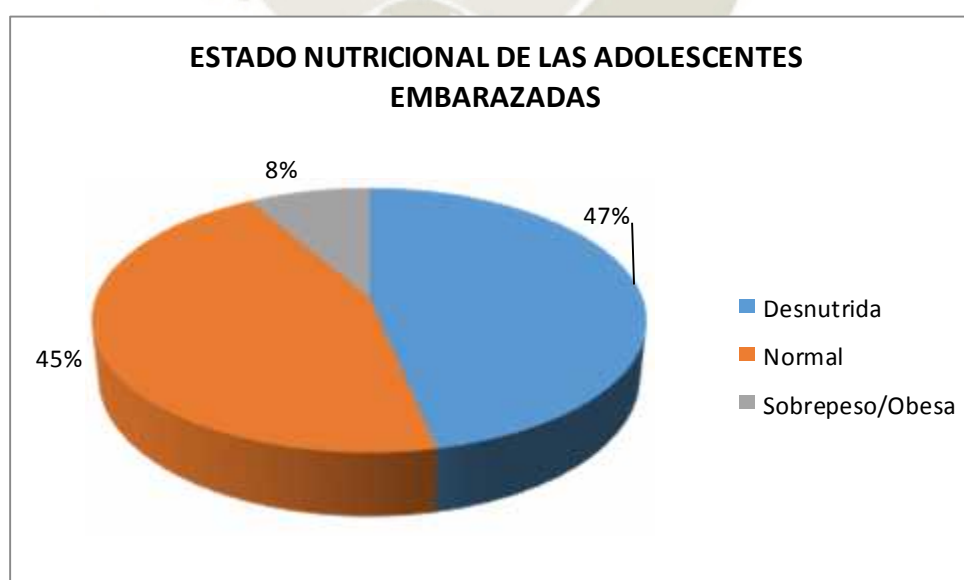
ESTADO NUTRICIONAL	N°	%
Desnutrida	156	46.71
Normal	150	44.91
Sobrepeso/Obesa	28	8.38
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 5, podemos encontrar el estado nutricional de las adolescentes embarazadas han estado desnutridas en un 46.71%, se encuentran el estado nutricional normal un 44.91% y un 8.38% tuvieron sobrepeso/obesa.

Es preocupante poder observar que existe un factor de riesgo nutricional al ser casi la mitad las embarazadas que han presentado desnutrición.

GRÁFICO N° 5



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 6

ANTECEDENTES DE ABORTO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANTECEDENTES DE ABORTO	N°	%
Presente	72	21.56
Ausente	262	78.44
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 6, podemos observar que las adolescentes embarazadas en un 78.44% no presentaron antecedentes de aborto y un 21.56% si han presentado antecedentes de aborto, lo cual pone de manifiesto la falta de comunicación de los padres con las adolescentes, asimismo la falta de educación en valores.

GRÁFICO N° 6


Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 7

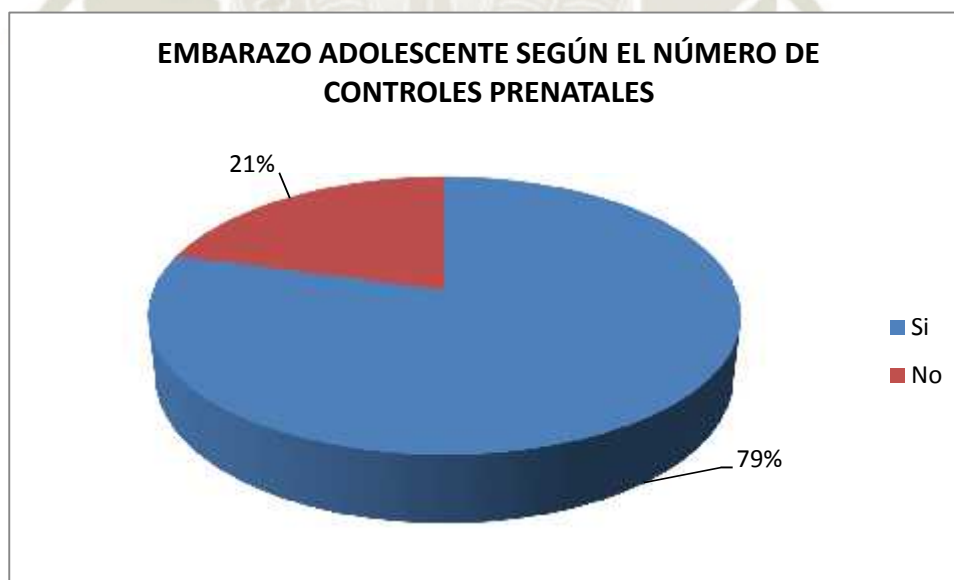
EMBARAZO ADOLESCENTE SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

NÚMERO DE CONTROLES	N°	%
No (menos de 4 controles)	265	79.34
Si (mayor o igual a 4 controles)	69	20.76
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 7, podemos observar que las adolescentes embarazadas no han cumplido con sus controles prenatales en un 79.34% y sólo un 20.76% si lo ha hecho.

GRÁFICO N° 7



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 8

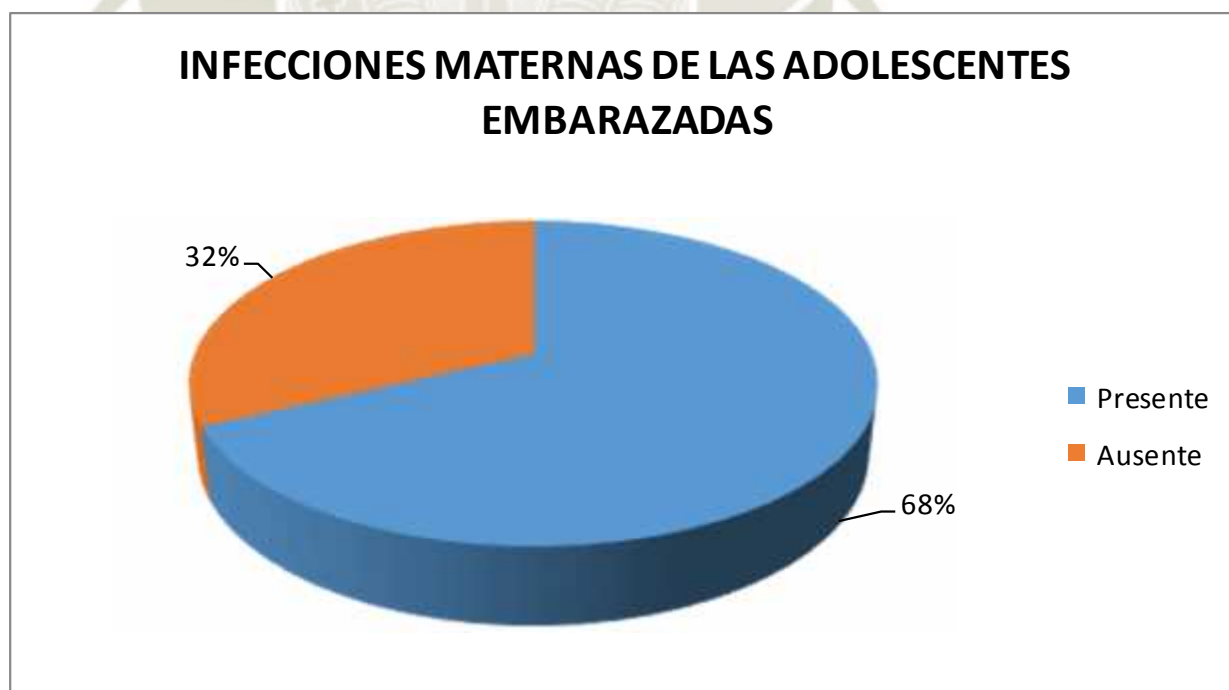
INFECCIONES MATERNAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

INFECCIONES MATERNAS (ITUs e Infecciones Vaginales)	N°	%
Presente	227	67.96
Ausente	107	32.04
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 8, podemos observar que las adolescentes embarazadas en un 67.96% si han presentado infecciones maternas (Infecciones urinarias en un 63% e infecciones vaginales en un 4.96%) y un 32.04% no han presentado ninguna infección.

GRÁFICO N° 8



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 9

ANEMIA FERROPENICA EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES

ANEMIA	N°	%
Ausente	95	28.44
Presente	239	71.66
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 9, las adolescentes embarazadas han presentado anemia ferropénica en un 71.66% y sólo un 28.44% no la han padecido.

GRÁFICO N° 9



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 10

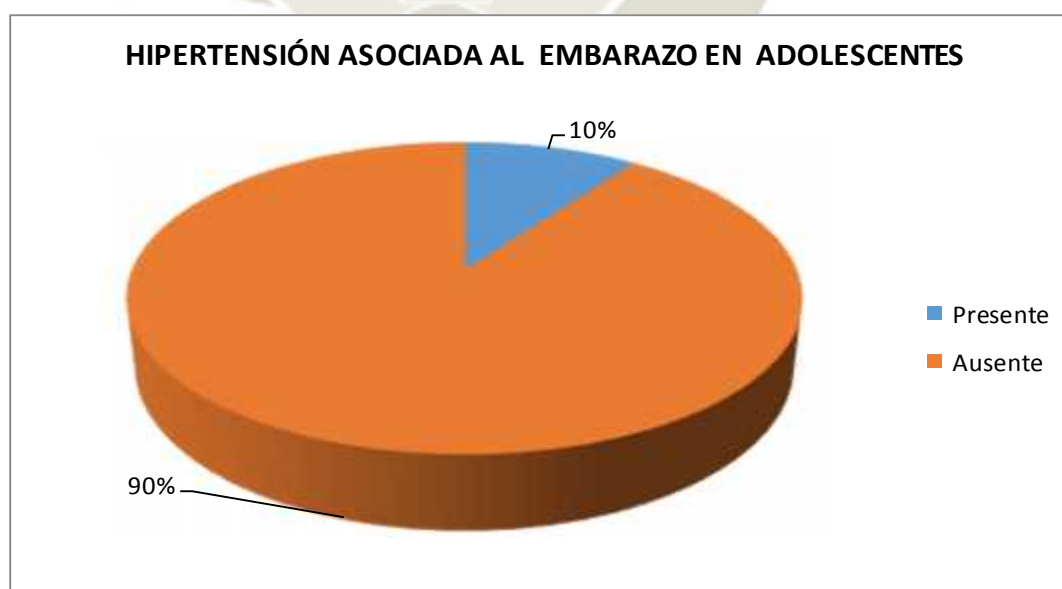
HIPERTENSIÓN ASOCIADA AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

HIPERTENSIÓN ASOCIADA AL EMBARAZO	N°	%		N°	%
Presente	33	9.88	Preeclampsia Leve	24	7.18
			Preeclampsia Severa	7	2.09
			Eclampsia	2	0.61
			Subtotal	33	9.88
Ausente	301	90.12			
Total	334	100.00			

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 10, las adolescentes embarazadas no presentaron hipertensión asociada al embarazo un 90.12% y si la presentaron un 9.88%.

GRÁFICO N° 10



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 11

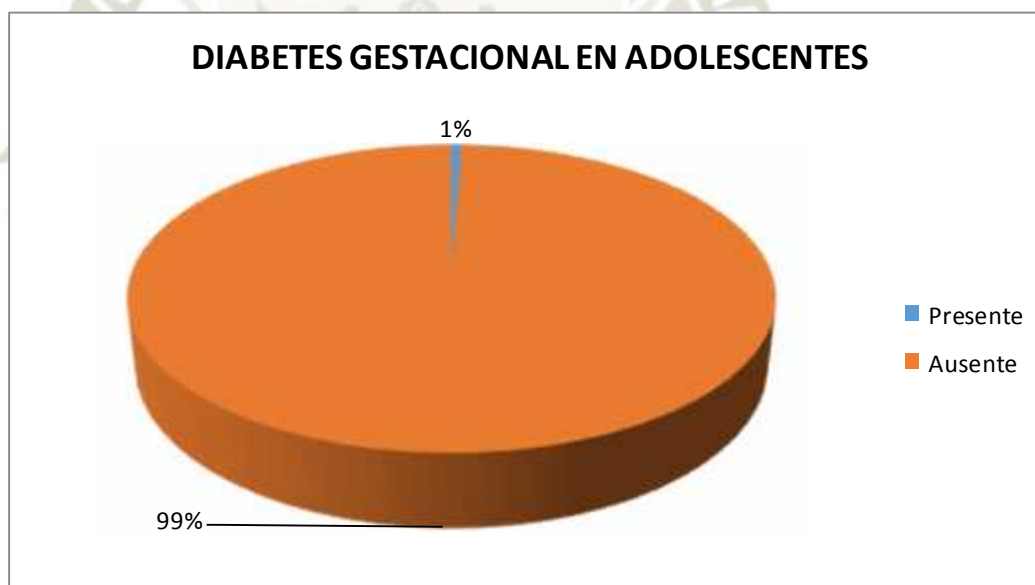
DIABETES GESTACIONAL EN ADOLESCENTES

DIABETES GESTACIONAL	N°	%
Presente	2	0.60
Ausente	332	99.40
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 11, las adolescentes no presentaron diabetes gestacional un 99.40% y si la presentaron un 0.60%.

GRÁFICO N° 11



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 12

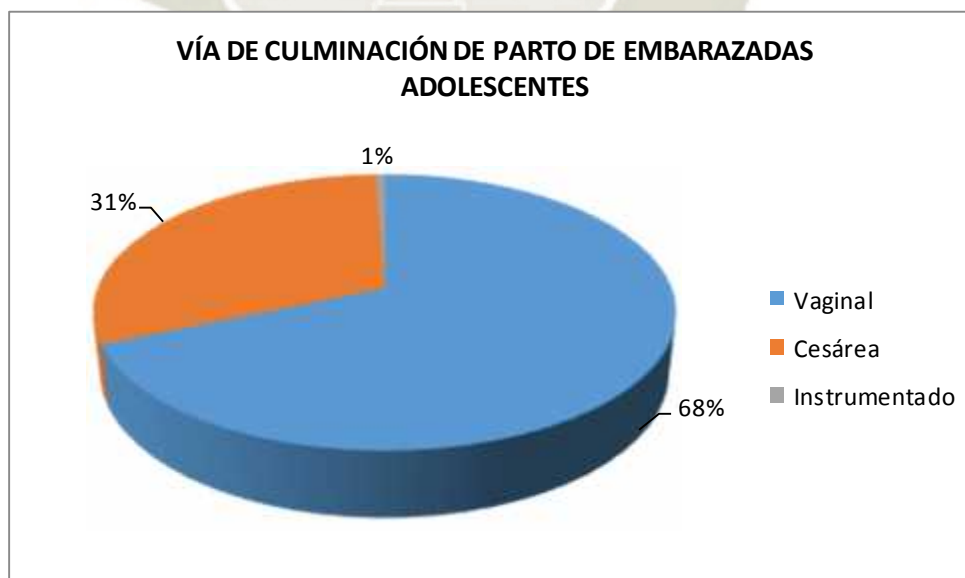
VÍA DE CULMINACIÓN DE PARTO DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES

VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO	N°	%
Vaginal	229	68.56
Cesárea	103	30.84
Instrumentado (fórceps bajo)	2	0.60
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 12, las adolescentes embarazadas según la vía de culminación del parto, un 68.56% lo hizo vía vaginal, un 30.84% tuvieron cesárea y un 0.60% fue instrumentado. (Fórceps bajo)

GRÁFICO N° 12



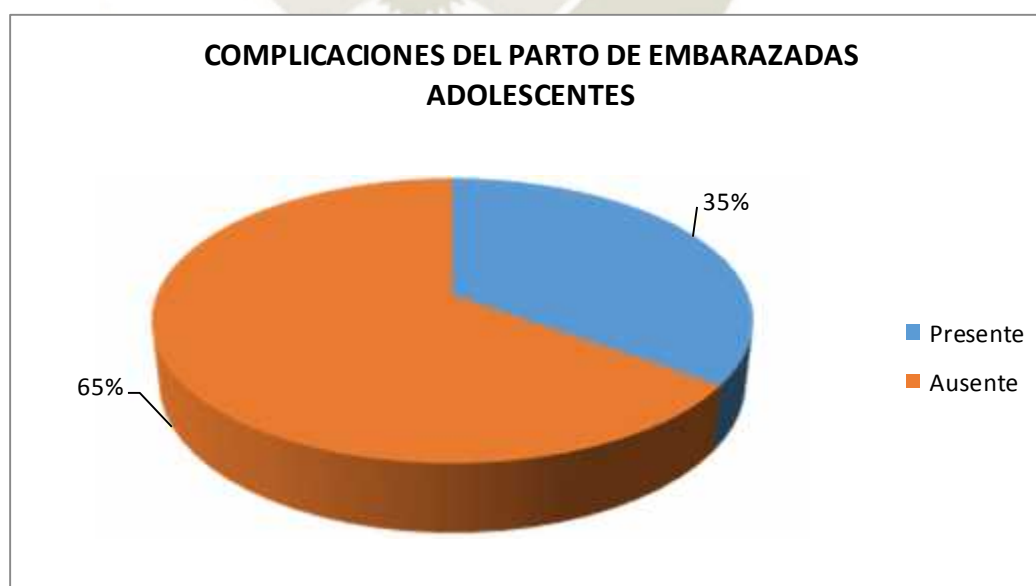
Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 13
COMPLICACIONES DEL PARTO DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES

COMPLICACIONES DEL PARTO	N°	%
Presente	117	35.03
Ausente	217	64.97
Total	334	100.00

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 13, las adolescentes embarazadas no han presentado complicaciones en el parto en un 64.97% y si han presentado complicaciones durante el parto un 35.03%; de éste porcentaje la ruptura prematura de membranas representó un 12%, seguida del desgarro perianal en un 10%, el otro 13.03% fueron a causa de: sufrimiento fetal agudo, parto prolongado y desproporción cefalopélvica.

GRÁFICO N° 13

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación pretende dimensionar la frecuencia de embarazo y la frecuencia de los factores de riesgo obstétrico en embarazadas adolescentes que fueron atendidas en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz en el año 2013.

La adolescencia constituye una etapa de la vida en la que suceden una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual. Es un período en el que comienzan a experimentarse e incorporarse cambios interiores, búsqueda de la identidad; cambios exteriores y corporales, desarrollo sexual; etapa de intercambio con el medio que los contiene.

El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud moderna, sino porque están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre-hijo.

La **ENDES Continua 2013**, encontró que el 13,9% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez; estos valores se han incrementado comparando con los valores de la ENDES 2012 en la que se encontraba un porcentaje de embarazo adolescente de 13,2. Asimismo la ENDES 2013 muestra el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 0,8% o entre las de 15 años hasta el 24,6% en los 19 años. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas (37%) se presentan entre las mujeres sin educación secundaria completa (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 – ENDES). (13)

Se presume que el embarazo en adolescentes en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, durante el año 2013 alcanzó una cifra muy considerable , al representar el 43.78% de las gestantes atendidas, porque la mayor parte de la población de Paucarpata , es adolescente y concentra un buen número de instituciones educativas (78 instituciones educativas primarias y 41 instituciones secundarias) es decir más de 100 instituciones que albergarían a adolescentes en edades comprendidas en la adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia

media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17-19 años). Asimismo se observa la falta de información e incluso desconocimiento sobre los métodos de anticoncepción, y el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, así como el riesgo de afrontar un embarazo en esta etapa en la cual existe una falta de maduración no sólo física sino también psicológica.

En la tabla N° 1 sobre la frecuencia de presentación de embarazo adolescente, se encontró que en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz en el año 2013 se atendió 989 partos, de los cuales 433 (43.78%), fueron en embarazadas adolescentes; de las cuales 334 reunieron los criterios establecidos en nuestro estudio. Urbina y Pacheco (28) en el Hospital Rebagliati entre el 2000 al 2004 atendieron un total de 443 partos en adolescentes. Matos Peña (17) reportó una incidencia del 11% en el Hospital Essalud II Talara. Condo Chacnama (3) reportó una incidencia de 16,17% por cada 100 gestantes en el Hospital Goyeneche en el año 2010. Serrano Gonzales (27) reportó en su estudio en Venezuela una incidencia de 33.2% en embarazadas adolescentes. Soderó y Lescano (58) en un estudio retrospectivo de 2 años 2004-2005 Hospital "J. R. Vidal". División Maternidad. Sector Obstetricia, se registró un descenso del 5,2% en el número de embarazos. Itati (32) en el mismo hospital en el 2008 encontró (28,5%) correspondieron a embarazadas de entre 13 y 20 años. Díaz (4) en un estudio de embarazadas de 10 a 19 años que tuvieron su parto en el período de enero a diciembre del año 2000 en el Hospital Salvador; acontecieron 7.004 partos, de los cuales el 16% (1.132 pacientes) fueron partos de embarazadas adolescentes. En el Servicio de Gineco Obstetricia del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz el embarazo adolescente es frecuente pero está presentando disminución discreta.

En la tabla N° 2 se pudo apreciar cómo el embarazo fue más frecuente hacia la tercera etapa de la adolescencia cuyas edades se encontraban entre 17 y 19 años, representando el 72.24%, el 22.76%; corresponde a adolescentes en etapa de adolescencia media, no se encontró embarazos en la adolescencia temprana, similar al comportamiento observado en otros estudios como en Argentina por Itati (32) donde reporta que el 73% corresponde a adolescentes entre 17-19 (adolescencia tardía); en la etapa adolescente media se encuentra 36% en adolescencia temprana 1%; el porcentaje fue de 57.4% para la adolescencia

tardía; en Perú en un estudio de casos y controles por Sandoval y Mondragón (25) encontraron que la mayor población corresponde a la etapa de adolescencia tardía, observándose reducidos porcentajes de adolescentes en etapa temprana.

Al respecto a pesar de no haber encontrado madres adolescentes en adolescencia temprana, sino más bien en la media y tardía nuestros resultados guardan relación con la ENDES 20013 (13) y otros estudios de investigación (18, 25) donde el mayor porcentaje de la población de adolescentes se encuentra en estas etapas de la adolescencia (tardía y media).

En la tabla N° 3 se observó que para el grado de instrucción donde se concentra un mayor porcentaje de la población correspondió a las adolescentes que tienen secundaria (incompleta 37.73% y completa 22.16%); el embarazo podría considerarse causa de deserción escolar o la causa de que estas adolescentes culminen sus estudios a edades tardías si así sucediera. Lo que llamó la atención son las adolescentes con educación superior incompleta (9.89%), Es necesario destacar que únicamente 3 adolescentes (0.9%) eran analfabetas.

La información revela que es necesario fortalecer los programas educativos y adecuados a las necesidades de esta población al ser éste un factor protector para las adolescentes.

En la tabla N° 4 se hace referencia al estado civil de la población estudiada, se destaca el mayor porcentaje (108 adolescentes, 32.35%), que conviven en unión libre. Esta situación podría reflejar un cambio en los patrones socioculturales, no obstante por su edad, algunas no están autorizadas para optar por un matrimonio, ya sea por la iglesia o por la vía legal. Sin embargo, 23 adolescentes (6.87%) son casadas y otro dato importante es el hallazgo que 203 adolescentes son solteras (60.78%), lo cual indica que éstas en muchos casos deben asumir dicha experiencia sin contar con el apoyo de una pareja, por cuanto el progenitor a veces niega su paternidad, no le brinda ningún soporte económico, ni emocional. Sumado a esto deben enfrentar el enojo y rechazo de sus padres. Enfrentar sola este período tan vital en su desarrollo le provoca sentimientos de abandono, tristeza, aflicción, enojo, además en algunos casos enfrenta el rechazo familiar y social, quienes en ocasiones las agreden.

Un aspecto importante para el buen desarrollo del embarazo es el estado nutricional. En la tabla N° 5 se aprecia de forma significativa que en el estudio predomina el bajo peso materno, con el 46,71%, en tanto 150 (44.91%) tienen normo-peso; así mismo 28 madres adolescentes presentó sobrepeso (8.38%); se corresponde con la ENDES continua 2013; el estado nutricional insuficiente de las mujeres antes y durante el embarazo, verificado a través de una estatura o peso inadecuados, es uno de los principales determinantes del bajo peso al nacer y de la muerte perinatal e infantil; asimismo está asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la probabilidad de muerte materna (13).

En la tabla N° 6 sobre el antecedentes de aborto se vio que 21.56%, si tuvieron aborto, esto nos manifiesta que las adolescentes ya tuvieron una gestación previa; en cuanto a las adolescentes embarazadas que no tuvieron aborto es de 266 (78.44%); pero este dato merece tomarse con cautela ya que las adolescentes pueden esconder información por vergüenza o por miedo.

En cuanto a la edad la población donde se observó mayor presentación es el adolescentes en etapa tardía (17-19 años) lo cual concuerda con los estudios realizados por Segundo (33) quien indica que el aborto ocurrió más en la adolescencia tardía y su complicación más frecuente es la anemia aguda; González E. realizó un estudio en 3304 adolescentes que acudieron al Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), donde encontró que el 62,5% se encontraba en la adolescente tardía (34).

En la tabla N° 7, concerniente al número de controles prenatales, se observó que 265 (79.34%) adolescentes tuvo control prenatal insuficiente (menor a 4); mientras que 69 (20.76%) habían asistido a más de 4 controles prenatales; Pardo y Uriza (35) en un estudio que agrupó 11 instituciones Colombianas de II y III nivel, evaluaron 3.364 adolescentes, encontraron que el 25.7% de las jóvenes no tuvieron control prenatal, el resto (63.9%) tuvieron uno hasta 3 controles, sólo el 10.4%, tuvo tres a seis controles

Algo muy importante es que se encontró 4 fallecidos; uno por sufrimiento fetal agudo, óbito fetal, trabajo de parto prolongado y parto inmaduro; en éstas

adolescentes se encontró un insuficiente control prenatal, las cuales presentaron complicaciones durante el trabajo de parto, dos culminaron en cesárea. Pardo y Uriza (35) encontraron que las complicaciones del parto y del puerperio fueron más frecuentes entre adolescentes sin control prenatal.

Estudios de Tipiani (36) donde evaluaron la influencia del control prenatal (CPN) sobre la morbilidad materno perinatal, en el 2005, demostraron que en nuestra población, el menor número de controles y los CPN inadecuados, incrementan la incidencia de presentar complicaciones que podría ocurrir en la madre adolescente, como la prematuridad y, en forma secundaria, el bajo peso al nacer.

En la tabla N° 8 sobre infecciones maternas se encontró que 227 adolescentes (67.96%) presentó infecciones maternas, de las cuales la más frecuente (63%) fue de infección de tracto urinario la cual en algunos casos fue recidivantes, se halló también que el 4.96% presentó infecciones vaginales, no se encontró pacientes infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ni sífilis.

Según la investigación de Sandoval y Mondragón (25) en un estudio de casos y controles se encontró que la infección urinaria fue la complicación más frecuente en las adolescentes con respecto al caso control. Díaz (4) en un estudio retrospectivo y comparativo, a través de una muestra obtenida en forma aleatoria, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador, en comparación con un grupo control obtenido en el mismo Servicio y período de estudio. Las infecciones del tracto urinario estuvieron presentes en el 13,29% de las embarazadas adolescentes, porcentaje que fue cercano al doble de lo presentado en el grupo control, donde la infección urinaria alcanzó un 6,96%.

En la tabla N° 9 en cuanto anemia ferropénica que es otra característica de riesgo se encontró que 239 (28.44%) de las adolescentes embarazadas presentaron anemia en tanto y no tuvieron 95 (71.66%), dato que concuerda con estudios de la ENDES 2013 (13). En Perú la anemia es un problema grave entre adolescentes así como para generaciones más jóvenes. A nivel nacional, la anemia afecta a la

gente joven, 10 a 14 años el 35% de 15 a 19 años el 30%; las adolescentes que viven en la zona rural son las más afectadas. Las diferencias en el predominio de la anemia entre adolescentes se ponen más de manifiesto cuando comparamos regiones individuales.

En la tabla N° 10 sobre hipertensión asociada al embarazo se encontró 33 (9.88%) de las adolescentes tuvo enfermedad hipertensiva durante el embarazo, se vio que 24 presentaron Preeclampsia leve, 7 preeclampsia severa, 2 eclampsia, lo cual es una cifra considerable que concuerda con el estudio de Sandoval y Mondragón (25) en el cual observo una elevada incidencia que correspondía al 11% tenía una diferencia significativa ($p=0.00$).

En el estudio de Itati (32) en el Hospital "Dr. José R. Vidal", Argentina estudio observacional, descriptivo en 242 adolescentes se encontró que la enfermedad hipertensiva fue motivo de consulta y admisión para estas adolescentes embarazadas la sexta causa dentro de ellas preeclampsia grave – eclampsia 8 (3,3%), preeclampsia leve 6 (2,48%). Díaz (4). No se encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control tanto para el síndrome hipertensivo del embarazo (10,75% en ambos grupos), como para la diabetes gestacional, presentándose esta última en el 1,26% de las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2,53%).

Al respecto de la diabetes gestacional en la tabla N° 11 se encontró (0.6%) y éstas se encontraban en adolescencia tardía y solo presentaron dos características de riesgo aparte de la diabetes gestacional; el antecedente de cesárea ambas y sobrepeso, una desproporción feto pélvica por macrosomía fetal. Estudios Ylave (37) sobre diabetes mellitus gestacional (DMG) el estudio realizado en el Hospital Militar Central Luis Arias Shereiber en 602 pacientes en el 2009 encontró asociada de manera independiente a un aumento del riesgo de complicaciones, tales como partos distócicos, macrosomía fetal. Díaz (4) encontró para la diabetes gestacional, presentándose esta última en el 1,26% de las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2,53%).

En cuanto a la culminación de parto en la tabla N° 12 se encontró que 229 (68.56%) adolescentes tuvo parto por vía vaginal, cesárea 113 (30.84%) e instrumentado 2, (0.6%), Díaz (4) se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0006$) al comparar el grupo de estudio con los controles, siendo mayor el número de partos operatorios en las embarazadas de 20 a 29 años. Díaz (4) el porcentaje de partos normales fue de 81,64% para las adolescentes y de 63,92% para el grupo control; las cesáreas un 10,12% del grupo de estudio y un 25,94% en los controles; y finalmente, el parto por fórceps bajo se presentó en un 8,22% en las adolescentes.

En la tabla N° 13 sobre si las madres adolescentes presentaron complicaciones durante el parto se observó que 117 (35.03%) presentaron complicaciones y 217 (64.97%) no las presento, se hayo que tuvo sufrimiento fetal agudo, parto prolongado, desgarro perianal, rotura prematura de membranas son las complicaciones más frecuentes, se presentó un caso de desproporción cefalopélvica que culmino en cesárea. Es significativa la cantidad de partos que se complicaron, Díaz (4) hallo que un 10,75% de las embarazadas adolescentes presentaron complicaciones durante el parto, las cuales fueron mayoritariamente laceraciones del tracto genital y perineal, y en menor medida extracción dificultosa de hombros y alumbramiento incompleto. En el grupo control, en cambio, la cifra fue menor (5,69%), sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,1$). Morales (38) en un estudio analítico de casos y controles no apareados en el Servicio de maternidad del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante el 2002, en una población de analizándose 148 casos y 148 controles mediante el modelo de regresión logística, encontrando que la relación de la edad de las madres menores de 20 años constituyó un actor de riesgo muy importante en el sufrimiento fetal. La adolescencia constituye un grupo de mayor riesgo de sufrimiento fetal, en primer lugar por el desarrollo físico de la madre, donde existe una inmadurez de los órganos internos no llegando desarrollar una adecuada perfusión útero-placentaria originando un sufrimiento por un inadecuado aporte sanguíneo o bien llegar hasta consecuencias fatales.

CONCLUSIONES

PRIMERA : En el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz de la UNSA durante el año 2013, en el Servicio de Gineco-Obstetricia, se atendió un total de 989 partos, de los cuales 433 (43.78%) correspondieron a madres adolescentes.

SEGUNDA : Las embarazadas adolescentes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, se encontró que la frecuencia de factores de riesgo obstétrico fue elevada, ya que se observa que más de la cuarta parte de la población llegan a la secundaria, pero no la terminan; más de la mitad de las adolescentes gestantes son solteras; un alto porcentaje presentan desnutrición, la cuarta parte tienen antecedente de aborto; más de las tres cuartas partes de las adolescentes embarazadas se realizaron menos de 4 controles prenatales; más de la mitad presentan infecciones maternas, sobretodo ITUS e infecciones vaginales a repetición; más de las tres cuartas partes tienen anemia ferropénica, un ligero porcentaje presentan Hipertensión arterial asociada al embarazo y sólo 2 presentaron Diabetes gestacional. Asimismo se evidencia que más de la cuarta parte de la población de embarazos en adolescentes culminaron en cesárea y un alto porcentaje presentaron complicaciones durante el parto sobretodo: Sufrimiento Fetal Agudo, Parto Prolongado, Desgarro perianal, Desproporción cefalopélvica y Ruptura Prematura de Membranas.

RECOMENDACIONES

Se ha visto por conveniente recomendar lo siguiente:

- Al Director del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, que promueva la creación de una Unidad de Salud de Adolescentes, con amplia participación de médicos, psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante así como apoyo para las adolescentes embarazadas, tanto desde el punto de vista médico como emocional.
- Al Director del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, que promueva la creación de programas, donde se concentren en enseñarles a las adolescentes sobre sexualidad, al igual que explicarles de forma detallada sobre los métodos anticonceptivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el riesgo sobre maternidad en la adolescencia.
- Al Director del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz que en coordinación con el personal de salud busque establecer mediante estrategias la relación del personal de salud con las pacientes, así como explorar el contexto psicosocial en que viven la madre adolescente y su hijo recién nacido.
- Al Personal de salud del Centro Universitario Pedro P. Díaz que promueva la asistencia al control prenatal y que informe sobre los cuidados que la madre adolescente debe tener durante este período además de fortalecer la confianza y autoestima de la madre.

- A los profesionales en salud que realicen trabajos de investigación prospectivos longitudinales profundizando sobre el riesgo obstétrico en embarazadas adolescentes.



PROPUESTA

1. DENOMINACIÓN:

PLAN DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

2. JUSTIFICACIÓN

El punto de partida es considerar al embarazo en adolescentes como un problema tanto social como individual y familiar, pues afecta el desarrollo de las mujeres y hombres adolescentes o jóvenes, en el sentido de que se ven abocadas/os a nuevas situaciones que truncan, retrasan o modifican sus proyectos de vida, entorno especialmente a estudiar, recrearse, profesionalizarse y realizar sus metas personales.

Este plan se enmarca en los postulados de la Constitución Política de la República, en los instrumentos internacionales suscritos por el Estado Peruano y en el marco legal y normativo vigente en el país.

El Plan Nacional de Desarrollo en el Objetivo 3 especifica: Aumentar la esperanza de vida y calidad de vida de la población, y propone como una de sus metas “reducir en 20% el embarazo adolescente”

El plan cuenta con un enfoque de derechos con énfasis en los sexuales y reproductivos, de promoción de la igualdad de género, respeto a la diversidad cultural y étnica, diálogo intergeneracional y participación ciudadana.

Las líneas de acción definidas para este Plan son:

- 1) Sistemas de información, monitoreo y evaluación;
- 2) Fortalecimiento institucional y cooperación técnica;
- 3) Participación de adolescentes;
- 4) Abogacía, alianzas y participación social.

Una estrategia fundamental es la coordinación interministerial y la integración de programas sociales que amplíen el ámbito de protección social de los/as adolescentes. Así como promover una activa participación de adolescentes en el proceso de construcción, ejecución y evaluación del plan.

Asimismo es sumamente importante incidir en que la educación comienza en el mismo hogar, en la propia familia, ya que son los padres quienes tienen la obligación de formar en valores a los adolescentes, manteniendo una estrecha comunicación para con sus hijos; es por esto que se considera importante también capacitar a los padres para que brinden una buena información al momento de educar a sus hijos.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a disminuir el embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación y protección social, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la sociedad civil.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar un Sistema Nacional de Información, sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación.
- Fortalecer la rectoría del Estado para la protección integral de adolescentes
- Implementar y fortalecer los servicios de atención integral de calidad para adolescentes en el primer nivel de atención, con énfasis en Salud sexual y salud reproductiva, y prevención del embarazo en adolescentes.
- Fortalecer las visitas domiciliarias con el fin de prevenir mediante la educación y una buena información sobre los riesgos en la adolescencia.

- Garantizar la participación de adolescentes en la construcción e implementación de políticas públicas integrales e intersectoriales de prevención del embarazo en adolescentes a nivel nacional y local.

4. MODELO DE ATENCION INTEGRAL PARA ADOLESCENTES

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES:

- Integral: el/la adolescente debe ser considerado en su totalidad biopsicosocial, considerando los diferentes aspectos del problema que le causa sufrimiento
- Integrada: es necesario ser capaz de seleccionar en cada momento el apropiado enfoque para mantener, restablecer y mejorar la salud ofreciendo una combinación óptima de atención curativa, preventiva, promoción y rehabilitación en función de las necesidades y modelos riesgos.
- Continua: la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino asumir la responsabilidad por la persona hasta que finalice o hasta que se solucione el problema de salud, para lo cual es necesario un seguimiento y trabajo en equipo y además en red para juntos, ayudar en la solución. La falta de continuidad en la atención reduce la eficacia de la atención de salud e incrementa los costos. La continuidad asegura que la atención sea de calidad y de calidez por parte del equipo de salud. Esto es esencial para evitar situaciones en las que el/la adolescente, por falta de información, incomprensión o acogida inadecuada no entienda la importancia o no acepte seguir en contacto con el personal de salud.
- Participativa: para que las soluciones propuestas sean negociadas de acuerdo a la prioridades del/a paciente.

4.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS:

- Permanencia: el servicio debe ser permanente, mientras más tiempo

estén abiertos los servicios, con horarios alternativos, se facilita el acceso de adolescentes.

- **Polivalencia:** los servicios deben ser multifuncionales, manejar todos los problemas presentados por la población, ya sea en forma directa o haciendo la referencia al nivel correspondiente.
- **Accesibilidad:** los servicios deben ser accesibles geográficamente ya que se ha demostrado como la accesibilidad disminuye a medida que aumenta la distancia del domicilio del/la paciente. La accesibilidad económica, ya que un obstáculo financiero puede ser penoso e insuperable para los/las adolescentes que generalmente tienen dificultades económicas. También debe ser accesible socioculturalmente puesto que algunas formas de prestación de atención pueden ser inaceptables para las personas y finalmente, deben tener accesibilidad funcional que provea los servicios requeridos por la comunidad.

4.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIVELES OPERACIONALES:

El **primer nivel** es la puerta de entrada al sistema de salud, y sus funciones son de contacto con la población y de síntesis de la información que es la que conduce a la toma de decisiones ya que si se tiene que referir a un paciente, la información necesaria debe ser transferida al nivel de referencia para ser completada y que retorne al primer nivel donde se continuará con la atención. Otra función del primer nivel es la resolución de problemas ya que el 85% de los problemas de salud se resuelven en ese nivel.

El **segundo nivel** o nivel de referencia complementa la capacidad resolutoria del primer nivel. Su roles asegurar la continuidad de la atención curativa a las personas que no pueden ser tratadas ambulatoriamente o que requieren técnicas que no están disponibles en el primer nivel. Forma parte de un sistema integrado donde todos los elementos están dispuestos, organizados y coordinados en concordancia de un objetivo común: la responsabilidad de la salud

de la población adolescente.

5. METODOLOGIA

Se realizarán visitas domiciliarias a cargo del personal de salud, del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, los días martes durante los meses de marzo y abril, durante las tardes, con el fin de educar no solo a los adolescentes sino también a los padres sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia, así como prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual, de igual manera se les orientará sobre los métodos de Planificación Familiar.

Asimismo, se realizará 6 talleres en los meses de marzo a abril en el año 2015, las cuales se desarrollarán los días sábado por la tarde, siendo 3 en marzo y 3 en abril, en un horario de 3:00 a 5:00, donde se desarrollará la exposición de los temas que serán propuestos por los Especialistas. Previa petición de permiso y coordinación con algunas de las Instituciones Educativas del distrito de Paucarpata, a fin de poder realizar dichos talleres en las propias escuelas, invitando a participar a los adolescentes .Las dos horas serán distribuidas de la siguiente manera:

Primera a la Quinta Sesión

- 35 minutos para la exposiciones
- 15 minutos de preguntas e inquietudes
- 10 minutos para la disertación de puntos críticos identificados durante la sesión
- 25 minutos de mesas de diálogo
- 10 minutos entrega de hojas con la discusión de cada grupo de estudiantes divididas equitativamente según la asistencia.
- 15 minutos de presentación de estudio de casos
- 10 minutos para dinámica entre las estudiantes

Sexta Sesión

- Representación pequeñas obras por cada grupo (c/u 10 minutos)
- Compartir con todos los participantes
- Clausura del Programa

6. MATERIAL

- Hojas A4
- Lapiceros
- Pizarra
- Lámina
- Textos
- Televisor
- DVD
- Grabadora
- Computadora
- Multimedia
- Internet
- Trifoliado

7. DIRIGIDO

Adolescentes de las Instituciones Educativas del distrito de Paucarpata.

8. FINANCIADO

Con fondos destinados por el Gobierno Central para esta prevención y al apoyo de las ONGs preocupadas en este problema social.

9. CUADRO DE ACTIVIDADES

Estrategias	Tiempo	Recursos
• Exposiciones	35	Psicólogo, médico, y obstetriz.
• Disertación	15	Psicólogo, médico y obstetriz y Estudiantes
• Mesas de diálogo	10	Psicólogo, médico, obstetriz y ,Estudiantes
• Discusión controversial	25	Psicólogo médico, obstetriz y Estudiantes
• Estudios de casos	10	Psicólogo, médico, obstetriz y ,Estudiantes

• Dinámica grupal	15	Psicólogo, médico, obstetriz y Estudiantes.
• Sociodrama	10	Psicólogo ,médico, obstetriz y Estudiantes



BIBLIOGRAFIA

1. Alatorre R, AtkinJ. L.: El embarazo adolescente y la pobreza. Mujeres pobres: salud y trabajo. México: Gimtrap, 2009, 1:13-30.
2. Grace J. Craig, Don Baucum, José Carmen Pecina Hernández “Desarrollo Psicológico” Cap 10,8° edición. Publicac. Pearson Educación México 2009.
3. Krauskopf, R. D. Adolescencia y Educación. 2ª. Ed. San José, Costa Rica: E.U.N.E.D 2010.
4. Luengo CX. Definición y características de la adolescencia. Embarazo en Adolescentes Diagnostico, 2008. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 2008.
5. Matos Peña Guillermo: “Estudio del Embarazo en Adolescentes de Talara” Enero 2005- Diciembre 2010. Hospital Essalud II Talara.
6. OPS/OMS-FNUAP-UNICEF. Manual de monitoreo y evaluación de programas de Salud Sexual y Reproducción de Adolescentes y jóvenes; 2009.
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención de adolescente. Serie Paltex. 199 p. Mexico DF SSR.2009. 34-41.
8. Schwarczs, R.; Fescina R. Duverges; Obstetricia. 6ta Edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.

HEMEROGRAFIA

9. Arispe C et al. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered, 2011
10. Casas J y Col. El parto en la adolescente. Estudio de Tres grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 44. 2008.

11. Condo Chacnama María Pilar.- “Estudio de complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del hospital Goyeneche 2010”
12. Díaz Angélica, Sanhueza R. Pablo, Yaksic B. Nicole. Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas Departamento y Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Salvador, Universidad de Chile. Rev. Chil Obstet. Ginecol 2009; 67(6): 481-487
13. Díaz Robledo, Rev. Ginecología y Obstetricia Medicina preventiva y Salud Pública, Medicina Familiar y Atención Primaria 2010.
14. Duarte Conteras A. Factores determinantes del embarazo en adolescentes solteras. Rev Colombiana Obstet Ginecol 2009; 34(5):290.
15. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" -Dto. Obst. y Ginec. Hospital. Clin. Univers. de Salamanca. Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12. Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
16. Gudiel Cindy V. Perfil Social de las Madres Adolescentes Apunte: Número 2. Mayo- Agosto del año 2009 Facultad de Ciencias Médicas Universidad San Carlos- Guatemala, C.A.
17. Gutierrez Bouchi- Italo Rafael. Factores de riesgo asociados al embarazo en nulíparas adolescentes en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima año 2009.
18. Guzman, L. Embarazo y maternidad adolescente en Costa Rica. Diagnóstico de situación y respuestas institucionales. 1ra. Ed, San José, Costa Rica: Programa Mujeres adolescentes 2009.
19. Hernández Cabrera, Jesús. Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales gineco-obstetricos. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010 3:29(3).

20. INEI, ENDES 2013 Perú.
21. Issler Juan R. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Catedra Via Medicina 2011; 107: 11-23.
22. Molina R., Sandoval J., Luengo X: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" en Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay. 2009.
23. Murillo Barreto Elder Russbel. Macías Solís Cristhian Javier. "Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de gineco-obstetricia del centro materno infantil de Andrés de Vera de enero a septiembre del 2010".
24. Murilo. M. Reflexión con adolescentes en torno a formas de violencia en sus relaciones de noviazgo. Un estudio exploratorio con adolescentes de 16 a 18 años de dos colegios públicos del Área Metropolitana de San José. Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. 2009.
25. Pelaez Mendoza J, Sarmiento Barceló JA, Osa Cornesa R. de la, Zambrano Cárdenas A. Cesárea de la adolescente: morbilidad materna y perinatal. Rev Cubana ObstetGinecol2009;22(1):45-52.
26. Pelaez Molina Jorge. Hospital Docente Materno Infantil "10 de Octubre". Ciudad de La Habana, Cuba. 2008, Editorial Ciencias Médicas Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 2009; 23 (1).13-17.
27. Sandoval Paredes José, Mondragon Huertas Fanny, Ortiz García Mónica. Complicaciones maternas perinatales de embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control Rev. Per. Ginecol Obstet. 2010; 53(1):28-34
28. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman NL, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. Am J Obstet Gynecol 2010;171(1):184-7.

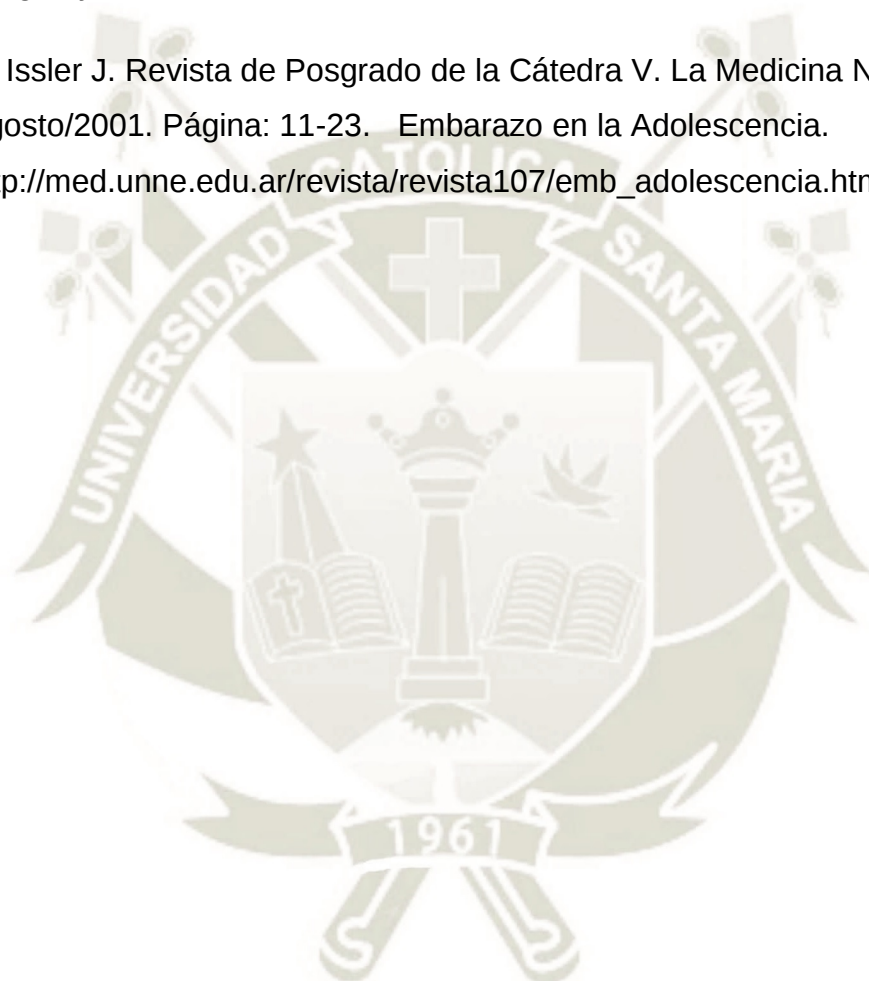
29. Serrano Gonzales Dahjana Carolina “Embarazo en Adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007.
30. Urbina Claudia, José Pacheco. “Embarazo en Adolescentes”. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, EsSalud. Lima, Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(1):118-123
31. Uzc Tegui O. Embarazo en la adolescente precoz. Rev Obstet Ginecol Venezuela 2010; 57(1):19-27.
32. Valdes Dacal, Sigfrido. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2009; 28 (2):1.
33. Vásquez Marquez, Ángela. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010;27 (2):158-64.
34. Itatí Abreto Griselda. Zunino Pradier Martin Fernando. Salinas Avalos Ramón Alberto. “Embarazo Adolescente: Frecuencia y Causas de Admisión al Servicio de Tocoginecología del Hospital” Dr. José R. Vidal” de Corrientes Argentina, 2008.
35. Chio Naranj J, Pouymiro Beltrán T, Pérez Felpeto R, Echevarría Puente A, Vargas Torres J. Mortalidad Perinatal en Embarazadas Adolescentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1998; 14(2): 31-8.
36. Gonzales C. Gil E. Chávez V. Díaz J. Torres M. Atención en el Consultorio de Ginecoobstetricia de la Adolescente. Rev. Per Ginecol Obstet. 2009;46(3): 213-5
37. Pardo F., Uriza G. Estudio de Embarazo en Adolescentes en 11 Instituciones Colombianas. Rev. Col. ObstetGinecol2009; 42(2): 109-121.
38. Tipiani Osvaldo Tomatis Cristina. Rev Per Ginecol Obstet. 2006, 52(4):46-48.
39. Morales Sáenz Jaime. “Factores Epidemiológicos y Gineco-Obstétricos Maternos relacionados con el sufrimiento fetal”. Tesis León Nicaragua 2008.

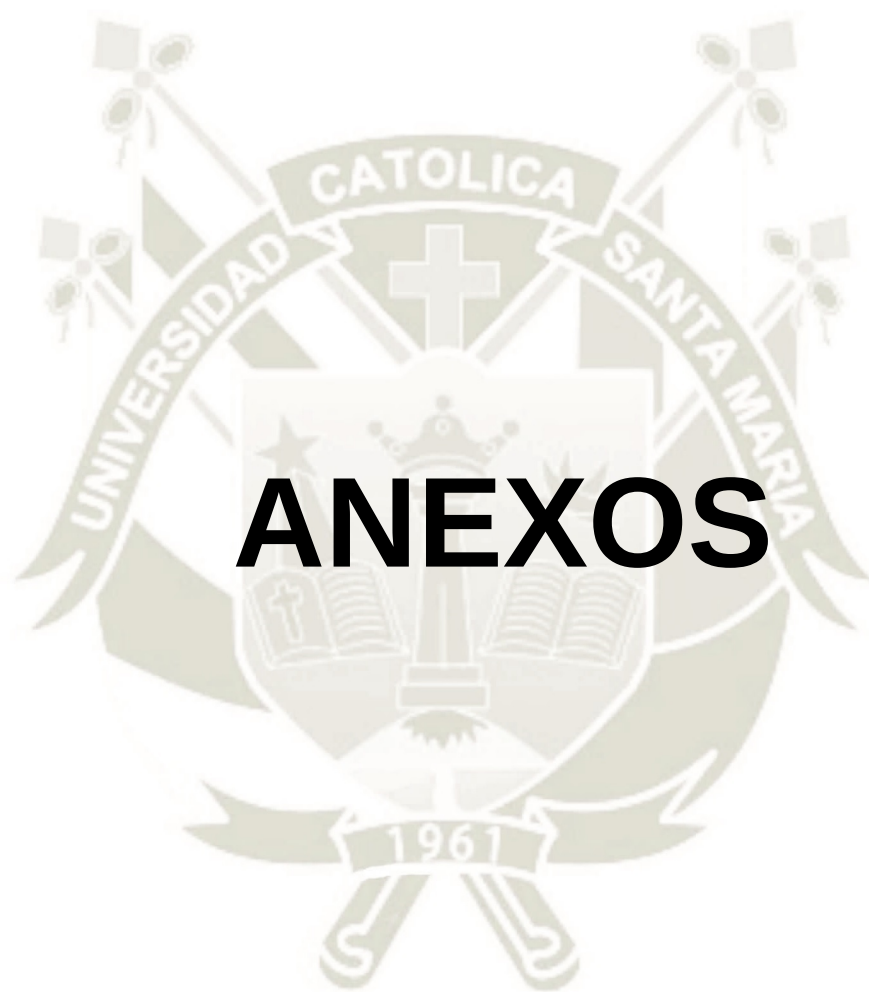
INFORMATOGRAFÍA

40. Ylave Guillermo, Gutarra Rosa B. Gutarra disponible desde URL
<http://www.RevPerGinecolObstet. 2009; 55:135-142.>

41. Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias.
<http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>

42. R. Issler J. Revista de Posgrado de la Cátedra V. La Medicina N° 107 -
Agosto/2001. Página: 11-23. Embarazo en la Adolescencia.
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html





ANEXOS

ANEXO N° 1
PROYECTO DE TESIS

I. PREAMBULO

En los últimos años ha sido alarmante el gran aumento de la prevalencia de embarazos en adolescentes. Se deben examinar múltiples factores, además de la causa obvia que es la existencia de una iniciación sexual a edades tempranas, la menarca temprana y la disfunción familiar. La OMS estima que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es el doble para las mujeres entre 10 a 19 años, respecto a las mujeres de 20 a 24 años, las tasas de mortalidad materna pueden llegar a superar hasta cinco veces la de las mujeres embarazadas que tienen entre 20 a 24 años. (1)

Un informe reciente de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) determinó que la maternidad a una edad temprana constituye una amenaza al desarrollo educativo de la mujer y que además, los embarazos de adolescentes interrumpidos por medio de abortos no seguros conllevan a complicaciones e incluso a la muerte. (2)

En Latinoamérica aproximadamente el 50% de los jóvenes de menos de 17 años son sexualmente activos y en promedio, el 38% de las mujeres tienen su primer embarazo antes de los 20 años de edad. En países vecinos como Argentina los adolescentes sexualmente activos son en promedio 94% en varones y 77% en mujeres. Latinoamérica y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. (3)

En el Perú estudios realizados mencionan que esta iniciación ocurre a los 13 años, como promedio nacional. Unos de los problemas de mayor preocupación en el Perú es la alta tasa de embarazo adolescente y es éste el principal motivo de realización del siguiente trabajo, ya que hoy en día es considerado un problema de Salud Pública, y al ser una profesional del campo de la salud, no puedo mantenerme ajena a esta realidad.

Existen trabajos de investigación sobre conocimientos de eventos fisiológicos que ocurren en las pacientes adolescentes que se encuentran en la etapa de gestación, manejo, tratamiento y prevención por el aumento proporcional y numérico de gestaciones en adolescentes. Incluso los factores de riesgo han

sido plenamente identificados, por lo que la finalidad del presente trabajo; no es demostrar si los factores estudiados son de riesgo, sino cuantificar con qué frecuencia se presentan estas características durante el embarazo, parto y las complicaciones que se presentan en este, deseo a través de esta investigación dar a conocer dicha frecuencia, teniendo como fin conocer nuestra realidad, para así esbozar con mayor claridad las posibles alternativas de solución que nos permitan alcanzar la salud integral de la madre y el niño. Al observar ésta, surge la interrogante ¿cuál es la frecuencia de características de riesgo obstétrico en embarazadas adolescentes en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz-UNSA -2013?



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO

FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE SALUD PEDRO P. DIAZ-UNSA -2013

1.2. DESCRIPCION

a. Área del conocimiento

General : Ciencias de la salud
Especifica : Medicina Humana
Especialidad : Salud Pública, Obstetricia.

b. Análisis y Operacionalización de variables

VARIABLES DE CARACTERIZACION	INDICADORES	CATEGORIA/UNIDAD	ESCALA
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	- Edad	- Años	- Numérica continua.
Def.- El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen	- Grado de Instrucción	- Analfabeta, - Primaria: completa Incompleta - Secundaria: completa Incompleta. - Superior: Completa Incompleta	- Ordinal
	- Estado nutricional	- Desnutrido - Normal - Sobrepeso/obesidad - < 4 CPN	- Ordinal
FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO	- Inadecuado número de controles prenatales	- Presente/Ausente	- Nominal
Def.- Se entiende por riesgo obstétrico como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto.	- Antecedente de aborto	- Presente/Ausente	- Nominal
	- Anemia	- Presente/Ausente	- Nominal
	- Enfermedad hipertensiva del embarazo.	- Presente/Ausente	- Nominal
	- Diabetes gestacional	- Presente/Ausente	- Nominal
	- ITU	- Presente/Ausente	- Nominal
	- Complicaciones del parto	- Presente/Ausente	- Nominal
	- Vías de culminación del parto	Vaginal, cesárea, instrumentado	- Nominal

c. Interrogantes Básicas

1. Cuál fué la frecuencia del embarazo en adolescentes en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz –UNSA?
2. Cuál fué la frecuencia de factores de riesgo obstétrico en embarazadas adolescentes en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz –UNSA?

d. Tipo De Investigación

Es documental.

e. Nivel De Investigación

Es descriptivo

e. Clasificación del estudio:

Es observacional transversal retrospectivo.

1.3. JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación: frecuencia de embarazo en adolescentes y sus factores de riesgo obstétrico en el servicio de gineco-obstetricia del Centro Universitario de Salud Pedro P. Diaz-UNSA se justifica por las siguientes razones:

- **Originalidad:** El presente trabajo de investigación no ha sido realizado anteriormente en el Centro de Salud Pedro P Diaz de la UNSA. Sin embargo reconoce antecedentes investigativos pero en diferentes enfoques.
- **Relevancia Científica:** Porque en los últimos 25 años en América Latina se ha visto un incremento alarmante en el número de embarazos en adolescentes, con una elevada morbilidad tanto materna como fetal
- **Relevancia Social:** Este trabajo de investigación permitirá determinar las principales características de Riesgo Obstétrico en

Embarazadas Adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, dándonos a conocer la importancia de prevenir el embarazo en adolescentes por la alta morbilidad.

- **Contemporánea:** El presente trabajo de investigación es un problema de realidad contemporánea sobretodo en América Latina, en donde existe una gran tasa de embarazo en adolescentes constituyendo un serio problema de Salud Pública.
- **Interés Personal:** Por la alta tasa de embarazo en adolescentes que se ve en el Distrito de Paucarpata a donde pertenece el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz.
- **Contribución Académica:** Determinar la Frecuencia de embarazo en adolescentes y sus factores de riesgo obstétrico en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz, Permitirá incrementar los conocimientos sobre el gran riesgo presente en este grupo etareo y sobretodo incentivar a los profesionales en salud trabajar en el campo de la prevención para evitar el embarazo en adolescentes y sus complicaciones.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. FRECUENCIA DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En los últimos años se ha visto incrementado en forma alarmante la gestación en la adolescente, hechos que han motivado graves consecuencias en el orden sanitario, social y demográfico.(5)

La Adolescente Embarazada implica una conceptualización más amplia que los límites de organicidad gineco-obstétrica, por ser un área que debe estar centrada en la ginecología, incluye también los aspectos sociales, legales y de salud mental indispensable en el manejo clínico de estos adolescentes(4)

Se ha visto también que esta joven población presenta una serie de

dificultades obstétricas como prematuridad, falta de desarrollo somático y psicológico; sin embargo se reporta que el embarazo, parto y puerperal, evoluciona favorablemente y que son otros las causas que van a motivar las complicaciones.(4)

La Adolescencia constituye una etapa de la vida en que se produce grandes cambios físicos, fisiológicos y emocionales, y si a esto se añade la gestación, es una etapa en que la mujer no está preparada física ni emocionalmente para concebir entonces ocurre una serie de problemas de índole social, económico, educativo, fisiológico, obstétrico y psicológico. Motivo por el cual el embarazo en la Adolescente es de preocupación creciente para el Gineco-Obstetra Obstetrix-Obstetra, Pediatra y Médicos en general, tenemos que tener en cuenta que la eficiencia de nuestra acción, no se mide por el número de gestantes adolescentes que podamos atender sin complicaciones, sino reducir al mínimo la incidencia de este grupo de madres, porque es evidente que no están preparadas la mayoría de ellas para atender a sus hijos en forma adecuada, ya que se encuentran en etapa de preparación física y emocional.(5)

2.2. LA ADOLESCENCIA:

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica" y fija sus límites entre los 13 y 19 años.(6)

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.(7)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.(7)

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

a) Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías: no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.(8)

b) Adolescencia Media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.(9)

c) Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con nietas vocacionales reales.(10)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada. (11)

2.3. PERFIL DE LOS ADOLESCENTES A NIVEL MUNDIAL

Resumimos algunos datos importantes que tienen que ver con los/as adolescentes a nivel mundial cada año:

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) más de 7 000 por día ocurre en jóvenes.
- La violación e incesto ocurre en 7 a 34% de las niñas y en 3 a 29 de los niños.
- El 10% ó de los partos acontece en adolescentes.
- La Mortalidad Materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva.(12)

2.4. SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la peruana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia.(13)

Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual o solamente se les da una educación no formativa sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.(14)

La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y, con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Asimismo, las adolescentes se ven expuestas con frecuencia a la violencia basada en el género (VBG) y, especialmente a la violencia sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando las muchachas y sus parejas inician su actividad sexual, sin tener en cuenta la necesidad del empleo de la anticoncepción o sin haber tenido acceso a servicios apropiados.(15)

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES 2000), la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 20 a 49 años es a los 19 años. Debe considerarse de esta misma fuente que en las mujeres sin educación o con instrucción primaria, este indicador ocurre a los 17 años.(15)

De otro lado existen estudios que señalan que el inicio de la vida sexual es a los 13 a 14 años en varones y a los 15 años en mujeres.

Mientras que 10,3% de las adolescentes está unido o casado, el 11,5% es sexualmente activo, esto quiere decir que han tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas. Las mujeres adolescentes, particularmente las más pobres, son víctimas frecuentes de violencia de género y de abuso

sexual. Se sabe que de cada 100 casos de violación sexual, 88% se produce en niñas y adolescentes y 51%, en las edades entre 13 y 17 años.(16)

2.5. ETIOLOGÍA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en adolescentes ha aumentado en forma notable en épocas recientes. Una de las razones que explica el aumento de los embarazos en adolescentes es el hecho que el crecimiento de la población sexualmente activa no se ha acompañado del aumento en la educación sexual.(19)

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos. El 20 % de las adolescentes entre 15 y 19 años en Bahía, Brasil, declararon tener relaciones sexuales pre-maritales, cifra que alcanzó el 13 % en la ciudad de México y 22.2 % en Guatemala.(20). La relación sexual precoz está más extendida en las comunidades campesinas, las zonas suburbanas y las clases sociales bajas de las grandes ciudades.

Diversos factores contribuyen al inicio más temprano y al aumento de la actividad sexual en los adolescentes. Actualmente las familias actúan cada vez menos. Como soportes afectivos. Otros factores adicionales son la creciente migración de los jóvenes, que los libera de las presiones familiares y sociales y la influencia de los medios de comunicación, que son cada vez más explícitos en cuanto a la manifestación de la sexualidad.(15,21)

2.6. FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE

a) Biológicos

La edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, a alrededor de 12 -13 años actualmente. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz, están más expuestas al riesgo de embarazarse.(17)

El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha

aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones pre-maritales. El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo.(22)

b) Psicosociales

Disfunción familiar un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura Una adolescente con baja autoestima y que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además puede encontrar alivio a la soledad y al abandono a través de un embarazo. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, la madre también con historia de embarazo adolescente, y enfermedad crónica en uno de los padres.(19,22)

c) Culturales

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, es frecuente el fatalismo. La adolescente es incapaz de valorar la alternativa de evitar un embarazo. El "machismo" y la necesidad del varón de "probarse", son un factor dinámico en el comportamiento del varón.(17,22)

d) Psicológicos

Durante la etapa temprana de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia Media, las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.(18)

e) Sociales

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, la delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, con el consecuente mayor riesgo. La pérdida de la religiosidad, es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.(22)

2.7. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la propia adolescencia, debido a los cambios y adaptaciones que exige al organismo el desarrollo del mismo embarazo (18). La adolescencia puede ser definida como el período en que.

1. El individuo evoluciona desde el inicio de apareamiento de las características sexuales secundarias, hasta la maduración sexual total.
2. Los procesos psicológicos y las formas de identificación para los individuos, evolucionan desde los de un niño a los propios del adulto, y,
3. El individuo pasa de un estado de dependencia social y económica total, hacia el de relativa independencia.(8)

Cronológicamente se define Adolescencia como el período que va de los 10 a los 19 años de edad (4). A menudo se considera que la adolescencia empieza con la pubertad. En las mujeres el principio de la Pubertad está marcado por la menarquía, o inicio de la menstruación.(18,19)

La adolescencia se divide en tres fases de desarrollo: Temprana, Media y Tardía, que siguen un esquema constante en todos los individuos, cualquiera que sea su edad cronológica (23).

El dilema en los adolescentes se encuentra en la discrepancia entre la madurez física y cognitiva. La niña promedio, por ejemplo, es capaz de concebir tan joven como a los 10 a 12 años, pero a esa edad ella es aún incapaz de percibir las consecuencias de su comportamiento actual y no es capaz de ser una buena madre(7,8,10,11).

En sociedades en las cuales no se requiere mayor preparación para la adultez, el embarazo y la procreación a edades tempranas son comunes. Pero en la mayoría de las sociedades modernas, terminar la adolescencia con la incipiente pérdida de oportunidades para el óptimo desarrollo

personal y el éxito económico en el futuro, puede ser extremadamente peligroso (24).

Las adolescentes en su mayoría tienden a tener relaciones monógamas: sin embargo las relaciones de los adolescentes también tienden a ser más efímeras, y después de un tiempo se da inicio a otra relación. Un patrón que ha sido llamado "monogamia serial"(12).

De acuerdo a las estadísticas del Alan Guttmacher Institute, en Estados Unidos., la proporción de adolescentes que informan haber tenido solamente un compañero sexual disminuyó de 62 % al 39 % de 1971 a 1988. En 1997, un informe de Braun R.T., escrito para "Clínicas Pediátricas de Norteamérica", cita dos estudios realizados en Estados Unidos, uno de 1984 y otro de 1993, indicando que los adolescentes participan en otros tipos de conductas sexuales como el sexo oral. Otra investigación reciente realizada en 1996, mostró que muchas estudiantes de secundaria, que aún eran vírgenes, participaban en actos de masturbación heterosexual y en sexo oral (22).

La teoría psicoanalítica sostiene que la adolescencia es normalmente un período de "tormenta", marcado por un deseo de independencia y una búsqueda de la identidad y la madurez sexual (24,25).

Se ha comprobado que muchas de las características del desarrollo del adolescente están mucho más relacionadas con la etapa de desarrollo puberal o "Índice de Madurez Sexual" (IMS) que con la edad cronológica (22).

2.8. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

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

a- Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la

sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial (8).

- b- Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- c- Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados (9).
- d- Sociedad Alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico (22).

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- Estratos medio y alto la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
- Estratos más bajos donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo (26).

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la

prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse (22).

A. FACTORES PREDISPONENTES

1. Menarca Temprana Otorga madurez reproductiva Cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención (11).
3. Familia Disfuncional: Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres - hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor (16).
4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola
5. Bajo Nivel Educativo: Con desinterés genera, cuando hay un proyecto de vida (luz prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales. adopte una prevención efectiva del embarazo (22).
6. Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean (14).

8. Fantasías de Esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles (12).
9. Falta o Distorsión de la Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como solo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus Padres: Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas (16).
11. Aumento en número de adolescentes: Alcanzando el 50% de la población femenina.
12. Factores socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
13. Menor temor a enfermedades venéreas (22)

B. FACTORES DETERMINANTES

1. Relaciones Sin anticoncepción
2. Abuso Sexual
3. Violación (22)

2.9. FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN LAS ADOLESCENTES

El 91 % de todas las adolescentes en el Perú no usa métodos anticonceptivos, a pesar que 98% de ellas los conoce. En el caso de las adolescentes unidas, el 51,6 % usa algún método (40,1 % usa métodos modernos) y entre las no unidas -pero sexualmente activas- 71,6% los

usan, aunque tan sólo 26,6 % usan métodos modernos. Es preocupante que más de 40% de las que usan el método del ritmo no conocen adecuadamente el período fértil y que entre las adolescentes unidas, el 31 % no desea tener hijos (27). De las adolescentes unidas, 22,9% nunca discutió sobre planificación familiar con su pareja. 59 % la discutió sólo una o dos veces, y tan sólo el 16,7 % lo hizo con mayor frecuencia (22).

La mediana del intervalo entre nacimientos en las adolescentes es 24,7 meses, mientras que en las mujeres de 20 a 29 años es 31 meses, y en las de 30 a 39 años 41,4.

Las adolescentes peruanas exhiben aún una alta tasa de fecundidad, que es mayor en las jóvenes de los estratos sociales más desprotegidos de las áreas rurales y urbano marginales.

EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Si la propia adolescente y su entorno inmediato, siguiendo sus patrones culturales, aceptan el embarazo como algo normal, e incluso deseable, no habría por qué considerarlo un problema. Puede argumentarse que desde el punto de vista cualitativo, un embarazo no deseado en una adolescente representa algo distinto y más grave que en una mujer de edad adulta (16).

De lo que hemos revisado, podemos decir que en el Perú existe una proporción importante de jóvenes que inician precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, lo que resulta en una alta proporción de embarazos no deseados, así como en un mayor riesgo de contraer ITS/VIH/sida.

El Programa Materno perinatal del Ministerio de Salud informó que, del total de gestantes, 23 % corresponde a adolescentes entre 15 y 19 años. En tanto, ENDES 2013 encontró que 13.9% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya es madre (11%) o está gestando por primera vez (2 %). (12)

Singh comunica que en el Perú, 57% de mujeres casadas y solteras de 15

a 19 años tiene embarazos no planeados o no deseados.

En 1993, UNICEF informo que 60% de los embarazos en niñas de 12 a 14 años tiene su origen en el incesto o en la violación, constituyéndose en una manifestación extrema del abuso sexual. De otro lado, Pathfinder señala que en un focus group, en 1998, 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de violación, la mayor parte en el ambiente intrafamiliar(14).

Se debe tener en cuenta que los embarazos no planeados en la adolescencia ocurren por falta de información sobre métodos anticonceptivos.

- Relaciones sexuales sin protección.
- Falla anticonceptiva.
- Uso incorrecto de métodos anticonceptivos, a veces debido a intoxicación por alcohol o drogas.
- Violación (15)

No tenemos información exacta de cómo ha evolucionado la frecuencia de embarazos en adolescentes a nivel nacional; sin embargo, estamos informados de las cifras de la DISA Piura, en donde los registros de embarazadas de 15 a 19 años ha crecido en 20 a 22% entre los años 2001 y 2002; en tanto que, en ese mismo período, el registro de embarazadas de 10 a 14 años creció en un 60,2%, cifra realmente alarmante (27).

2.10. INCIDENCIA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80 (15)

Canadá, España, Francia. Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19

años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996 (15).

La proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento (16).

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosa, laica, laica de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan (15,16).

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares (17).

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real (12).

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera

al embarazo en la adolescente como un "problema" ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas (13).

Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes (16)

Del 2008 al 2013 el aumento de partos en madres adolescentes fue notorio, coincidiendo con un retroceso en el reconocimiento de los derechos reproductivos y sexuales en políticas y programas.

LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado (16).

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares (20).

Es habitual que responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron (17).

También, en su historia se encuentran figuras masculinas cambiantes; que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto incluso con el mismo padre biológico (18).

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual" en la mayoría de los casos por su padre biológico (25).

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias (27).

2.11. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente (9).

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre (9).

En la adolescencia temprana con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Sino, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja

aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos (9,16).

En la adolescencia media entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo. (9,16).

Luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes (17).

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida (14).

2.12. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES

Siempre se ha afirmado que el embarazo en adolescentes es de "alto riesgo". Kurz sostiene que las complicaciones del embarazo y del parto son más frecuentes en ellas. En una publicación nuestra., decíamos que,

desafortunadamente, las mujeres son fértiles varios años antes de la edad considerada como la más apropiada para el embarazo y el parto. En esa publicación encontramos las siguientes patologías en las adolescentes que dieron a luz en el Hospital María Auxiliadora: anemia, 30%; preeclampsia, 7.5%; eclampsia, 1,33%; desproporción cefalopélvica, 3,67%; patología neonatal, 25,44%; y mortalidad perinatal, 31,7%, frecuencias que fueron más altas en las adolescentes menores de 15 años (12).

La única variable que tiene un riesgo significativamente mayor en las adolescentes es la eclampsia. Sin embargo, es necesario considerar que el embarazo en adolescentes no sólo va acompañado de complicaciones, sino que cuando empieza a muy temprana edad, convierte a las jóvenes rápidamente en multíparas, con los consiguientes riesgos que esto conlleva; y, de otro lado, representa un serio problema social (16).

En cuanto a la muerte materna en adolescentes. No conocemos exactamente cuál es la proporción actual de muertes maternas en adolescentes, planteamos la hipótesis que van en aumento. Hacemos este planteamiento por cuanto las estadísticas de la DISA Piura revelan que la razón de muerte materna en adolescentes para el año 2000 fue 185 por 100 000 NV ; y para el año 2002 se elevó a 251,3. Si esta tendencia se mantiene para todo el país, estamos viviendo una verdadera catástrofe en cuanto a resultados de la atención materna, lo cual evidencia el fracaso de la atención de la salud reproductiva en las adolescentes (27).

Un estudio de casos y controles realizado (mayo-octubre 2004) en el hospital Sergio E. Bernal, sobre Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes realizado se concluyó: "Solamente ITU y GEG fueron más frecuentes en adolescentes. La complicación materno perinatal es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 16 años). En las adolescentes tardías, parecen ser mucho más relevantes y de mayor impacto diversos factores de tipo psicológico y social (18).

2.13. MORBILIDAD OBSTETRICA EN LAS ADOLESCENTES

En Chile, se informo que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 v 14 años que necesito internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacionales un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63.1% de los egresos (6). La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones fetopélvicas. Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN < 2,500 g alcanzó al 15% en ellas, siendo 5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal (7).

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como ser: infecciones urinarias, preeclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo <15 años). Los RCIU y PEG llegan a los 15-18%, superiores a las mujeres adultas. No se ha confirmado la mayor frecuencia de malformados en embarazadas adolescentes (8).

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y desestructuración familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquiera de sus formas, lleva la perdida de la autoestima a limites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo) (5).

2.14. CONDICIONANTES DE LA MORIBIMORTALIDAD MATERNA EN LAS ADOLESCENTES DEL PERÚ

El Perú es un extenso país que cuenta con 27 148 101 habitantes, de los

cuales 13 653 636 son varones y13 494 465 mujeres. En las áreas urbanas viven 19 638 160 personas y en las áreas rurales 7 509 941.

En el país viven actualmente 7 068 567 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años), que representa el 26% del total de la población, pero si consideramos las niñas de 10 a 14 años (1 450 292) que también pueden embarazarse, suman un total de 8 518 859 (9).

De otro lado, el número de mujeres adolescentes de 10 a 19 años (2 801 993) representa el 10,32%del total de la población, que si le sumamos la proporción de varones adolescentes (2 884 176), obtendremos que 21% del total de la población peruana está constituida por este grupo etario. Los adolescentes y las adolescentes peruanos suman cerca de 6 millones de los cuales 10,4% vive en condiciones de pobreza extrema y desnutrición son parte de los 103 millones que viven en América Latina (27).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

- **DAJHANA CAROLINA SERRANO GONZÁLEZ “EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL “DR. RAÚL LEONI OTERO”. SAN FELIX. EDO. BOLÍVAR 2003– 2007. (27). Universidad de Oriente. Venezuela.**

Se registraron 28.060 partos de los cuales 1856 (33,2 %) correspondían a Embarazadas Adolescentes. El intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, registrándose 432 casos (77,6%). El nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (99,6 %). Según el estado civil 502 (90,1%) de las adolescentes estudiadas eran solteras y 411 eran procedentes de zonas urbanas. Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes se evidenció que la edad promedio de menarquia fue a los 12 años, 407 (73,1%) se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16años de edad, 544 (97,7%) eran primigestas, 410 (73,6%) habían tenido relaciones

sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo; Así mismo 488 (87,6%) no se habían realizado citología y 491 (88,2%) no usaron métodos anticonceptivos. Se encontró que 398 (71,5%) no se controlaron adecuadamente el embarazo. La vía de resolución del embarazo en 444 (79,7%) de los casos fue el parto y al analizar el tipo de Parto realizado encontramos que 390 (87,8%) correspondieron a partos eutócicos. Entre las complicaciones médicas más frecuentes en los 557 casos estudiados se encontró que 110 (19,8%) presentaron infección urinaria, siendo la patología más frecuente entre las complicaciones. En nuestra investigación 5,2% presentaron desgarros como principal complicación en el puerperio inmediato. Siendo la complicación más frecuente en los recién nacidos la prematurez con 23 casos (4,1%).

- **MURILLO BARRETO ELDER RUSSBEL. MACÍAS SOLÍS CRISTHIAN JAVIER. “Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de gineco-obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera de enero a septiembre del 2010”. (19). Universidad Técnica de Manabí . Ecuador.**

Como principales resultados se encontró que las adolescentes embarazadas constituyen el 20%, del total de embarazos atendidos en este establecimiento sobretodo a edades entre 17-19 años de edad, la mayor parte provenientes de zonas urbano-marginales de Portoviejo, la mayoría cumple las labores del hogar evidenciando la tendencia de la cultura ecuatoriana a vivir en estado de unión libre y la mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, el analfabetismo represento solo el 1% y la mayor parte cursaban la secundaria lo que pone manifiesto las deficiencias en la enseñanza sobre educación sexual en los colegios y escuelas de nuestra provincia, el 93% de las adolescentes nunca utilizaron métodos anticonceptivos.

Así mismo se observó, baja frecuencia de controles prenatales entre 5-8 consultas, pese al riesgo que el embarazo adolescente conlleva, el 21% de

las adolescentes ya tenían gestas anteriores, en cuanto al embarazo actual la mayor parte finalizó en parto eutócico a edad gestacional adecuada que represento el 62%, el 31% por operación cesárea, de las cuales sus principales causas fueron la Desproporción céfalo-pélvica, la cesárea anterior, esto pone de manifiesto el poco desarrollo de los huesos y del canal del parto en las adolescentes, causa por lo cual se recurre a operación cesárea para disminuir el riesgo del binomio (madre e hijo).Existieron pocas complicaciones materno-fetales, entre las principales estaban las infecciones de vías urinarias, la anemia, el porcentaje de abortos fue del 4%, y los trastornos hipertensivos con el 6%, no se registraron muertes neonatales ni maternas durante el periodo de estudio.

- **DRS. ANGÉLICA DÍAZ, PABLO SANHUEZA R, SRA. NICOLE YAKSIC B.* RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS (4). Departamento y Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Salvador, Universidad de Chile. REV CHIL OBSTET GINECOL 2002; 67(6): 481-487**

Se presenta un estudio retrospectivo y comparativo, a través de una muestra obtenida en forma aleatoria, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador, en comparación con un grupo control obtenido en el mismo Servicio y período de estudio.

Del grupo de adolescentes estudiadas, se encontró que la gran mayoría de ellas tenían entre 16 y 19 años de edad, con un promedio de 18,6 años, constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9,49% del total del grupo de estudio. Cabe destacar, que la menor edad encontrada fue de 13 años. La presencia de anemia en las embarazadas adolescentes fue de un 49,36%, porcentaje muy similar al obtenido en el grupo control, el cual fue

de un 43,67% ($p= 0,31$). Las infecciones del tracto urinario estuvieron presentes en el 13,29% de las embarazadas adolescentes, porcentaje que fue cercano al doble de lo presentado en el grupo control, donde la infección urinaria alcanzó un 6,96%. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p 0,062$).

No se encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control tanto para el síndrome hipertensivo del embarazo (10,75% en ambos grupos), como para la diabetes gestacional, presentándose esta última en el 1,26% de las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2,53%). El porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con una rotura prematura de membranas fue de 14,55%, de las cuales un 8,7% estuvo asociado a parto prematuro. En cambio, la presencia de rotura prematura de membranas en el grupo control fue de 20,25% de las cuales un 9,4% se asoció a parto prematuro ($p= 1,78$).

NACIONALES

- **GUILLERMO MATOS PEÑA: “Estudio del Embarazo en Adolescentes de Talara” Enero 1997- Diciembre 2000. HospitaEssalud II Talara.(17)Universidad Peruana Los Andes.**

Se realizó un estudio retrospectivo con el propósito de estudiar el embarazo de adolescentes en Talara (Perú). Este estudio fue hecho en el Hospital Essalud II de Talara entre enero de 1997 a diciembre del 2000. 11 % de todos los partos fueron madres adolescentes (137/1759), Con una edad promedio de 16.5 años, 75% no usaron ningún método anticonceptivo, 34% tuvieron parto por cesárea y 15% presentaron parto prematuro. 63% de las adolescentes tuvieron estudios escolares incompletos. Concluye que es importante ayudar a las adolescentes embarazadas, para prepararlas para el parto, cuidados del infante, etc.

Sugiere ampliar estos estudios, para promover más atención a este importante problema de salud materno infantil.

- **CLAUDIA URBINA, JOSÉ PACHECO. “EMBARAZO EN ADOLESCENTES”. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Red Asistencial Rebagliati, EsSalud. Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(1):118-123. (28)**

OBJETIVO: Analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo, descriptivo. **LUGAR:** Hospital Nacional Rebagliati Martins, EsSalud, Hospital docente. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se analiza todos los partos en adolescentes atendidos durante el período enero 2000 a diciembre 2004. **RESULTADOS:** Hubo un total de 443 partos en adolescentes, con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas (72) con 17 años menos y 83,7% (371) entre 18 y 19 años. Para 81,3%, era su primer embarazo; el parto pre término ocurrió en 17,1%; la tasa de cesárea fue 41,5%; 84,4% de los recién nacidos pesaron entre 2 500 y 3 999 g y 12% menos de 2500 g. **CONCLUSIONES:** Hubo más partos pre término y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo .El parto vía vaginal fue más frecuente en la adolescente, pero la incidencia de cesáreas aumentó en la adolescente de 17 años o menos en comparación a la de 18 y 19 años

LOCALES

- **CONDO CHACNAMA MARIA PILAR.- “Estudio de complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes hospitalizadas en el servicio de obstetricia del hospital Goyeneche 2010”(3).Facultad de Medicina UNSA Arequipa 2011.** Se obtuvo como resultados una incidencia de 16,17 gestantes adolescentes por cada 100 atenciones de gestantes, de las cuales el 13,03% se atendió en ginecología por

presentación de aborto, 86,97% consulto a obstetricia por atención de parto. Las características de las adolescentes gestantes fueron su estado civil conviviente (64,55%), de instrucción secundaria (83,33%), procedentes en su mayor parte de Arequipa (94,55%) y de ocupación ama de casa (69,70%). Las principales complicaciones maternas fueron el aborto en 83% de pacientes que fueron atendidas en Ginecología, mientras que las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron la Enfermedad hipertensiva del embarazo (8,77%) y la RPM (8,01%). Las complicaciones del parto fueron trabajo de parto prolongado (18,00%), distocias funiculares (9,00%) y el periodo expulsivo prolongado (6,16%) con producción de desgarros perineales (5,21%). Las complicaciones del puerperio de las adolescentes en estudio fueron la hemorragia del alumbramiento (3,14%) y la infección puerperal (2,79%).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia de embarazadas adolescentes que acuden al servicio de obstetricia del Centro Universitario de Salud Pedro P Díaz-UNSA y sus factores de riesgo obstétrico.

4.2. Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de embarazo en adolescentes en el Centro Universitario de Salud Pedro P Díaz UNSA.
2. Determinar la frecuencia de los factores de riesgo obstétrico en embarazadas adolescentes en el Centro Universitario de Salud Pedro P Díaz UNSA.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL:

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS:

Observación Documental.

1.2. INSTRUMENTOS:

Instrumento documental: ficha de recolección de datos

VARIABLES DE CARACTERIZACION	INDICADORES	CATEGORIA/UNIDAD	INSTRUMENTO DOCUMENTAL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	- Edad	- Años	- Ficha de recolección de datos.
FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO	- Grado de Instrucción	- Analfabeta, Primaria, Secundaria, Superior	- Ficha de recolección de datos
	- Estado nutricional:	- Desnutrido, normal, sobrepeso/obesidad	- Ficha de recolección de datos.
	- Inadecuado número de controles prenatales - Enfermedad hipertensiva del embarazo. - Diabetes gestacional - ITU - Embarazo múltiple - Hemorragias obstétricas. - SFA. - RPM - Anemia		- Ficha de recolección de datos - Ficha de recolección de datos - Ficha de recolección de datos. - Ficha de recolección de datos. - Ficha de recolección de datos. - Ficha de recolección de datos. - Ficha de recolección de datos. - Ficha de recolección de datos. - Ficha de recolección de datos.

1.3. Materiales:

- Material de escritorio
- Computadora personal
- Programas estadísticos, de procesamiento de texto y bases de datos

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial: Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz-UNSA

2.2. Ubicación temporal: La investigación corresponde al año 2013. Asimismo asume una investigación retrospectiva.

2.3. Unidades de estudio:

Historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia.

2.3.1. Población y muestra

La población de estudio serán TODAS las historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes menores de 20 años que se realizaron controles prenatales y atención de parto en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz –UNSA -2013. No se considerará un tamaño muestral ya que se tomará a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

2.3.2. Criterios para igualar la muestra

Criterios de Inclusión

Constituida por las pacientes adolescentes menores de 20 años, las que se realizaron controles prenatales y atención de parto en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz –UNSA –durante el 2013.

Criterios de Exclusión

1. Paciente cuya información solicitada se encuentre incompleta en la historia clínica

Muestra: La muestra final quedó conformada por 334 adolescentes embarazadas, que cumplieron los criterios solicitados en la investigación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

- a. Autorización del Director para llevar a cabo el trabajo de investigación en el Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz de la UNSA
- b. Una vez concedida la autorización para la realización del trabajo de investigación, procederé a seleccionar a los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad.

3.2. Recursos:

3.2.1. Recursos Humanos.

- Investigador: Vanessa Juárez Crivillero, que asumirá el rol instrumentador exclusivo.
- Asesor:

3.2.2. Recursos Físicos:

Representados por las instalaciones del Centro Universitario de Salud Pedro P. Díaz de la UNSA

3.2.3. Recursos Económicos:

El presupuesto para la recolección será propio del investigador.

3.2.4. Recursos Institucionales:

La investigación contara con el apoyo del Centro Universitario de Salud Pedro P Díaz –UNSA (por el proceso de recolección de datos).

3.3. Criterios o Estrategias para el manejo de los resultados

3.3.1. A nivel de sistematización:

- a. Tipo de procesamiento: manual. Programa estadístico SPSS.
- b. Plan de Clasificación: una vez obtenida la información por medio de la aplicación de las fichas clínicas, se elaborara una base de datos.
- c. Plan de recuento: el recuento será básicamente manual.
- d. Plan de análisis: el análisis se realizara tomando en cuenta los valores más significativos de cada cuadro para lograr la verificación de la hipótesis. Se empleará estadística descriptiva con determinación de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas; las variables numéricas se presentarán como valores de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar).

- e. Presentación: gráficos, cálculos estadísticos que se integraran al cuerpo de la investigación, acompañados de comentarios específicos.

3.3.2. A nivel de estudio de datos:

a. Metodología de la interpretación:

- Jerarquización de los datos.
- Comparación de los datos entre sí para establecer una avocación causal.
- Apreciación crítica.

b. Modalidad previsible:

Se empleara una interpretación subsiguiente a cada cuadro y una discusión global de datos al finalizar el análisis de resultados.

c. Operaciones para la interpretación:

Se utilizara la relación.

d. Niveles probables de interpretación:

Se usara nivel relacional.

e. A nivel de conclusiones:

De los resultados obtenidos concluir las principales características de riesgo obstétrico en embarazadas adolescentes.

f. A nivel de recomendaciones:

Sería recomendable promover la creación de programas donde se concentren en enseñarles a las adolescentes sobre sexualidad, al igual que explicarles de forma detallada sobre métodos anticonceptivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el riesgo sobre maternidad en la adolescencia.

IV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2013 – 2014						
	Octubre- Noviembre	Diciemb re-Enero	Febrero- abril	Mayo- junio	Julio- agosto	Setiembre -octubre	Noviem bre
Tema y revisión bibliográfica	x						
Elaboración del plan de investigación		x	x				
Recolección de datos				x			
Procesamiento de datos					x	x	
Elaboración del Informe final							x



ANEXO N° 2

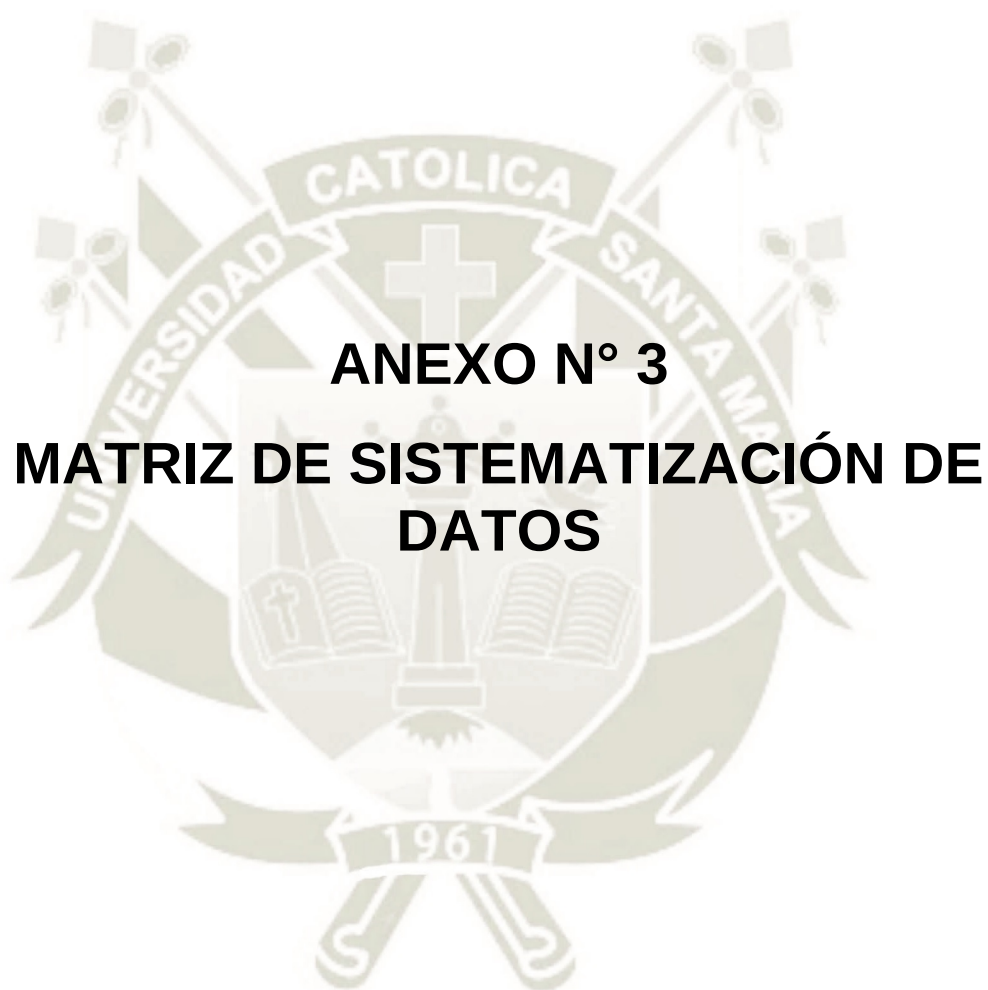
INSTRUMENTO

“Frecuencia de Características en Embarazadas Adolescentes”.

Nº Historia Clínica

Edad:

Grado de Instrucción	() () () () () () ()	Analfabeta Primaria Completa Incompleta Secundaria Completa Incompleta Superior Completa Incompleta
Estado Civil	() () () ()	Soltera Conviviente Casada Otros
Antecedentes de Aborto	() ()	Si No
Antecedente de Cesárea	() ()	Si No
Estado Nutricional	() () ()	Desnutrida Normal Sobrepeso/Obesa
Bajo Número de Controles Prenatales(Menor o mayor de 4)	() ()	Si (más de 4 CPN) No(Menos de 4 CPN)
Infecciones Maternas Especificar cual o cuales.....	() ()	Si No
Anemia ferropenica	() ()	Si No
Enfermedad hipertensiva del Embarazo	() ()	Si No
Diabetes Gestacional	() ()	Si No
Vía de culminación del embarazo	() () ()	Vaginal Cesárea Instrumentado(fórceps bajo)
Complicaciones del parto Cuales?.....	() ()	Si No



	Edad (años)			Grado de instrucción						Estado Civil			Ant Aborto		Ant. Cesár		Estado Nutricional			Bajo N° Controles		Inf. Maternas		Anemia		Enf Hip Emb		Diab Gesta		Via Culm Emb			Complic parto		
	10 a 13	14 a 16	17 a 19	Anal	Pri I	Pri C	Sec I	Sec C	Sup I	Solt	Conv	Casa	Si	No	Si	No	Desn	Norm	Sob/Ob	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Vaginal	Cesareá	Instrum	Si	No	
1			1				1				1			1				1	1		1			1			1	1					1		
2		1				1				1				1				1	1				1			1	1			1	1			1	
3			1					1			1			1				1	1		1			1			1	1			1	1			1
4			1					1			1			1				1	1		1			1			1	1			1	1			1
5			1						1			1	1					1	1		1			1			1	1			1	1			1
6			1				1				1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
7		1				1				1				1				1			1			1			1	1			1	1			1
8			1					1			1			1				1			1			1			1	1			1	1			1
9			1				1				1			1				1			1			1			1	1			1	1			1
10			1					1		1				1				1	1		1			1			1	1			1	1			1
11			1				1				1			1				1	1		1			1			1	1			1	1			1
12			1					1			1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
13			1						1			1	1				1			1			1			1	1			1	1			1	
14		1				1				1				1				1			1			1			1	1			1	1			1
15		1			1						1			1				1			1			1			1	1			1	1			1
16			1					1			1			1				1			1			1			1	1			1	1			1
17		1				1				1				1				1			1			1			1	1			1	1			1
18		1					1			1				1			1			1			1			1	1			1	1		1		1
19			1					1			1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
20			1				1				1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
21			1				1			1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
22			1						1		1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
23			1					1			1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
24			1				1					1	1				1			1			1			1	1			1	1			1	
25			1					1		1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
26			1				1				1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
27		1				1					1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
28			1					1		1				1				1		1			1			1	1			1	1			1	
29			1				1			1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
30			1						1		1			1			1			1			1			1	1			1	1		1		1
31			1					1				1	1				1			1			1			1	1			1	1			1	
32		1				1				1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
33		1			1					1				1				1			1			1			1	1			1	1			1
34		1				1				1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
35			1					1			1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
36			1						1		1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
37			1				1			1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
38			1				1			1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
39			1					1			1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
40		1				1					1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
41		1			1						1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
42			1					1			1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
43			1				1				1			1				1		1			1			1	1			1	1			1	
44		1			1					1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
45		1				1				1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
46			1				1				1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
47			1						1			1	1				1			1			1			1	1			1	1			1	
48			1					1		1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
49			1				1			1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
50		1				1				1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
51			1				1			1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
52		1			1					1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
53			1					1		1				1				1		1			1			1	1			1	1			1	
54		1				1					1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
55			1				1				1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
56			1						1		1			1			1			1			1			1	1			1	1			1	
57			1				1			1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
58			1					1		1				1			1			1			1			1	1			1	1			1	
59			1				1				1		1				1			1			1			1	1			1	1			1	
60			1					1			1		1				1			1			1			1	1			1	1		1		1
61			1				1				1			1			1			1			1			1	1			1	1		1		1

[illegible]

127			1				1			1			1			1			1	1			1		1			1
128		1			1				1			1				1			1		1		1		1			1
129		1				1			1		1					1			1		1		1		1			1
130		1			1			1			1				1		1		1		1		1		1			1
131		1			1			1			1				1			1		1		1		1			1	
132		1			1			1		1					1		1		1		1		1		1			1
133			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
134		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
135			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1			1
136			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
137			1			1			1		1				1			1		1		1		1		1		1
138			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
139			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
140		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
141			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
142			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
143			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
144		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
145			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
146		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
147		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
148		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
149		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
150			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
151			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
152			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
153			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
154			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
155			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
156			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
157		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
158			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
159		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
160			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
161			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
162			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
163			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
164		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
165			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
166		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
167		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
168		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
169		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
170			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
171			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
172		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
173			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
174			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
175			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
176		1				1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
177			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
178			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
179			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
180			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
181		1			1			1			1				1			1		1		1		1		1		1
182			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
183			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
184			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
185			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
186			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
187			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
188			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
189			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
190			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1
191			1			1			1			1			1			1		1		1		1		1		1

257		1			1		1				1				1			1	1	1		1	1			1			
258			1			1		1			1					1	1		1	1		1				1			
259			1			1			1							1			1	1		1				1			
260		1			1				1							1			1	1		1				1			
261			1			1			1							1			1	1		1				1			
262			1			1			1							1			1	1		1				1			
263			1				1									1			1	1		1				1			
264			1			1			1							1			1	1		1				1			
265			1			1			1							1			1	1		1				1			
266		1			1				1							1			1	1		1				1			1
267			1			1			1							1			1	1		1				1			1
268			1			1			1							1			1	1		1				1			1
269			1			1			1							1	1		1	1		1				1			1
270			1			1			1							1			1	1		1				1			1
271			1				1		1							1			1	1		1				1			1
272			1			1			1							1			1	1		1				1			1
273			1			1			1							1			1	1		1				1			1
274			1			1			1							1			1	1		1				1			1
275			1			1			1							1			1	1		1				1			1
276		1			1				1							1			1	1		1				1			1
277		1			1				1							1			1	1		1				1			1
278		1			1				1							1			1	1		1				1			1
279			1			1			1							1			1	1		1				1			1
280			1			1			1							1	1		1	1		1				1			1
281			1				1			1						1			1	1		1				1			1
282			1			1			1							1			1	1		1				1			1
283		1			1				1							1			1	1		1				1			1
284			1			1			1							1			1	1		1				1			1
285			1			1			1							1			1	1		1				1			1
286		1			1				1							1			1	1		1				1			1
287			1			1			1							1			1	1		1				1			1
288			1			1			1							1			1	1		1				1			1
289			1			1			1							1			1	1		1				1			1
290			1				1		1							1			1	1		1				1			1
291			1			1			1							1			1	1		1				1			1
292			1			1			1							1			1	1		1				1			1
293		1			1				1							1			1	1		1				1			1
294			1			1			1							1			1	1		1				1			1
295			1			1			1							1			1	1		1				1			1
296		1			1				1							1			1	1		1				1			1
297		1			1				1							1			1	1		1				1			1
298			1			1			1							1			1	1		1				1			1
299		1			1				1							1	1		1	1		1				1			1
300		1			1				1							1			1	1		1				1			1
301			1			1			1							1			1	1		1				1			1
302			1			1				1	1					1			1	1		1				1			1
303			1				1		1							1			1	1		1				1			1
304			1			1			1							1			1	1		1				1			1
305			1			1			1							1			1	1		1				1			1
306		1			1				1							1			1	1		1				1			1
307		1			1				1							1			1	1		1				1			1
308		1			1				1							1	1		1	1		1				1			1
309			1			1			1							1			1	1		1				1			1
310			1			1			1							1			1	1		1				1			1
311			1			1			1							1			1	1		1				1			1
312			1			1			1							1			1	1		1				1			1
313		1			1				1							1			1	1		1				1			1
314			1			1			1							1			1	1		1				1			1
315			1			1			1							1			1	1		1				1			1
316			1			1			1							1			1	1		1				1			1
317			1				1		1							1	1		1	1		1				1			1
318			1			1			1							1			1	1		1				1			1
319			1			1			1							1			1	1		1				1			1
320		1			1				1							1			1	1		1				1			1
321			1			1			1							1			1	1		1				1			1

322			1				1			1				1			1		1	1		1		1				1			1			1
323			1				1			1				1			1	1		1	1		1			1			1			1		1
324		1				1				1				1			1		1	1		1			1		1	1				1		1
325			1				1			1				1			1	1	1		1			1		1	1					1		1
326			1					1				1	1			1			1		1			1		1	1					1		1
327		1		1					1			1			1			1	1	1	1			1		1	1					1		1
328			1		1					1				1			1			1	1			1		1	1					1		1
329		1				1				1				1			1		1	1	1			1		1	1					1		1
330			1				1			1				1			1		1		1		1		1		1	1				1		
331			1						1					1			1	1	1	1	1			1		1	1					1		
332			1					1		1				1			1		1	1	1		1		1		1	1				1		
333		1				1				1				1			1		1		1		1		1		1			1		1		
334			1				1			1				1			1		1		1		1		1		1			1		1		
	0	76	258	3	46	52	126	74	33	203	108	23	72	262	0	0	150	156	28	69	265	227	107	239	95	33	301	2	332	229	103	2	117	217