

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

INCIDENCIA Y RESULTADOS MATERNO PERINATALES ASOCIADOS
AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2011 A 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Geovana Nieves Arteaga Quispe

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**INCIDENCIA Y RESULTADOS MATERNO PERINATALES ASOCIADOS
AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2011 A 2015**

TESIS

Presentada por:

BACH. GEOVANA NIEVES ARTEAGA QUISPE

Para optar el Título Profesional de

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por... *Unanimidad Buena* ante el siguiente jurado

.....
Dra. Iris Paredes Gonzáles
Presidente

Edith Godoy
.....
Mgr. Edith Godoy Gonzáles
Secretaria

Luis Choque Mamani
.....
Dr. Luis Choque Mamani
Miembro

DEDICATORIA

A mi madre que cuida y guía
mi camino.

A mis hermanos que me
apoyaron en los años de
estudio.

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores, por haberme transmitido sus conocimientos y darme siempre lo mejor de ellos.

A mi familia, por el apoyo incondicional brindado a lo largo de mi vida; en especial a mi madre, que siempre está conmigo.

CONTENIDO

| | |
|------------------------|------|
| DEDICATORIA..... | II |
| AGRADECIMIENTOS..... | III |
| CONTENIDO..... | IV |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | V |
| ÍNDICE DE GRÁFICO..... | VI |
| ÍNDICE DE ANEXOS..... | VII |
| RESUMEN..... | VIII |
| ABSTRACT..... | IX |
| INTRODUCCIÓN..... | 01 |

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1.1 Descripción del problema..... | 03 |
| 1.2 Formulación del problema..... | 04 |
| 1.3 Objetivos..... | 04 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 04 |
| 1.3.2. Objetivos específicos..... | 05 |

| | |
|--|----|
| 1.4 Hipótesis..... | 05 |
| 1.5 Justificación de la investigación..... | 07 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1. Antecedentes de la investigación..... | 08 |
| 2.2. Fundamento teórico..... | 30 |
| 2.3. Marco conceptual..... | 42 |

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

| | |
|--|----|
| 3.1. Tipo de investigación..... | 45 |
| 3.2. Diseño de investigación | 45 |
| 3.3. Identificación de variables..... | 45 |
| 3.4. Población y muestra..... | 45 |
| 3.4.1. Población de estudio..... | 45 |
| 3.4.2. Muestra..... | 46 |
| 3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión..... | 46 |

| | |
|---|----|
| 3.5. Variables..... | 47 |
| 3.6. Operacionalización de variables..... | 48 |
| 3.7. Método, técnica e instrumento..... | 50 |
| 3.8 Procedimiento y análisis..... | 50 |

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 4.1. Incidencia de embarazo en adolescente..... | 52 |
| 4.2. Resultados materno perinatales asociados al embarazo en adolescentes..... | 54 |

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN

| | |
|---------------------------------|----|
| DISCUSIÓN..... | 75 |
| CONCLUSIONES..... | 78 |
| RECOMENDACIONES..... | 79 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 80 |
| ANEXOS..... | 86 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabla 1.- | Incidencia de partos en adolescentes del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2011 a 2015..... | 52 |
| Tabla 2.- | Distribución de frecuencia según edad de las adolescentes embarazadas del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 54 |
| Tabla 3.- | Estado civil según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 56 |
| Tabla 4.- | Grado de instrucción según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 58 |
| Tabla 5.- | Paridad según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 59 |
| Tabla 6.- | Control prenatal según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 61 |
| Tabla 7.- | Terminación del parto según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 63 |

| | | |
|------------|---|----|
| Tabla 8.- | Edad gestacional según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 65 |
| Tabla 9.- | Peso al nacer según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 67 |
| Tabla 10.- | Peso por edad gestacional según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 69 |
| Tabla 11.- | Apgar al minuto según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 71 |
| Tabla 12.- | Morbilidad neonatal según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 72 |
| Tabla 13.- | Morbilidad materna según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 73 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | | |
|-------------|---|----|
| Gráfico 1.- | Incidencia de partos en adolescentes del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2011 a 2015..... | 53 |
| Gráfico 2.- | Distribución de frecuencia según edad de las adolescentes embarazadas del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 55 |
| Gráfico 3.- | Estado civil según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 57 |
| Gráfico 4.- | Paridad según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 60 |
| Gráfico 5.- | Control prenatal según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015. | 62 |
| Gráfico 6.- | Terminación del parto según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 64 |
| Gráfico 7.- | Edad gestacional según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 66 |

| | | |
|-------------|---|----|
| Gráfico 8.- | Peso al nacer según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 68 |
| Gráfico 9.- | Peso por edad gestacional según casos controles hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2011 a 2015..... | 70 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | | |
|----------|---|----|
| Anexo 1: | Historia clínica materno perinatal..... | 87 |
| Anexo 2: | Matriz de consistencia..... | 89 |

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la incidencia y los resultados maternos perinatales asociados al embarazo en adolescente del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2011 a 2015. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se comparó todas las gestantes adolescentes de 10 a 19 años con todas las gestantes de 20 a 34 años. **RESULTADOS:** La incidencia de embarazo en adolescentes fue 15,29%, los resultados asociados al embarazo en adolescentes fueron: estudio secundario (OR=2,66), primiparidad (OR=12,37), CPN inadecuado (OR=1,15), terminación de parto espontánea (OR=1,24), anemia (OR=1,22) e ITU (OR=1,35), RN con peso adecuado (OR=1,47), pequeño para la edad gestacional (OR=1,41), adecuado para la edad gestacional (OR=1,51), Apgar al minuto de 7 a 10 (OR=1,03) e infección neonatal (OR=1,31). **CONCLUSIONES:** La incidencia de embarazo adolescente en el hospital Hipólito Unanue de Tacna fue baja. Los resultados maternos y perinatales desfavorables fueron: CPN inadecuado, anemia e ITU en el embarazo, RN pequeño para la edad gestacional e infección neonatal. **PALABRA CLAVE:** Embarazo en adolescentes, morbilidad materna, morbilidad neonatal, resultados maternos y perinatales.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the incidence and perinatal maternal outcomes associated with adolescent pregnancy at the Hipolito Unanue hospital in Tacna during the period 2011 to 2015. **MATERIAL AND METHODS:** Quantitative, observational, retrospective and cross-sectional study. All pregnant women aged 10 to 19 years were compared to all pregnant women aged 20 to 34 years. **RESULTS:** The incidence of pregnancy in adolescents was 15,29%, the results associated with pregnancy in adolescents were: secondary study (OR=2,66), primiparity (OR=12,37), inadequate CPN (OR=1,15), termination of spontaneous delivery (OR=1,24), anemia (OR=1,22) and ITU (OR=1,35), RN with adequate weight (OR=1,47), small for gestational age (OR=1,41), suitable for gestational age (OR=1,51), Apgar at minute 7 to 10 (OR=1,03) and neonatal infection (OR=1,31). **CONCLUSIONS:** The incidence of adolescent pregnancy in the Hipolito Unanue hospital in Tacna was low. The unfavorable maternal and perinatal outcomes were: inadequate CPN, anemia and ITU in pregnancy, small RN for gestational age and neonatal infection.

KEY WORDS: Pregnancy in adolescents, maternal morbidity, neonatal morbidity, maternal and perinatal outcomes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como una etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, este proceso se caracteriza por cambios en el aspecto físico, psicológico y social. (26)

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, pre-eclampsia, etc.), problemas psicológicos en la madre y una serie de desventajas sociales. El riesgo de mortalidad materna es mayor entre las adolescentes, aunque los factores económicos, sociales, de nutrición y de atención pre-natal pueden influir en cierto grado.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas. Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años, y sobre todo en el grupo de edad más cercano a la menarquia, en las menores de 15 años. (27)

Cuando se inician en la actividad sexual la mayoría de los adolescentes carecen de conocimientos acerca de la sexualidad y tienen escasa información sobre el uso correcto de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, como tampoco tienen un acceso real a los servicios de Salud Reproductiva, lo que hace que esta población sea particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.

Siendo el embarazo en adolescentes un problema de salud pública, es mi interés estudiar este problema en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, para poder determinar la incidencia y la morbilidad materna y perinatal en las gestantes adolescentes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014), elaborada por el INEI, el embarazo en adolescentes en el Perú se ha incrementado de 12.5% (2011) a 14.6% (2014), principalmente en zonas de la selva y norte del país. (19)

En los últimos años ha ocurrido un incremento de mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia de embarazos en adolescentes, considerado actualmente un serio problema médico-social. El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública relevante, no solo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza sino también porque constituye un elevado riesgo para su salud física, psicológica, ocasionando mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal.

Aunque el primer punto del Plan Nacional de Igualdad de Género señala que al 2017, el embarazo en adolescente se debe reducir en 1.3% en zona urbana y 4.3% en zona rural; la Encuesta

Demográfica y de Salud Familiar 2014 (ENDES) señala que la tasa de embarazo en adolescentes aumentó 2.1% entre el 2011 y 2014.

(19)

Por este motivo es necesario realizar más estudios relacionados al embarazo en adolescentes para determinar la incidencia y sus complicaciones.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia y los resultados materno perinatales asociados al embarazo en adolescentes atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2011 a 2015?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la incidencia y los resultados maternos perinatales asociados al embarazo en adolescentes del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2011 a 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de embarazos en adolescentes atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2011 a 2015.
- Identificar los resultados maternos del embarazo en adolescentes.
- Identificar los resultados perinatales del embarazo en adolescentes.

1.4. Hipótesis

Ho: La incidencia de embarazos en adolescentes es baja y presenta mayor morbilidad materna y perinatal.

H1: La incidencia de embarazos en adolescentes es alta y no presenta mayor morbilidad materna y perinatal.

1.5. Importancia y justificación

Importancia

El embarazo en adolescentes es una problemática a nivel mundial, es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto ya que la mayoría de madres adolescentes reducen las

posibilidades de tener una carrera universitaria, y poder cumplir su plan de vida, ocasionando así que exista mayor población pobre.

La adolescencia es sinónimo de cambios y transformación de un sector de la sociedad, que transcurren entre las edades de 10 a 19 años según la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de adolescentes atraviesan por una etapa cada vez más compleja existe paralelamente una inmadurez psicosexual y afectiva que modifica el desarrollo de su conducta sexual generando situaciones de riesgos cuyo final en muchos casos es el embarazo no deseado, el cual puede tener mayor riesgo de complicaciones en la madre y en el recién nacido.

Muchos adolescentes no reciben educación sexual, ya que en la mayoría de las instituciones educativas no brindan este tipo de educación, y a la vez los adolescentes se sienten demasiado cohibidos o avergonzados para solicitar información sobre este tema, esto ocasiona mayor riesgo de embarazos no deseados en adolescentes.

Es importante determinar la incidencia de los embarazos en adolescentes para poder tomar medidas en relación a mejorar e implementar programas de educación sexual, donde ellos puedan

interactuar e informarse sobre las posibles complicaciones maternas y perinatales que conlleva el embarazo.

Justificación

- **Conveniencia:** Los resultados permitirán conocer la magnitud de embarazos en adolescentes en el hospital Hipólito Unanue de Tacna y tomar las medidas correctivas para su reducción.
- **Relevancia social:** El estudio es trascendente ya que beneficiará a las adolescentes, para la prevención y consecuentemente la reducción de la tasa de embarazos en adolescentes, así como la reducción de complicaciones de la madre y su recién nacido.
- **Implicancias prácticas:** El estudio permitirá contribuir a solucionar un problema de salud pública y para poner en práctica medidas correctivas para prevenir y evitar el embarazo en adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel internacional

RIONAULA MUÑOZ, Martha. ROMERO LOJA, Karina. ZARI MOROCHO, Silvia. Cuenca-Ecuador (2013).

En su estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del hospital básico Limón Indanza”, refiere que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública y el Ecuador tiene una de las tasas más altas de América Latina. Más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas; se consideran poblaciones en riesgo aquellas de estratos socio-económicos bajos, grupos de menor nivel educativo y residencia en áreas rurales. Limón-Indanza es un cantón de la provincia con mayor número de hijos a nivel nacional y si consideramos los factores mencionados anteriormente podemos suponer que hay mayor riesgo de embarazos en adolescentes. Su objetivo es determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a

embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Área de Salud Nro. 3 “Limón Indanza”, 2013. Se realizó un estudio analítico transversal en el que se investigó la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes en el cantón Limón-Indanza. Para el levantamiento de los datos utilizamos un formulario de registro validado mediante la prueba piloto, la información se recopiló de las historias clínicas, posteriormente se transfirió a un programa de computación (software SPSS 20.0 para Windows y Excel 2010) para el análisis correspondiente. Dio como resultado que 119 embarazadas adolescentes con una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal. Los factores de riesgo que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa OR: 14,62 (IC95%: 2,70 – 79,07), consumo de alcohol OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08) y tabaco OR: 1,05 (IC95%:1,00 – 1,08). 1,00 – 1,08). En conclusión, los factores de riesgo que influyen de manera significativa en el embarazo adolescente son: Inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo. (17)

ZAMORA y Col. México (2013).

En su trabajo titulado “Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales” que fue un estudio de corte transversal con grupo control en el hospital civil de Guadalajara el Dr. Juan Menchaca con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); se analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las madres o sus neonatos con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada para variables cualitativas para conocer la significancia estadística, considerándose significativa una $p=0,05$. El estado civil más frecuente fue la unión libre, así como en las adolescentes la mayoría eran primigestas y se dedicaban al hogar. En las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19 casos), mientras en los neonatos de las adolescentes la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (32 vs 18 neonatos), ambas con una $p<0,05$ teniendo diferencia estadística significativa. Se concluye

que el embarazo en adolescentes incrementa la morbilidad materna y perinatal, representando además un problema sociocultural. (18)

RODRÍGUEZ AQUINO, Viviana Jacqueline. Ecuador (2013).

En su estudio titulado “Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero del 2013 en Guayaquil - Ecuador”, tiene por objetivo realizar un estudio actualizado de la problemática que presenta la adolescente embarazada, por lo tanto se evaluará en esta revisión; la incidencia del embarazo en la adolescente, sus complicaciones en el embarazo, la gravedad, y se evaluará factores que conllevan a la presencia de complicaciones psicosociales. Este estudio se realizó en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Maternidad Mariana de Jesús en donde las pacientes luego de haber ingresado por emergencia, o por consulta externa bajo presunción diagnóstica de embarazo en adolescente con o sin complicaciones, las que fueran seleccionadas y valoradas, utilizando una encuesta y una hoja de recolección de datos, realizándose una historia clínica minuciosa y exámenes complementarios meritorios de acuerdo al caso. Con un universo

de todas las pacientes, adolescentes embarazadas en esta unidad, y una muestra determinada por la fórmula universal aproximadamente de 100 pacientes, en el período comprendido entre septiembre del 2012 hasta febrero del 2013. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo. Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje presenta por la falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. Lo que permitirán evaluar y analizar, un plan o protocolo para conocer detalladamente las causas de la morbi - mortalidad tanto materna como neonatal. (5)

PANDURO y Col. México (2012).

En su estudio titulado “Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales” determinaron las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del

embarazo en adolescentes. Su estudio de casos y controles efectuado en el hospital civil de Guadalajara Dr. Juan Menchaca, del 1 de julio de 2010 al 31 de diciembre de 2011. El grupo de casos lo conformaron 550 puérperas adolescentes = 18 años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas; el grupo control lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. En las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. No hubo diferencias en el número de consultas prenatales, vía de nacimiento, tipo de líquido amniótico y molestias habituales durante el embarazo. El embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque afecta a mujeres aún estudiantes, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones. (25)

LÓPEZ RODRÍGUEZ, Yamilet. Camagüey-Cuba (2011).

En su trabajo titulado “Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo”. Refiere que es muy importante abordar la temática de la adolescencia, debido a la trascendencia de este grupo etéreo para el desarrollo y su impacto en la población mundial, particularmente en América Latina, el Caribe y Cuba. El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial; constituye en la actualidad un reto de gran envergadura. Mediante el resultado se demuestra cómo las consecuencias de este problema repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, determina un riesgo importante para su descendencia, además de ser pocas las acciones que se realizan, por lo que cada año, el número de adolescente embarazadas y las infecciones de transmisión sexual (ITS) se acrecientan. Es por ello que se hace necesario comenzar las acciones relacionadas con estos aspectos a partir de la célula básica de la sociedad, que es la familia, pues constituye el primer grupo al cual pertenece el ser humano. Se hace imprescindible el papel de los profesionales de la enfermería al nivel de los consultorios del médico de familia como un elemento

clave para prevenir el embarazo mediante la labor educativa, mediante los círculos de adolescentes y otras acciones que contribuyan a la prevención. Asimismo, para enfrentar los riesgos que esta condición determina, por lo que resulta necesario desarrollar acciones que pudieran utilizarse para continuar el desarrollo del profesional de Enfermería en esta temática en el nivel de la atención primaria de salud, con vistas a prevenir el embarazo en la adolescencia. (15)

ÁLVAREZ GAHONA, G. Loja - Ecuador. (2011).

En su trabajo titulado “Perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Isidro Ayora de Loja, periodo junio 2010 a julio 2011”. El presente trabajo de investigación dio a conocer la realidad actual de muchas adolescentes de la ciudad y provincia de Loja que acudieron al Hospital “Isidro Ayora” de la ciudad, por presentar patologías que pusieron en riesgo su embarazo, labor de parto y su vida misma. Luego de realizada la investigación se obtuvo los siguientes resultados. Tomando en cuenta la inmadurez tanto física como psicológica de las adolescentes, éstas presentan complicaciones durante la gestación; lo que es evidente por el

porcentaje de amenaza de aborto que se sitúa en un 12,47%, parto inmaduro y pretérmino en un 9,34%, además es preocupante observar que un porcentaje considerable presenta abortos llegando estos al 6,29%. Los resultados obtenidos también muestran que el porcentaje de adolescentes embarazadas fue 28,62%, y la edad en la que incide con mayor frecuencia es de 17 a 18 años (44,52%), la mayor parte de las adolescentes pertenecen a la zona urbana correspondiendo al 63,18%; el 50% tienen un nivel de instrucción secundaria. Por lo tanto, es preocupante que el presente estudio puede verificar que las adolescentes se encuentran casadas el 36%, solteras el 32,05%, y en unión libre el 31,95%. Las patologías más frecuentes que se reportan son las infecciones de vías urinarias en 21,08%, vaginitis el 18%, preeclampsia en 11,14%, pielonefritis el 6,33%; es importante mencionar que se evidenció un número considerable de casos que presentan complicaciones en el tercer trimestre de gestación y al momento del parto, de los cuales el 5,72% corresponde a óbitos fetales y el 8,13% a ruptura prematura de membranas, que se presentan con mayor frecuencia a partir de la semana 38 correspondiendo al 72,82%. El 75,56% de las gestantes registran hasta 2 ingresos hospitalarios, la mayoría de las adolescentes ha tenido parto

vaginal correspondiendo al 59,43%, mientras que el 35% son sometidas a cesárea. (2)

MERINO ENA, Isabel. ROSALES INESTROZA, Ernesto. El salvador (2010).

En su estudio titulado “Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud AltaVista, enero a junio de 2010”. Dicho estudio es de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo en el que no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, y permitió identificar los diferentes factores que influyen para que las adolescentes se embaracen. Participaron 38 adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de la unidad de salud de AltaVista en el periodo de enero a junio de 2010; para la recolección de datos se utilizó una encuesta diseñada para ello, así como la revisión de los expedientes clínicos y el libro de registro de las embarazadas. Los resultados de estudio demuestran que la desintegración familiar es uno de los principales factores sociales que influye para que las adolescentes se embaracen; más de la mitad de adolescentes embarazadas entrevistadas respondieron que su grupo familiar no está

conformado por los padres (ambos: Padre y Madre), la mayoría refirió no estar dentro de familias integradas. De igual forma, no hubo relación en el embarazo de las adolescentes por desempleo y/o falta de ingresos económicos en la familia. El machismo de la pareja, influye para que la adolescente se embarace; por otra parte, es notable el desconocimiento a los temas de salud sexual y reproductiva. La información que reciben en relación a estos temas, de los diferentes prestadores de servicios de salud, es mínima. Las adolescentes 29 embarazadas conocen algún método de planificación familiar, sin embargo, no conocen el uso correcto de ellos. Las creencias y los mitos no son factores contribuyentes. Hay conocimiento del preservativo, pero no lo usaron y esto contrasta con el hecho de que ambos (pareja), "quieren un hijo". En relación a las actitudes y prácticas, las adolescentes muestran interés en la importancia de conocer más sobre los temas de salud sexual y reproductiva; el proyecto de vida de la mayoría de las adolescentes sufre cambios ante el embarazo. Hay aceptación de las adolescentes, al igual que la mayoría de los padres y/o responsables, esto a pesar que, desde un inicio reaccionan con "enojo" y "regañó" al saber del embarazo, sin embargo, al final lo aceptan. En cuanto a las prácticas, la no utilización de los métodos

de planificación familiar y el inicio a temprana edad de las relaciones sexuales se evidencia en este estudio. El hecho de que las adolescentes no se protejan, a pesar de que conocen los métodos y que por diferentes razones no lo usan, sumado a la decisión de ambos de tener un hijo/a y de las prácticas y factores culturales, a predominio del machismo, pone en evidencia la deficiente promoción y educación en el tema de la salud sexual y reproductiva; a la vez resalta la importancia de implementar nuevas e innovadoras estrategias, con participación de todos los sectores públicos (institucionales e intersectoriales) y privados, encaminadas a una adecuada orientación responsable de los temas de salud sexual y reproductiva. (20)

FERRER, Reina. FIGUERA, Evelia. Venezuela (2010).

En su estudio titulado “Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas del departamento de salud reproductiva y pediatría de la escuela de enfermería de la universidad de Carabobo-Venezuela”. Refiere que ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económico y familiar, sino también un problema de salud. El embarazo en la adolescencia es casi sinónimo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre debido a problemas

tales como anemia grave, toxemia, placenta previa o un embarazo prematuro. Entre las madres adolescentes existe un factor común a todas ellas: una mala historia de rendimiento escolar. Existe un alto índice de abandono precoz de los estudios, sobre todo entre las madres más jóvenes. Además, parece ser que las jóvenes incluidas en programas de educación especial tienen también más riesgo de tener un embarazo en su adolescencia. Todas las estadísticas realizadas dan por resultado que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor. Hasta un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable. En el mismo sentido, se comprueba que el embarazo precoz es más frecuente en jóvenes cuyas madres son solteras o lo eran al concebir a su hija, o que, a su vez, habían tenido hijos a una edad muy temprana. (24)

2.1.2. A nivel nacional

TUCTO SÁNCHEZ, Yesica. Huánuco-Peru (2016).

En su estudio titulado “Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco octubre 2015- marzo del 2016”. Refiere que el embarazo en la adolescencia son situaciones que preocupan a nuestra sociedad, es un gran problema de la salud pública, dos de cada tres adolescentes están embarazadas, aunque el embarazo es una condición normal, cuando se presenta en la edad de la adolescencia se genera en un problema, las consecuencias son múltiples, perjudicando las coyunturas del desarrollo de la persona y su economía. Esta investigación se centra en las adolescentes gestantes que por determinada complicación obstétrica no concluyó su gestación a determinado tiempo. Teniendo como objetivo determinar cuáles son los factores de riesgos maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

Población: Está formada por todas las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. (13)

PALIZA LÓPEZ, Oliver Uri. Iquitos-Peru (2014).

En su trabajo titulado “Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, julio a diciembre 2014”. Refiere que las gestantes adolescentes es un problema de salud a nivel mundial, son un grupo que presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas y perinatales, que aumentan la morbilidad y mortalidad de la madre y del recién nacido. El objetivo es determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en la gestante adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre julio a diciembre 2014. Para ello se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño del presente estudio fue descriptivo, transversal. Dando como resultado que evaluaron 145 gestantes adolescentes, el 67,6% presentan entre 17 a 19 años, el 47,6% proceden de la zona urbana, el 59,3% con nivel de instrucción secundaria, el 75,9% son primigesta, el 9,7% con antecedente de aborto, el 18,6% con menos de 37 semanas de gestación, el 71,7% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34,5% terminan su embarazo en cesárea. El 62,8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13,8%), ruptura prematura de membrana (13,8%), infección urinaria (9,0%),

desgarro I grado (7,6%), preeclampsia leve/severa (6,9%) y aborto incompleto (6,2%). El 30,3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal agudo (11,7%), hiperbilirrubinemia (4,8%), sepsis neonatal (4,1%), y prematuridad (2,8%). El adecuado control prenatal se relacionó significativa ($p=0,000$) a la presencia de complicaciones obstétricas. La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones no se relacionan con la frecuencia de complicaciones obstétricas. La edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones y control prenatal no se relacionan con la frecuencia de complicaciones perinatales. Se da por conclusión que las gestantes adolescentes que se atiende en el Hospital II-1 de Moyobamba presentan con mayor frecuencia complicaciones obstétricas que perinatales. (6)

OSORIO ALANIA, Rubén. Lima-Peru (2014).

En su trabajo titulado “Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013”. Refiere que el embarazo en adolescente es un problema de salud pública dada la elevada prevalencia y por las repercusiones biológicas, psíquicas y sociales a corto o largo plazo. Son pocos los

estudios orientados al enfoque de esta situación diversos autores han señalado a la familia como, como ente influyente en la aparición del problema, más aun, en la responsable de las complicaciones biopsicosociales de la adolescente embarazada. El objetivo es determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. Para ello se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2013. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 22, previa elaboración de la base de datos, para las variables de tipo nominal, ordinal e intervalo, se usaron medidas de frecuencia. Resultados: Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus

padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Dicho trabajo dio como resultado que las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. (8)

RODRÍGUEZ TELLO, Alexia. RUIZ DEL CASTILLO, Diana. SOPLÍN BOSMEDIANO, Rocío. Iquitos-Peru (2014).

En su estudio titulado “Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I-2 Masusa Punchana, 2014”. El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa. La muestra estuvo

constituida por 96 adolescentes gestantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sobre factores de riesgo, nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes y el test de apgar. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y la visita domiciliaria. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Entre los resultados relevantes se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre la menarquía y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0,028$), existe relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio de la actividad sexual y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0,019$), existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0,015$), existe relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0,040$), existe relación estadísticamente significativa entre la relación familiar y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0,020$). Como también no existe relación estadísticamente significativa entre antecedentes de embarazo adolescente y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0,070$). (3)

2.1.3. A nivel local

BÁRCENA COHAILA, Olga. Tacna-Peru (2011).

En su trabajo titulado “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006 - 2010”. Refiere que el embarazo en la adolescencia se considera una situación de riesgo para la salud de la madre y del recién nacido. Asimismo, la prematuridad es causa frecuente de muerte neonatal. El objetivo del presente estudio es identificar los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante los años 2006 - 2010. Es un estudio retrospectivo, transversal de casos y controles. La población está conformada por 2400 gestantes adolescentes hospitalizadas para atención del parto en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna. Se identificaron 101 adolescentes con parto pretérmino (casos) y se seleccionaron 303 adolescentes con parto a término (controles). La información se obtuvo de las fichas perinatales del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante los años 2006 - 2010. El embarazo en adolescentes representó el 21,5% del total de partos atendidos,

mientras que la frecuencia de parto pretérmino fue 6,7%. La mayoría de gestantes adolescentes que presentaron parto pretérmino eran: convivientes (53,3%), con grado de instrucción secundaria (86%), sin hábitos nocivos (100%), primigestas (81,2%), nulíparas (89,1%), con menos de 7 controles prenatales (82,2%) y con anemia (49,5%). Los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino entre las embarazadas adolescentes son: tener <7 controles prenatales (OR=3,56), anemia materna (OR=1,74), preeclampsia (OR=4,72), amenaza de aborto (OR=7,84) y ruptura prematura de membranas (OR=12,45). (4)

LOAYZA LUNA, Flor Anabell. Tacna-Peru (2011).

En su estudio titulado “Factores de riesgo asociados al control prenatal inadecuado y tardío en madres adolescentes y sus repercusiones materno - perinatales en el Hospital Hipólito Unánue - Tacna enero 2009”. Refiere que el embarazo adolescente con controles prenatales inadecuados y tardíos se ha asociado a resultados adversos materno perinatales. El objetivo es determinar los factores de riesgo materno perinatales asociados al CPN inadecuado y tardío en madres adolescentes y sus repercusiones

materno perinatales. Se investigó los factores de riesgo asociados al CPN inadecuado y tardío en madres adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales en 5821 madres de 10 a 19 años registradas en el Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unánue en los años 2000 - 2009. Se usa la prueba estadística Odds Ratio (OR). Dio como resultado que las madres adolescentes de 10 - 19 años con CPN inadecuados y tardíos representan el 18,8%; asimismo se halló que existe mayor riesgo de controles prenatales inadecuados y tardíos en adolescentes con instrucción primaria (OR=1,33), sin pareja estable (OR=1,91); y también se muestra que del grupo de casos la complicación materna de relevancia fue la pre-eclampsia (OR=1,02), en cuanto a las implicancias en el RN se encuentra que los CPN inadecuados y tardíos aumentan la incidencia de MBPN (OR=12,48), BPN (OR=2,82), RN Inmaduro (16,76), RN Pretérmino (OR=4,19), RN PEG (OR=3,30), así como también aumentó los casos de EMH (OR=8,87), sepsis (OR=1,78), muerte fetal (OR=5,28), muerte neonatal precoz (OR=10,41). En conclusión, el bajo grado de instrucción, la no estabilidad con la pareja son los principales factores de riesgo asociados a un CPN inadecuado y tardío en madres adolescentes y la repercusión en la gestante fue la

preeclampsia; las implicancias encontradas en el grupo de estudio en relación con el RN con significancia fueron MBPN, BPN, PEG, inmadurez, prematuridad, EMH, sepsis, muerte fetal y mortalidad neonatal precoz. (7)

2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2.1. PANORAMA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

2.2.1.1. Fecundidad

La fecundidad disminuyó en 10,3% en el total del país, según las estimaciones de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2009 en comparación con las correspondientes a la Encuesta del 2000, en el área urbana tendió hacia un incremento en el período 2006 al 2009. Luego hubo un estancamiento tanto en el área urbana como en la rural para el período 2009 - 2012. Y según la Encuesta del 2013, el país retoma la tendencia hacia la declinación de la fecundidad. La fecundidad de las adolescentes, similarmente al comportamiento de la fecundidad del total de las mujeres en edades fértiles, muestra la tendencia hacia un incremento en el área urbana para el período 2006 al 2009 (ENDES 2009). Esa

tendencia al aumento se mantiene según la Encuesta del 2013, en tanto que en el área rural tiende hacia la disminución, pero siempre el nivel es mayor que en el área urbana. (1)

2.2.1.2. Ubicación del embarazo en adolescentes según departamentos del Perú.

En el año 2013, las adolescentes que ya son madres residen en mayores porcentajes en aquellos departamentos situados en la región natural de la Selva o que tienen parte de Selva; que ya habían sido detectados también en las Encuestas anteriores al 2000. Esos departamentos son: Ucayali (24,4%), Amazonas (24,1%), Loreto (20,6%), Madre de Dios (18,5%), San Martín (17,5%), Cajamarca (16,6%) y Huánuco (15,8%). A los que se agregan Pasco (15,8%) y Ayacucho (14,6%). Las adolescentes embarazadas por primera vez, destacan en los departamentos siguientes: Amazonas (6,4%), Loreto (4,7%), Madre de Dios (4,6%) y San Martín (4,2%) entre los de la Selva, y se aúnan los departamentos de Ayacucho (7,6%), Tumbes (6,8%), La Libertad (5,3%), Piura (5,1%), Ica (4,7%), Tacna (4,5%) y Cusco (4,1%). (1)

2.2.1.3. Estado conyugal

Según la Encuesta del 2013, alrededor de un tercio de adolescentes alguna vez embarazadas, son madres sin pareja conyugal (25,5% son solteras y 6,8% separadas o divorciadas). Y entre las que tienen pareja conyugal, predominan las convivientes (64,8% frente a 2,9% de casadas). La maternidad adolescente ocurre principalmente en uniones consensuales (convivencias), pero también existe importante proporción de madres solteras, sobre todo en las embarazadas por primera vez (30,1%). (1)

2.2.2. EMBARAZO ADOLESCENTE

2.2.2.1. Adolescencia

La O.M.S. define adolescencia como la etapa comprendida desde los 10 a los 19 años. Hoy en el mundo entero existen cerca de 1600 millones de adolescentes, lo que corresponde a casi un 30% de la población total. Se estima que para el año 2025 esta cifra llegará a los 2000 millones. Tan solo en América Latina y el Caribe la población de estas edades alcanzan hoy 148 millones lo que también equivale a un 30% de la población total de la región. (9)

Etapas de la adolescencia:

- a. **Adolescencia Temprana (10 a 13 años):** Biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. 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. (6)

- 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 padres, 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 generadora de riesgo. Muy preocupados por la

aparición física, pretender poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (6)

- 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 metas vocacionales reales. (6)

2.2.2.2. Salud reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. (10)

2.2.3. MORBILIDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES

2.2.3.1. La anemia

Se define como la disminución de la hemoglobina en los glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre, en relación con un valor establecido como adecuado por la Organización Mundial de la Salud según edad y sexo. Es considerada una enfermedad, aunque en algunos casos no es evidente la presencia de síntomas. El hecho de realizar el diagnóstico de anemia conlleva a la aplicación de tratamiento adecuado por parte del médico para corregirla. (10)

2.2.3.2. Infección del tracto urinario

La ITU se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario capaces de producir alteraciones funcionales y/o morfológicas. Dado lo anterior es importante realizar el tamizaje en pacientes gestantes para descartar la infección urinaria, se recomienda en general iniciar con cultivo orina durante la semana 12-16 de edad gestacional o en el primer control prenatal. Los controles posteriores dependerán de los hallazgos del primer urocultivo. (11)

2.2.3.3. Hemorragia post-parto

La hemorragia post-parto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos. (15)

2.2.3.4. Hiperémesis gravídica

La hiperémesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un

0.3-2.0%, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol. (29)

2.2.3.5. Enfermedades hipertensivas del embarazo

La enfermedad hipertensiva del embarazo forma parte de un grupo heterogéneo de entidades patológicas, cuyo denominador común es la hipertensión arterial durante el embarazo, parto o puerperio. Es la complicación médica más frecuente del embarazo, siendo una causa muy importante de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Se clasifica en cuatro grupos, HTA gestacional o transitoria, HTA inducida por el embarazo, HTA crónica y HTA crónica con pre-eclampsia superpuesta. La HTA se diagnostica cuando la paciente está sentada luego de 5-15 minutos de reposo. En el Perú se reportan cifras del 3-10% del total de embarazos, y representa la tercera causa de mortalidad materna. (12)

2.2.3.6. Parto vaginal

Es la expulsión o extracción fuera del útero gestante de un producto de la concepción de 20 semanas o más; el feto pesa 500 gramos o más. Parto eutócico es el parto normal que ocurre espontáneamente con feto único en occipito iliaca anterior. El trabajo de parto se caracteriza por contracciones uterinas que son regulares, incrementan gradualmente su intensidad y duración y producen incorporación y dilatación cervical progresivas. (17)

2.2.3.7. Cesárea

El parto por cesárea se define como la terminación quirúrgica de la gestación por medio de incisiones en la pared abdominal y en la cara anterior del útero, a través de las cuales es extraído el feto, se lleva a cabo cuando la madre o el feto se encuentran en situación de peligro de muerte. (10)

2.2.4. MORBILIDAD PERINATAL DEL HIJO DE MADRE ADOLESCENTE

2.2.4.1. Infección neonatal

Las infecciones neonatales pueden clasificarse según el germen que la causa o por el momento en el que se produce el contagio. Casi todas las infecciones neonatales ocurren en la primera semana de vida y son consecuencia de la exposición a microorganismos de los genitales maternos durante el parto. Sin embargo, en los últimos decenios, con los avances en el cuidado intensivo neonatal y la supervivencia de neonatos de muy bajo peso, que requieren periodos de hospitalización muy prolongados, la incidencia de infección tardía ha aumentado en todas las unidades neonatales. (28)

2.2.4.2. Peso al nacer

Considerado bajo peso al nacer cuando el recién nacido tiene un peso menor a 2500 gr., peso adecuado cuando un RN pesa de 2500 a 3999 gr., alto peso mayor a 4000 gr. (14)

2.2.4.3. Edad gestacional

La edad gestacional por examen físico se divide en prematuro es aquél que llega al mundo con una edad gestacional inferior

a 37 semanas, esta población es susceptible a elevada morbilidad y mortalidad y alta incidencia de secuelas en los sobrevivientes. A término considerado a los RN de 37 a 41 semanas, post término considerado mayor de 41 semanas. (14)

2.2.4.4. Dificultad respiratoria

El término distrés respiratorio (DR) es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, consistente, de forma genérica, en aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco-abdominal. En conjunto, esta patología constituye la causa más frecuente de morbi-mortalidad neonatal y su gravedad va a estar en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos. Para el diagnóstico suele ser de gran ayuda, con frecuencia definitiva, el estudio radiológico del tórax, en relación con los antecedentes y la exploración clínica. (30)

2.2.4.5. Hiperbilirubinemia

Hiperbilirubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad.

Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dl. Puede detectarse blanqueando la piel mediante la presión con el dedo, lo que pone de manifiesto el color subyacente de piel y tejido subcutáneo. La ictericia se observa en primer lugar en la cara y luego progresa de forma caudal hacia el tronco y extremidades. La progresión cefalocaudal puede ser útil para la valoración del grado de ictericia. (31)

2.2.4.6. Peso por edad gestacional

Clasificación según Peso/EG. AEG: Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI). PEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI. GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI. (14)

2.2.4.7. Traumatismo al nacer

Es importante destacar que la presencia de una lesión no presupone siempre la existencia de un “traumatismo de parto”. Así se ha visto en lesiones consideradas típicamente

traumáticas como, por ejemplo, fracturas o en parálisis braquial sin parto, tras cesárea con hundimientos craneales. (32)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

INCIDENCIA: Se define como el número de nuevos casos que se producen durante un periodo especificado en una población en riesgo de sufrir la enfermedad. (16)

MORBILIDAD: Proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en particular. Puede depender o no de la densidad de los individuos en la población. (16)

APGAR: La puntuación de Apgar es una herramienta conveniente para notificar el estado del neonato y la respuesta a la reanimación. (21)

CESÁREA: Es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica. (22)

EDAD GESTACIONAL: Es la temporalidad del desarrollo fetal, iniciando a partir del primer día del último ciclo menstrual. (14)

PERINATAL: Período que abarca el antes, durante y después del nacimiento. (25)

TRABAJO DE PARTO: Contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración, que produce borramiento y dilatación del cérvix. (22)

DESGARRO VULVOPERINEAL: Solución de continuidad traumática de la vulva y el periné al momento del descenso, rotación y salida del bebe. (15)

ANEMIA: Reducción simultanea del número de glóbulos rojos y de la hemoglobina por debajo de los valores considerados normales. (10)

PESO DEL RECIEN NACIDO: Medida somatométrica e indicador expresado en gr. (14)

HEMORRAGIA POST-PARTO: La pérdida hemática superior a 500ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. (15)

HIPERBILIRUBINEMIA: Coloración amarilla (ictericia) de piel y mucosas, de progresión céfalocaudal producida por depósitos de bilirrubina. (31)

ADOLESCENCIA: La O.M.S. define adolescencia como la etapa comprendida desde los 10 a los 19 años. (9)

PARTO: Es la expulsión o extracción fuera del útero gestante de un producto de la concepción de 20 semanas o más; el feto pesa 500 gramos o más. (17)

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO: La ITU se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario capaces de producir alteraciones funcionales y/o morfológicas. (11)

CONTROL PRENATAL: Conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. (25)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo y de corte transversal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de enero del 2011 a diciembre del 2015.

3.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación es no experimental, de casos y controles.

3.3. Identificación de Variables

- Embarazo en adolescente.
- Resultados maternos y perinatales.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población de estudio:

- Fueron todas las gestantes cuyo parto fue atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de enero 2011 a diciembre de 2015. Siendo un total de 17286 partos en los cinco años de estudio.

3.4.2. Muestra

- **Casos:** Fueron todas las pacientes adolescentes embarazadas de 10 a 19 años cuyo parto fue atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 a 2015. Siendo un total de 2643 partos en los cinco años de estudio, según los criterios de inclusión y exclusión.
- **Controles:** Fueron todas las pacientes embarazadas no adolescentes comprendidas entre los 20 a 34 años, cuyos partos fueron atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 a 2015. Siendo un total de 12205 partos en los cinco años de estudio, según los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes cuyos partos fueron atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Historia Clínica completas ingresada en el Sistema Informático Perinatal.

Criterios de exclusión

- Puérperas hospitalizadas, pero cuyo parto fue atendido fuera del hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Historia clínica perinatal no ingresada al Sistema Informático Perinatal.

3.5. Variables

- Variable independiente: Embarazo en adolescente.
- Variable dependiente: Resultados maternos y perinatales.

3.6. Operacionalización de variables

| Variable | Indicadores | Unidad | Categoría | Escala de medición | |
|--|--------------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------|---------|
| Variable independiente: Embarazo en adolescentes | Adolescentes embarazadas | Adolescentes embarazadas | 10 - 19 años | Ordinal | |
| Variable dependiente: Resultados maternos y perinatales | Edad | Años | 10 – 13 | Ordinal | |
| | | | 14 – 16 | | |
| | | | 17 – 19 | | |
| | Estado civil | | Soltera | Si - No | Nominal |
| | | | Conviviente | Si - No | |
| | | | Casada | Si - No | |
| | Grado de instrucción | Años aprobados | Analfabeta | Ordinal | |
| | | | Primaria | | |
| | | | Secundaria | | |
| | | | Sup. no universitario | | |
| | | | Sup. Universitario | | |
| | Paridad | | Primípara | 1 parto | Ordinal |
| | | | Múltipara | 2 a + partos | |
| | Control prenatal | | Sin CPN | 0 | Ordinal |
| | | | CPN inadecuado | 1 a 5 | |
| | | | CPN adecuado | 6 a + | |
| | Terminación del parto | | Espontaneo | Si - No | Nominal |
| Cesárea | | | Si - No | | |
| Morbilidad materna | | Anemia | Si - No | Nominal | |
| | | ITU | Si - No | | |
| | | Enf. hipertensiva del embarazo | Si - No | | |
| | | Hemorragia del 3er. Trim. | Si - No | | |
| | | Hiperémesis gravídica | Si - No | | |
| | | Infección puerperal | Si - No | | |
| | | Hemorragias post parto | Si - No | | |
| | | Desgarro perineal | Si - No | | |

| | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|---------|
| | Peso al nacer | Bajo Peso al nacer | < 2500 gr | Ordinal |
| | | Peso adecuado | 2500 - 3999 gr | |
| | | Alto peso al nacer | 4000 gr a más | |
| | Edad gestacional | Prematuro | < 37 sem. | Ordinal |
| | | A término | 37 - 41 sem. | |
| | | Post término | > 41 sem. | |
| | Apgar al minuto | Mal estado | 0 a 3 | Ordinal |
| | | Regular estado | 4 a 6 | |
| | | Buen estado | 7 a 10 | |
| | Peso por edad gestacional | PEG | <Percentil 10 del CCI. | Ordinal |
| | | AEG | Percentil 10 a 90 del CCI. | |
| | | GEG | >Percentil 90 del CCI. | |
| | Morbilidad neonatal | Dificultad respiratoria | Si - No | Nominal |
| | | Infección | Si - No | |
| | | Malf. congénitas | Si - No | |
| Traumatismos al nacer | | Si - No | | |
| Hiperbilirrubinemia | | Si - No | | |

3.7. Método, Técnica e Instrumento

- **El método de recolección de datos:** Los datos se obtuvieron de la base de datos del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Gineco-Obstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna. Estos datos se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos comparativos.
- **Técnica:** La técnica que se utilizó fue el análisis documental, la revisión y análisis de base de datos.
- **Instrumento:** Historia clínica perinatal.

3.8. Procedimiento y Análisis

Esta técnica se aplicó con el fin de profundizar:

- **Aspectos éticos:**

A fin de garantizar la confidencialidad de la información no se consideró el nombre de las pacientes embarazadas del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- **Análisis estadístico:**

Para la determinación de la incidencia de embarazo en adolescentes, se utilizó el porcentaje del embarazo en mujeres de 10 a 19 años por 100 nacimientos.

Para el análisis de resultados maternos y perinatales se utilizó tablas comparativas de los casos y controles, con frecuencias absolutas y relativas, donde se aplicó la prueba del Chi², considerando asociación significativa cuando la “p” fue menor de 0,05. También se utilizó el Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza, considerando significativo cuando el OR y el intervalo de confianza fue mayor de 1.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

TABLA 1

INCIDENCIA DE PARTOS EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2011 A 2015.

| AÑO | N° PARTOS | PARTOS EN ADOLESCENTES | INCIDENCIA |
|--------------|--------------|------------------------|---------------|
| 2011 | 3399 | 549 | 16,15% |
| 2012 | 3527 | 549 | 15,57% |
| 2013 | 3542 | 551 | 15,56% |
| 2014 | 3308 | 493 | 14,90% |
| 2015 | 3510 | 501 | 14,27% |
| TOTAL | 17286 | 2643 | 15,29% |

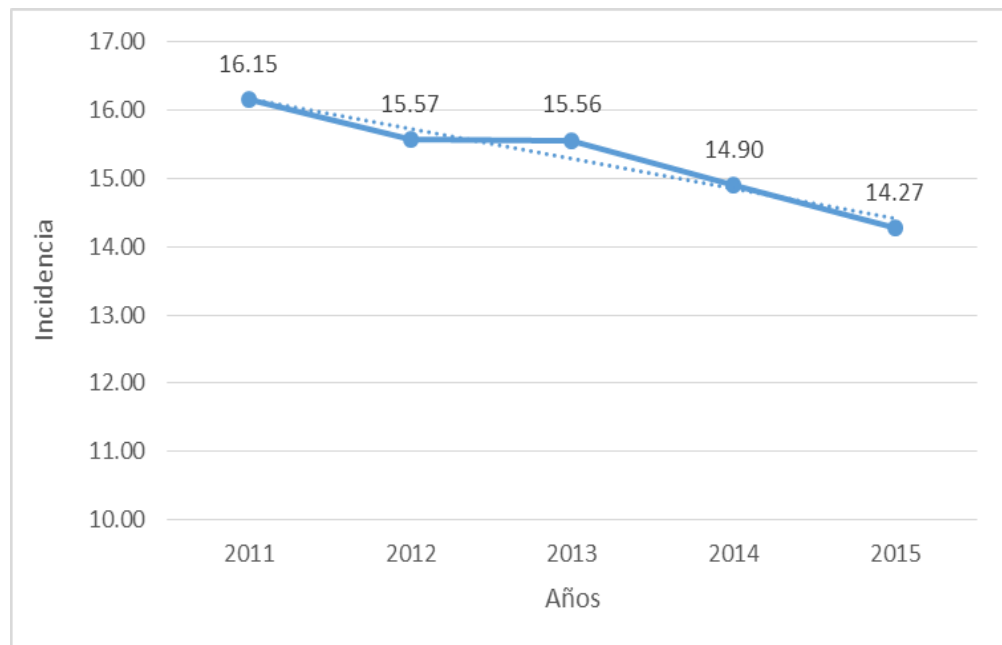
Fuente: Base de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 1, durante los años 2011 a 2015 se atendieron 17,286 partos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, de los cuales 2,643 correspondieron a adolescentes de 10 a 19 años, siendo la incidencia de los cinco años de 15,29%, oscilando entre 16,15% en el año 2011 a 14,27% en el año 2015.

GRÁFICO 1

INCIDENCIA DE PARTOS EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERÍODO 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

4.2. RESULTADOS MATERNO PERINATALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.

| EDAD | CASOS | |
|--------------|-------------|---------------|
| | No. | % |
| 10 a 13 | 17 | 0,64 |
| 14 a 16 | 485 | 18,35 |
| 17 a 19 | 2141 | 81,01 |
| TOTAL | 2643 | 100,00 |

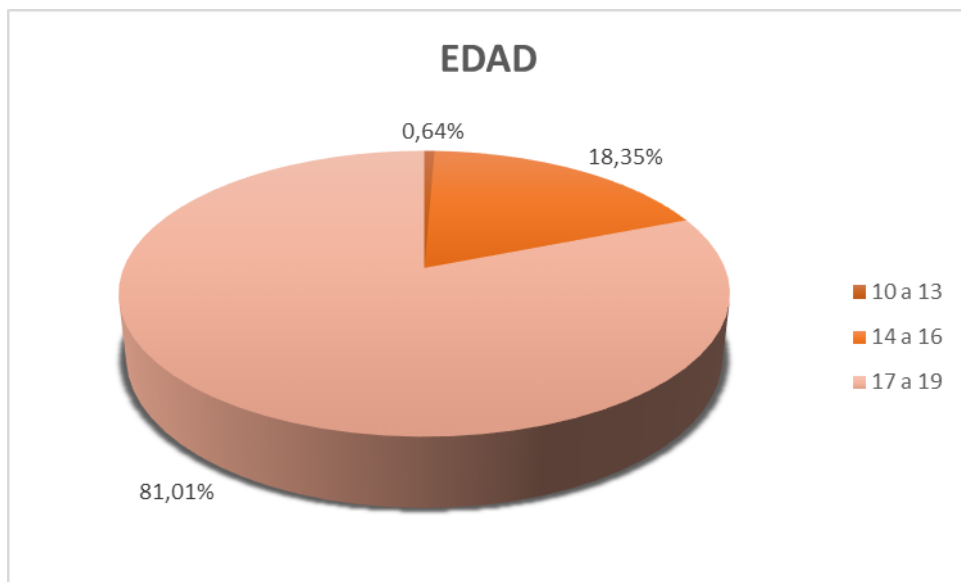
Fuente: Base de datos

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 2, la incidencia de embarazo adolescente según rango de edad es de 81,01% para las adolescentes de 17 a 19 años, 18,35% para las adolescentes de 14 a 16 años y 0,64% para las de 10 a 13 años. El embarazo en adolescentes se da más entre los años 17 a 19 años.

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

TABLA 3**ESTADO CIVIL SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| ESTADO CIVIL | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|--------------|-------------|---------------|--------------|---------------|--------|-------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| Casada | 44 | 1,66 | 1276 | 10,45 | 207,24 | 0,00 | 0,15 | 0,11-0,20 |
| Conviviente | 1824 | 69,01 | 9740 | 79,80 | 146,86 | 0,00 | 0,56 | 0,51-0,62 |
| Soltera | 775 | 29,32 | 1189 | 9,74 | 7,40 | 0,007 | 0,86 | 0,77-0,96 |
| TOTAL | 2643 | 100,00 | 12205 | 100,00 | | | | |

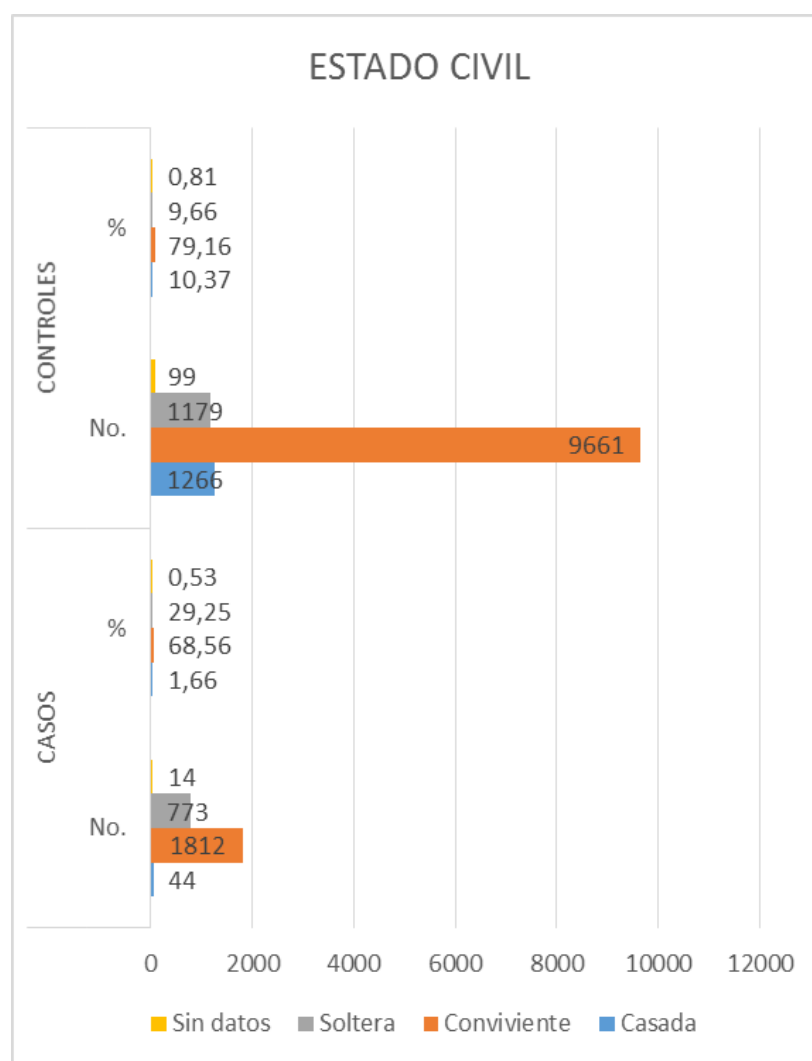
Fuente: Base de datos

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 3, en las adolescentes embarazadas el 69,01% fueron convivientes, 29,32% solteras y sólo 1,66% casadas. En los controles el 79,80% fueron convivientes, el 10,45% casadas, y solo el 9,74% fueron solteras. Siendo la condición de convivientes el mayor porcentaje para ambos grupos. Aplicando la prueba estadística, no existe asociación entre el estado civil y el embarazo en adolescentes.

GRÁFICO 3

ESTADO CIVIL SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

TABLA 4

**GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|-----------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|--------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| Analfabeta | 2 | 0,08 | 14 | 0,11 | 0,31 | 0,58 | 0,66 | 0,10-3,03 |
| Primaria | 97 | 3,67 | 861 | 7,05 | 25,74 | 0,00 | 0,58 | 0,46-0,72 |
| Secundaria | 2277 | 86,15 | 8552 | 70,07 | 284,64 | 0,00 | 2,66 | 2,36-2,99 |
| Sup. No universitario | 155 | 5,86 | 1692 | 13,86 | 127,61 | 0,00 | 0,39 | 0,33-0,46 |
| Sup. Universitario | 112 | 4,24 | 1086 | 8,90 | 63,61 | 0,00 | 0,45 | 0,37-0,56 |
| TOTAL | 2643 | 100,00 | 12205 | 100,00 | | | | |

Fuente: Base de datos

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 4, en las adolescentes embarazadas el 86,15% tienen secundaria, el 5,86% tienen un grado superior no universitario y un 0,08% fueron analfabetas. En los controles el 70,07% tienen secundaria, el 13,86% tiene grado superior no universitario y el 0,11% fueron analfabetas. En ambos casos el mayor porcentaje tienen estudios secundarios. Existe asociación entre el grado de instrucción y el embarazo en adolescentes, es decir las embarazadas adolescentes tienen 2,66 veces mayor probabilidad de estar embarazadas en la secundaria que las adultas embarazadas.

TABLA 5

**PARIDAD SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| PARIDAD | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|--------------|-------------|---------------|--------------|---------------|--------|------|-------|-------------|
| | No. | % | Nº. | % | | | | |
| Primípara | 2374 | 89,82 | 5082 | 41,64 | 2017,6 | 0,00 | 12,37 | 10,83-14,13 |
| Múltipara | 269 | 10,18 | 7123 | 58,36 | 2017,6 | 0,00 | 0,08 | 0,07-0,09 |
| TOTAL | 2643 | 100,00 | 12205 | 100,00 | | | | |

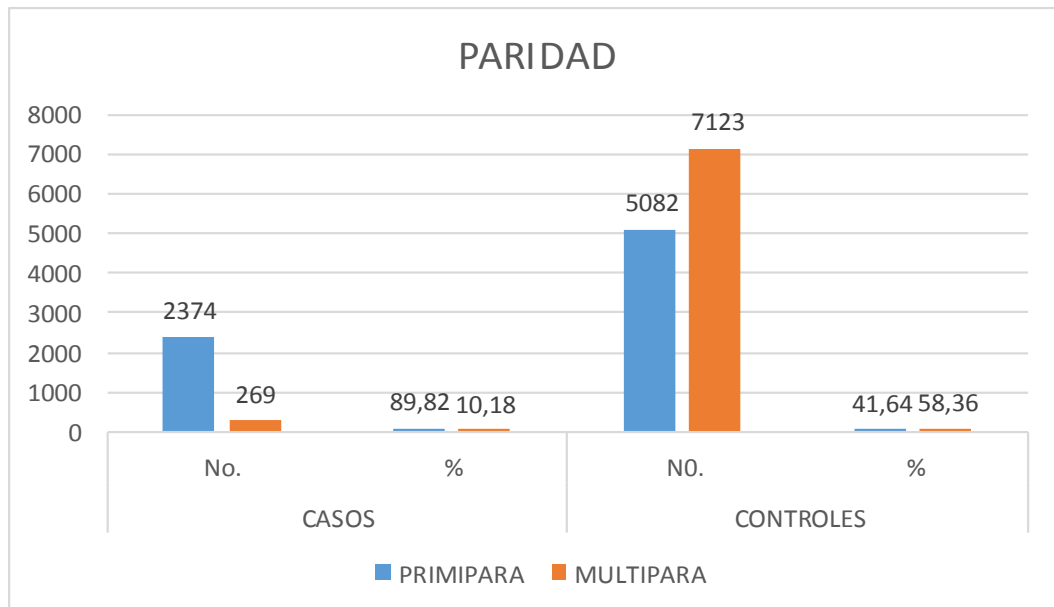
Fuente: Base de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 5, en las adolescentes embarazadas el 89,82% fueron primíparas y un 10,18% múltiparas. En las adultas embarazadas el 41,64% fueron primíparas y un 58,36% múltiparas. El mayor porcentaje de las adolescentes fueron primíparas y el mayor porcentaje de las adultas múltiparas. Existe asociación entre la paridad y el embarazo en adolescentes; es decir, las embarazadas adolescentes tuvieron 12,37 veces mayor probabilidad de ser primíparas que las adultas embarazadas.

GRÁFICO 4

PARIDAD SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

TABLA 6**CONTROL PRENATAL SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| CONTROL PRENATAL | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|----------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| Sin control prenatal | 707 | 26,75 | 3381 | 27,70 | 0,99 | 0,32 | 0,95 | 0,87-1,05 |
| CPN inadecuado | 465 | 17,59 | 1914 | 15,68 | 1,15 | 0,02 | 1,15 | 1,03-1,29 |
| CPN adecuado | 1471 | 55,66 | 6910 | 56,62 | 0,81 | 0,37 | 0,96 | 0,88-1,05 |
| TOTAL | 2643 | 100,00 | 12205 | 100,00 | | | | |

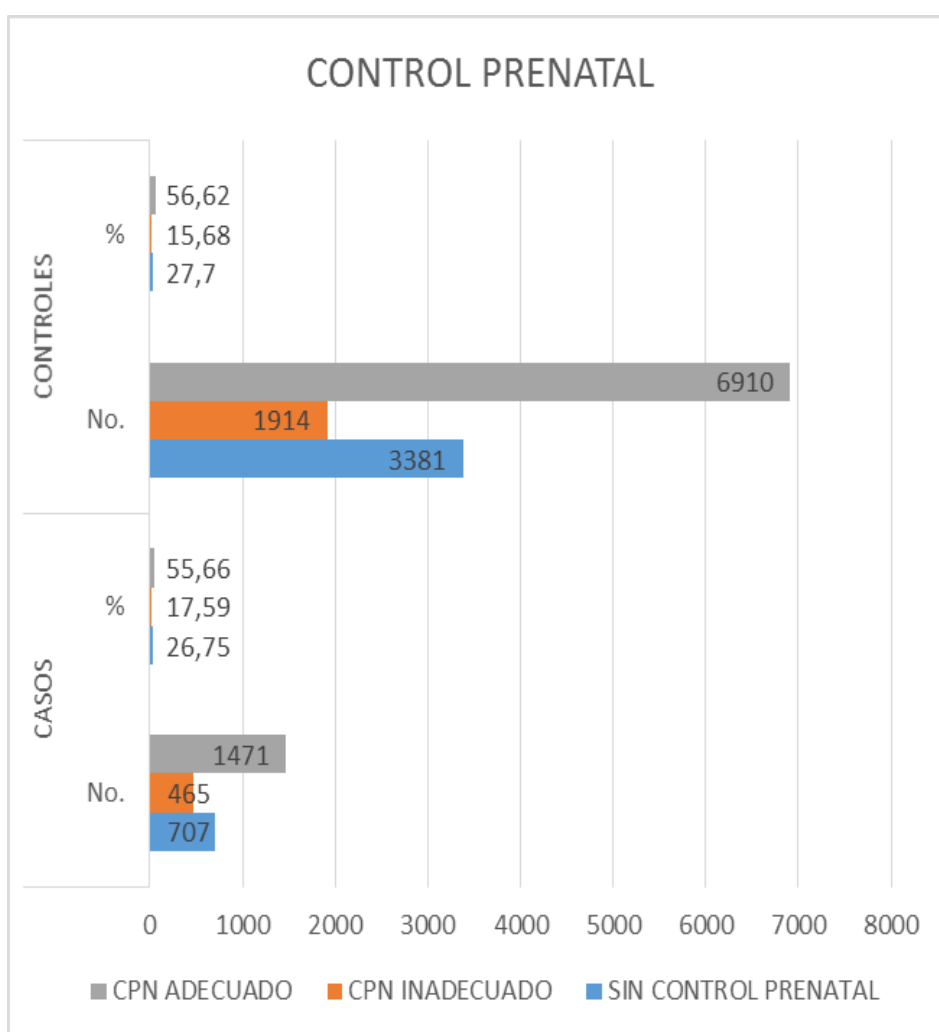
Fuente: Base de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 6, en las embarazadas adolescentes el 55,66% tienen CPN adecuado, el 26,75% no tienen CPN y el 17,59% tiene CPN inadecuado. En las adultas embarazadas el 56,62% tienen controles prenatales adecuados, el 27,70% no tiene CPN y el 15,68% tienen CPN inadecuado. En ambos casos el mayor porcentaje tiene CPN adecuado. Existe asociación entre el control prenatal y el embarazo en adolescentes; es decir, las embarazadas adolescentes tienen 1,15 veces mayor probabilidad de tener control prenatal inadecuado que las adultas embarazadas.

GRÁFICO 5

CONTROL PRENATAL SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

TABLA 7

**TERMINACIÓN DEL PARTO SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| TERMINACIÓN DEL PARTO | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|-----------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|-------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| Espontáneo | 1571 | 59,44 | 6613 | 54,18 | 24,27 | 0,00 | 1,24 | 1,14-1,35 |
| Cesárea | 1072 | 40,56 | 5592 | 45,82 | 24,27 | 0,00 | 0,81 | 0,74-0,88 |
| TOTAL | 2643 | 100,00 | 12205 | 100,00 | | | | |

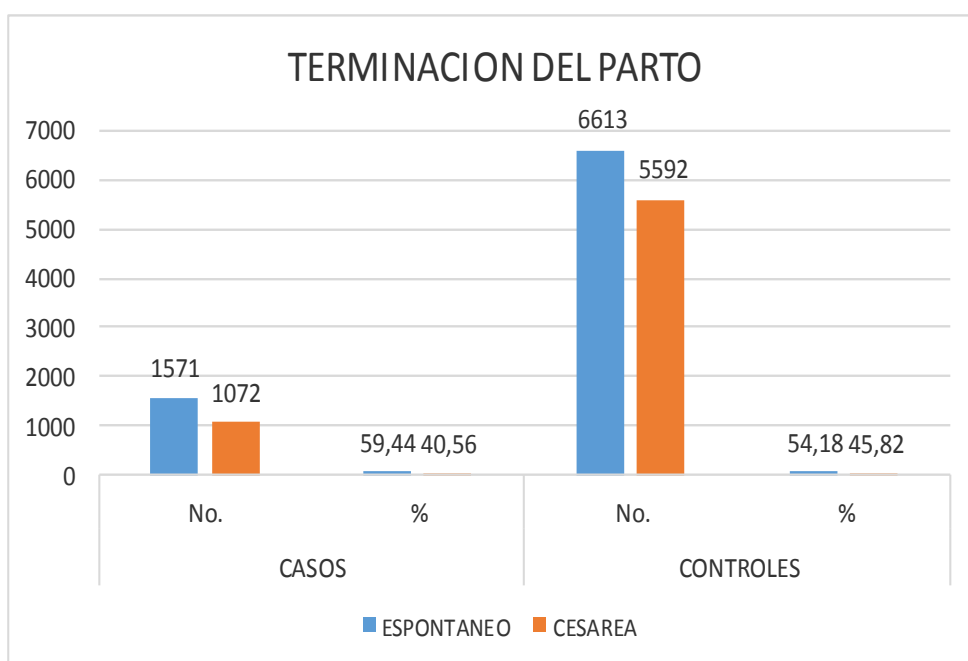
Fuente: Base de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 7 se observa que las embarazadas adolescentes el 59,44% dieron parto espontáneo y el 40,56% fueron cesáreas. En las adultas embarazadas el 54,18% dieron parto espontáneo y el 45,82% fueron cesáreas. En ambos casos el mayor porcentaje tuvieron parto espontáneo. Existe asociación entre terminación del parto y el embarazo en adolescentes; es decir, las embarazadas adolescentes tienen 1,24 veces mayor probabilidad de tener parto espontáneo que las adultas embarazadas.

GRÁFICO 6

TERMINACIÓN DEL PARTO SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

TABLA 8**EDAD GESTACIONAL SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| EDAD GESTACIONAL | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| Prematuro | 152 | 5,75 | 630 | 5,16 | 1,51 | 0,22 | 1,12 | 0,93-1,31 |
| A termino | 2490 | 94,21 | 11553 | 94,66 | 0,85 | 0,36 | 0,92 | 0,76-1,11 |
| Post termino | 1 | 0,04 | 22 | 0,18 | 2,85 | 0,09 | 0,21 | 0,01-1,45 |
| TOTAL | 2643 | 100,00 | 12205 | 100,00 | | | | |

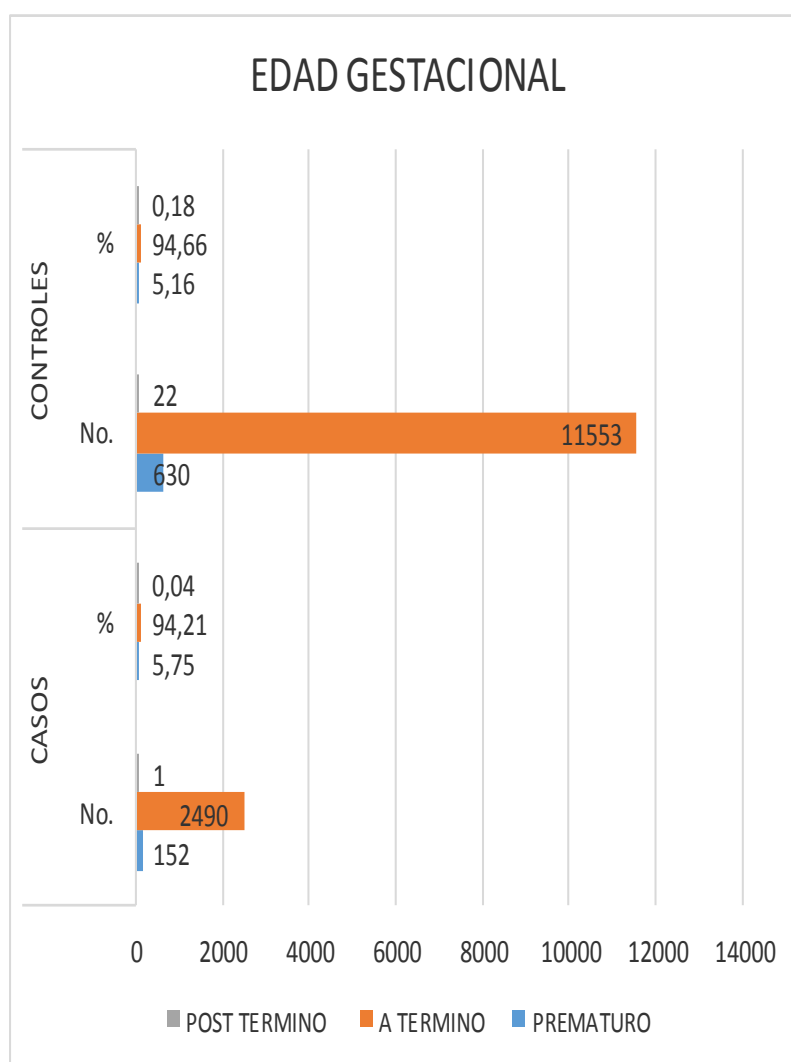
Fuente: Base de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 8, en las embarazadas adolescentes el 94,21% nacieron a término, el 5,75% nacieron prematuros y el 0,04% nacieron post término. En las adultas embarazadas el 94,66% nacieron a término, el 5,16% nacieron prematuros y el 0,18% nacieron post término. En ambos casos la mayoría de recién nacidos fueron a término. No existe asociación entre la edad gestacional y el embarazo adolescente.

GRÁFICO 7

EDAD GESTACIONAL SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

TABLA 9

**PESO AL NACER SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| PESO AL NACER | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|--------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|-------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| Bajo peso al nacer | 144 | 5,45 | 565 | 4,63 | 3,21 | 0,07 | 1,19 | 0,98-1,44 |
| Peso adecuado | 2249 | 85,09 | 9702 | 79,49 | 43,39 | 0,00 | 1,47 | 1,31-1,66 |
| Alto peso al nacer | 250 | 9,46 | 1938 | 15,88 | 71,26 | 0,00 | 0,55 | 0,48-0,64 |
| TOTAL | 2643 | 100,00 | 12205 | 100,00 | | | | |

Fuente: Base de datos.

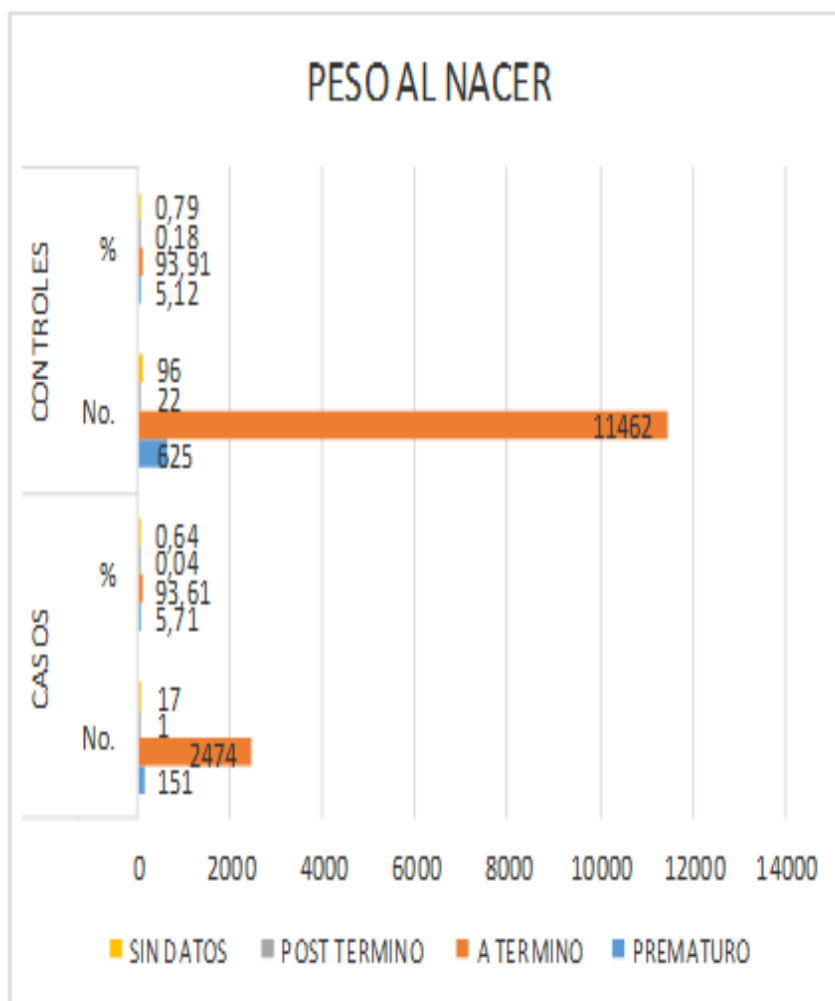
INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 9, en las embarazadas adolescentes el 85,09% nacieron con peso adecuado, el 9,46% con alto peso y el 5,45% con bajo peso. En las adultas embarazadas el 79,49% nacieron con peso adecuado, el 15,88% con alto peso y el 4,63% con bajo peso. En ambos casos los recién nacidos tuvieron un peso adecuado. Existe asociación entre peso al nacer y el embarazo en adolescentes, es decir las embarazadas adolescentes tienen 1,47% veces mayor probabilidad de tener recién nacidos con peso adecuado que las adultas embarazada.

GRÁFICO 8

PESO AL NACER SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

TABLA 10**PESO POR EDAD GESTACIONAL SEGÚN CASOS CONTROLES
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| PESO POR EDAD GESTACIONAL | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|---------------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|-------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| PEG | 76 | 2,90 | 272 | 2,25 | 6,84 | 0,01 | 1,41 | 1,08-1,84 |
| AEG | 2242 | 85,44 | 9635 | 79,54 | 47,99 | 0,00 | 1,51 | 1,34-1,70 |
| GEG | 306 | 11,66 | 2206 | 18,21 | 65,44 | 0,00 | 0,59 | 0,52-0,68 |
| TOTAL | 2624 | 100,00 | 12113 | 100,00 | | | | |

Fuente: Base de datos.

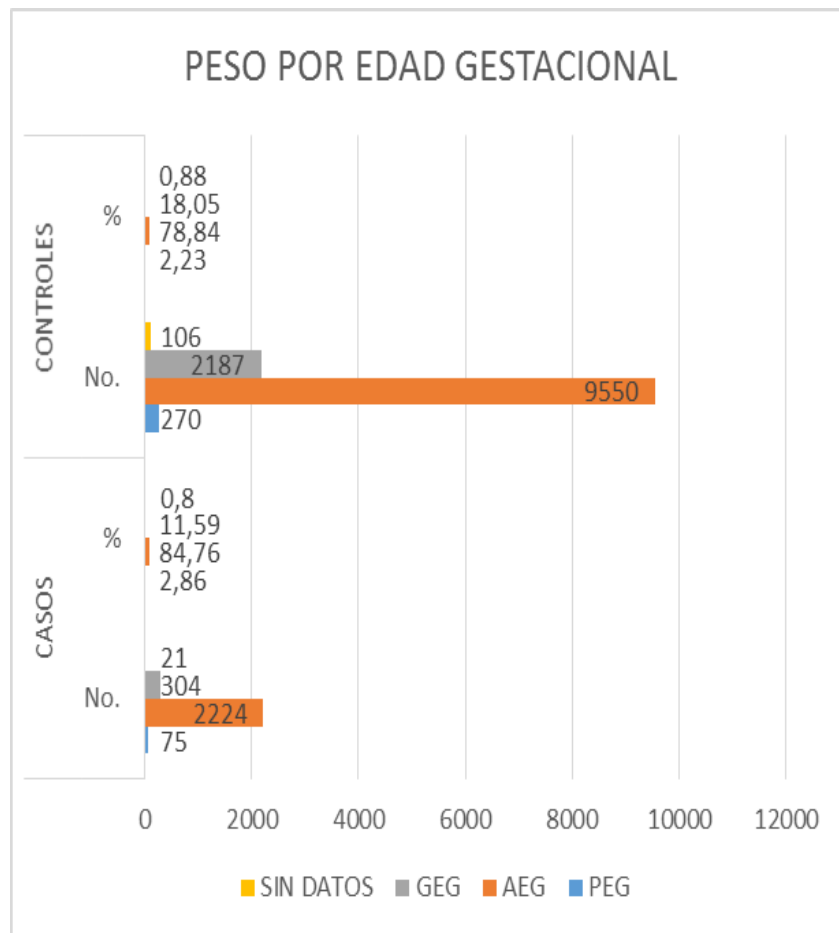
INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 10, en las adolescentes embarazadas el 85,44% fueron AEG, el 11,66% GEG y un 2,90% fueron PEG. En las adultas embarazadas el 79,54% fueron AEG, el 18,21% GEG y el 2,25% PEG. En ambos casos la mayoría de recién nacidos fueron adecuados para la edad gestacional. Existe asociación entre peso por edad gestacional y el embarazo en adolescentes, es decir, las embarazadas adolescentes presentaron 1,51-1,41 veces mayor probabilidad de tener recién nacidos PEG y AEG que las adultas embarazadas.

GRÁFICO 9

PESO POR EDAD GESTACIONAL SEGÚN CASOS CONTROLES

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.



Fuente: Base de datos.

TABLA 11

**APGAR AL MINUTO SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| APGAR AL MINUTO | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|-----------------|-------------|---------------|--------------|---------------|------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| 0 A 3 | 19 | 0,72 | 154 | 1,27 | 5,57 | 0,02 | 0,57 | 0,34-0,93 |
| 4 A 6 | 88 | 3,35 | 353 | 2,91 | 1,43 | 0,23 | 1,16 | 0,91-1,48 |
| 7 A 10 | 2517 | 95,92 | 11606 | 95,81 | 0,06 | 0,80 | 1,03 | 1,83-1,28 |
| TOTAL | 2624 | 100,00 | 12113 | 100,00 | | | | |

Fuente: Base de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 11, en los embarazos adolescentes el 95,92% tienen puntuación de 7 a 10, el 3,35% tiene 4 a 6 y el 0,72% tiene 0 a 3 de Apgar al minuto. En las adultas embarazadas el 95,81% tiene puntuación 7 a 10, el 2,91% tienen 4 a 6 y el 1,27% tienen de 0 a 3 de Apgar. Siendo para ambos casos la puntuación mayor de 7 a 10. Existe asociación entre el Apgar al minuto y el embarazo en adolescentes, es decir las embarazadas adolescentes tienen 1,03 veces mayor probabilidad de tener un Apgar al minuto de 7 a 10 que las adultas embarazadas.

TABLA 12

**MORBILIDAD NEONATAL SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| MORBILIDAD NEONATAL | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|---------------------------|-------------|------|--------------|------|------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| Dificultad respiratoria | 50 | 1,91 | 235 | 1,94 | 0,01 | 0,91 | 0,98 | 0,71-1,35 |
| Infección | 83 | 3,16 | 295 | 2,44 | 4,57 | 0,03 | 1,31 | 1,01-1,69 |
| Malformaciones congénitas | 35 | 1,33 | 154 | 1,27 | 0,07 | 0,79 | 1,05 | 0,71-1,54 |
| Traumatismo al nacer | 23 | 0,88 | 87 | 0,72 | 0,73 | 0,39 | 1,22 | 0,75-1,98 |
| Hiperbilirrubinemia | 102 | 3,89 | 513 | 4,24 | 0,65 | 0,42 | 0,91 | 0,73-1,14 |
| NACIDOS VIVOS | 2624 | | 12113 | | | | | |

Fuente: Base de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 12, el 3,80% de los recién nacidos de madre adolescente presentaron hiperbilirrubinemia, 3,16% infección, 1,91% dificultad respiratoria, 1,33% malformaciones congénitas y 0,88% traumatismo al nacer. De las adultas embarazadas los RN el 4,24% tienen hiperbilirrubinemia, 2,44% infección, 1,94% dificultad respiratoria, 1,27% malformaciones congénitas, 0,27% traumatismos al nacer. Sólo se encontró asociación entre la presencia de infección neonatal con el embarazo en adolescentes; es decir los recién nacidos de madres adolescentes tienen 1,31 veces mayor riesgo de infección que los RN de madres adultas.

TABLA 13

**MORBILIDAD MATERNA SEGÚN CASOS CONTROLES HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2011 A 2015.**

| MORBILIDAD MATERNA | CASOS | | CONTROLES | | Chi2 | P | OR | IC |
|--------------------------|-------------|-------|--------------|-------|-------|------|------|-----------|
| | No. | % | No. | % | | | | |
| Anemia | 715 | 27,05 | 2840 | 23,27 | 17,08 | 0,00 | 1,22 | 1,11-1,35 |
| ITU | 747 | 28,26 | 2753 | 22,56 | 39,28 | 0,00 | 1,35 | 1,23-1,49 |
| Enf. Hipertensiva emb. | 18 | 0,68 | 122 | 1,00 | 2,36 | 0,12 | 0,68 | 0,40-1,14 |
| Hemorragia del 3er trim. | 3 | 0,11 | 43 | 0,35 | 4,01 | 0,04 | 0,32 | 0,08-1,08 |
| Hiperémesis gravídica | 9 | 0,34 | 61 | 0,50 | 1,17 | 0,28 | 0,68 | 0,32-1,42 |
| Infección puerperal | 0 | 0,00 | 1 | 0,01 | | | | |
| Hemorragia post parto | 0 | 0,00 | 7 | 0,06 | | | | |
| Desgarro perineal | 9 | 0,34 | 49 | 0,40 | 0,21 | 0,65 | 0,85 | 0,39-1,79 |
| NACIMIENTOS | 2643 | | 12205 | | | | | |

Fuente: Base de datos.

INTERPRETACIÓN:

Según se observa en la tabla 13, en las madres adolescentes el 28,26% tiene ITU, el 27,05% anemia, el 0,68% enfermedad hipertensiva del embarazo, el 0,34% hiperémesis gravídica, el 0,34% desgarro perineal y el 0,11% hemorragia del tercer trimestre. En las adultas embarazadas el 23,27% tiene anemia, el 22,56% ITU, el 1,00% enfermedad hipertensiva del embarazo, 0,50% hiperémesis gravídica, 0,40% desgarro vaginal, el 0,35% hemorragia del tercer trimestre, el 0,06% hemorragia post parto y el 0,01% infección puerperal. Siendo el mayor porcentaje de morbilidad

materna en los embarazos adolescentes en un 56,79%. Existe asociación entre la ocurrencia de anemia e infección urinaria y el embarazo en adolescentes, es decir las embarazadas adolescentes tienen 1,35 y 1,22 veces mayor riesgo de tener ITU y anemia respectivamente que las adultas embarazadas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La incidencia de embarazo en adolescentes en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 a 2015 fue de 15,29%, oscilando entre 16,15% en el año 2011 a 14,27% en el año 2015, con una tendencia decreciente. De todas las adolescentes, el embarazo ocurrió en 81,01% en la etapa tardía, 18,35% en etapa media y 0,64% en etapa temprana de la adolescencia. Respecto a la edad el autor Paliza López (6) encontró que el 67,6% presentan entre 17 a 19 años, en tanto Osorio Alania (8) encontró que el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad. Estos dos estudios concuerdan con nuestro resultado que indica que el embarazo en adolescentes ocurre más en las edades de 17 a 19 años.

Los resultados maternos asociados significativamente al embarazo en adolescentes en el hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: estudio secundario (OR=2,66), primiparidad (OR=12,37), control prenatal inadecuado (OR=1,15), terminación de parto espontánea (OR=1,24), anemia en el embarazo (OR=1,22) e infección del tracto urinario (OR=1,35).

Respecto a los resultados maternos Bárcena Cohaila (4) encontró que el 86% tiene el grado de instrucción secundaria, que el 49,5% tenían anemia. En tanto Osorio Alania (8) encontró que el 75% tienen grado de instrucción secundaria. Paliza López (6) encontró que el 75,9% eran primíparas. El estudio realizado por Álvarez Gahona (2) indica que el 59,43% han tenido parto espontáneo. Los resultados encontrados por estos autores concuerdan con nuestros resultados que indican que la mayoría de las adolescentes embarazadas no han terminado la secundaria, son primíparas, dieron parto espontáneo y que tuvieron anemia esto refleja que existe mayor riesgo de morbilidad materna en las adolescentes embarazadas.

En otros estudios realizados en el hospital Hipólito Unanue de Tacna respecto a resultados maternos, Loayza Luna (7) encontró que existe mayor riesgo de controles prenatales inadecuados con un 18,8%, en el estudio de Barcena Cohaila (4) se encontró que la mayoría tenía un control prenatal inadecuado con un 82,2%. Esto concuerda con nuestro resultado que refleja que el CPN inadecuado está asociado al embarazo en adolescentes en la ciudad de Tacna, ocasionando mayor riesgo de morbilidad materna.

Los resultados perinatales asociados significativamente al embarazo en adolescentes en el hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: recién nacidos con peso adecuado (OR=1,47), peso adecuado para la edad gestacional (OR=1,51), peso pequeño para la edad gestacional (1,41), Apgar al minuto de 7 a 10 (OR=1,03) e infección neonatal (OR=1,31). Estos resultados reflejan que hay riesgo de morbilidad perinatal en los embarazos adolescentes en relación a infección neonatal y peso pequeño para la edad gestacional.

CONCLUSIONES

- La incidencia de embarazo en adolescentes en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2011 a 2015 fue de 15,29%, oscilando entre 16,15% en el año 2011 a 14,27% en el año 2015, con una tendencia decreciente. De todas las adolescentes, el embarazo ocurrió en el 81,01% en la etapa tardía, 18,35% en etapa media y 0,64% en etapa temprana de la adolescencia.
- Los resultados maternos desfavorables asociados al embarazo en adolescentes en el hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: estudio secundario (OR=2,66), control prenatal inadecuado (OR=1,15), anemia en el embarazo (OR=1,22) e infección del tracto urinario (OR=1,35).
- Los resultados perinatales desfavorables asociados al embarazo en adolescentes en el hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: peso pequeño para la edad gestacional (OR=1,41) e infección neonatal (OR=1,31).

RECOMENDACIONES

- Los obstetras deben mejorar la atención del control prenatal en adolescentes para poder detectar precozmente algún riesgo de morbilidad materna y perinatal, de esa manera evitar posibles complicaciones en el parto o post-parto.
- Los obstetras deben de realizar cursos preventivos de educación sexual en las diferentes instituciones educativas para informar temas relacionados a la sexualidad y prevención del embarazo en adolescentes.
- Los obstetras deben de realizar una atención específica para las gestantes adolescentes, para poder brindar una mejor atención y supervisión de su embarazo.
- Los investigadores deberían de realizar otros estudios relacionados al embarazo en adolescente, para poder determinar las posibles causas de morbilidad materna y perinatal ya que es un problema de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Lima-Peru. 2015.
2. **ÁLVAREZ GAHONA, G. Perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Isidro Ayora de Loja, periodo junio 2010-Julio 2011.** Loja-Ecuador. Octubre de 2011.
3. **RODRÍGUEZ TELLO, Alexia Yurasí. RUIZ DEL CASTILLO, Diana Corina. SOPLÍN BOSMEDIANO, Rocío Del Pilar. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I-2 Masusa Punchana.** Iquitos-Peru. 2014.
4. **BÁRCENA COHAILA, Olga. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010.** Tacna- Perú. 2011.
5. **RODRÍGUEZ AQUINO, Viviana Jacqueline. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero del 2013.** Guayaquil – Ecuador. 2013.

6. PALIZA LÓPEZ, Oliver Uri. **Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, julio a diciembre 2014.** Iquitos – Peru. 2014.
7. LOAYZA LUNA, Flor Anabell. **Factores de riesgo asociados al control prenatal inadecuado y tardío en madres adolescentes y sus repercusiones materno-perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna enero 2009.** Tacna - Peru. 2011.
8. OSORIO ALANIA, Rubén. **Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013.** Lima-Peru. 2014.
9. Dirección nacional de fomento y protección. **Manual de normas y procedimientos para la atención integral a la salud de los/las adolescentes con énfasis en salud reproductiva.** Ecuador. 1995.
10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health.** Geneva. 28–31 January 2008.
11. KASS, EH. **Asymptomatic infections of the urinary tract.,** Trans Assoc Am Physicians, 69 (1956), pp. 56-6
12. MAGEE, L. HELEWA, M. MOUTQUIN, J. VAN DADELSZEN, P. **Hypertension Guideline Committee. Diagnosis, evaluation and**

- management of the hypertensive disorders of pregnancy.** J ObstetGynaecol Can 2008; 30 (Supl 3): s1-s48.
13. TUCTO SÁNCHEZ, Yesica. **Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco octubre 2015-marzo del 2016.** Huánuco – Perú. 2016.
14. OLIVEROS, M. SHIMABUKU, R. CHIRINOS, J. COSTTA, R. TICONA, M. MESTANZA, M. BARRIENTOS, A. **El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en el Perú.** Proyecto multicéntrico. Rev. Soc. Per. Pediatría. 2002; 55(3):18-24 2. Pacheco J. Tratado de Ginecología, Obs.
15. LÓPEZ RODRÍGUEZ, Yamilet. **Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo.** Camagüey-Cuba. 2011.
16. LEONGORDIS. **Epidemiology.** 3th edition, 2004
17. RIONAULA MUÑOZ, Martha Lucia. ROMERO LOJA, Karina Marianela. ZARI MOROCHO, Silvia María. **Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del hospital básico “Limón Indanza”.** Cuenca-Ecuador. 2013.

18. ZAMORA LARES, A. PANDURO BARÓN, J. PÉREZ MOLINA, J. QUEZADA FIGUEROA, N. GONZÁLEZ MORENO, J. FAJARDO DUEÑAS, S. **Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales.** Revista Médica MD. 2013.4 (4):233-238.
19. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.
20. MERINO ENA, Isabel. ROSALES INESTROZA, Ernesto. **Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud altavista, enero a junio de 2010.** Universidad de El Salvador. 2010.
21. PAPILE, LA. **The Apgar score in the 21st century.** N Engl J Med. 2001; 344:519-20.
22. ROMERO, J. BIRUETE, B. BORREGO, M. **Guía de Práctica Clínica. Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea.** Instituto Mexicano de Seguro Social, CENETEC; México. 2014. Report No.: 978-607-7790-92-1.
23. ACOG. **Definition of Term Pregnancy.** ACOG; Society for Maternal-Fetal Medicine. 2013 Nov;(579).
24. FERRER, Reina. FIGUERA, Evelia. **Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas.** Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría, Escuela de Enfermería Universidad de Carabobo -

- Venezuela.** Medicina Preventiva y Salud Pública. Publicado en Portales Médicos. Venezuela. 8/10/2010.
25. PANDURO, J. JIMÉNEZ, P. PÉREZ, J. PANDURO, E. PERAZA, D. QUEZADA, N. **Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales.** Ginecología – obstetrician. Mexico. 2012.
26. Bureau Program Population Referenc. Inc. **Actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe; riesgos y consecuencias. International.** Noviembre. 2009.
27. AFFITA BATISTA A, ARIOSA JM, CUTIÉ SÁNCHEZ JR. **Adolescencia e interrupciones de embarazo.** Rev. Cubana Obst. Ginec. 2004.
28. PALACIO G, KO I, BOCCADORO F. **Reanimación del Shock séptico.** Revista del Hospital de niños de Buenos Aires, Arg. 2002; 44 (200): 287-291.
29. ROSEBOOM TESSA J., et al. **Maternal Characteristics largely explain poor pregnancy outcome after Hyperemesis Gravidarum,** European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology (2011) 156: 56-59.
30. QUERO J, JIMÉNEZ R. **Insuficiencia respiratoria del recién nacido (neumopatías neonatales).** En: Cruz M (ed). Tratado de Pediatría. 8ª ed. Ergon. Madrid 2001. p. 141-55.

31. GILL A.B., BOTTOMLEY L., CHATFIELD S., WOOD C. **Perinatal transport: problems in neonatal intensive care capacity.** Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. 2004; 89; 220-223.
32. VIDAL S, LÓPEZ MC, TÉLLEZ M, ÁLVAREZ JA, PÉREZ A. **Fractura-hundimiento craneal congénita con resolución espontánea.** An Esp Pediatr 2001; 54: 78-80.

ANEXOS

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPOTESIS | VARIABLE | INDICADOR | MUESTRA | DISENO | INSTRUMENTO | ESTADIGRAFO |
|--|---|---|--|--------------------------------------|---|--|---|---|
| ¿Cuál es la incidencia y los resultados materno perinatales asociados al embarazo en adolescentes atendidos en el hospital Hipólito Unanue Tacna durante el periodo 2011 a 2015? | Objetivo general Determinar la incidencia y los resultados maternos perinatales asociados al embarazo en adolescentes del hospital Hipólito Unanue Tacna durante el periodo 2011 a 2015. Objetivos específicos Determinar la incidencia de embarazos en adolescentes atendidos en el hospital Hipólito Unanue Tacna, durante los años 2011 a 2015. Identificar los resultados maternos del embarazo en adolescente. Identificar los resultados perinatales del embarazo en adolescentes. | Ho: La incidencia de embarazos en adolescentes es baja y presenta mayor morbilidad materna y perinatal. H1: La incidencia de embarazos en adolescentes es alta y no presenta mayor morbilidad materna y perinatal. | Variable independiente: Embarazo en adolescente. Variable dependiente: Resultados maternos y perinatales. | Instrumento de recolección de datos. | Casos: Fueron todas las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años cuyo parto fue atendido en el hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2011 a 2015. Siendo un total de 2643 partos en los cinco años de estudio, según los criterios de inclusión y exclusión. Controles: Fueron todas las pacientes embarazadas no adolescentes comprendidas entre los 20 a 34 años, cuyos partos fueron atendidos en el hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2011 a 2015. Siendo un total de 12205 partos en los cinco años de estudio, según los criterios de inclusión y exclusión. | El diseño de investigación es no experimental, de casos y controles. | Se empleara la historia clínica perinatal del minsa | Tabla de consistencia, chi2, P, OR, IC. |