

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**Tesis:**

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-  
EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS GESTANTES  
ADOLESCENTES. HOSPITAL VITARTE. AÑO  
2013”**

**Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano**

**Presentado por el Bachiller en Medicina:**

**Herbert Palma Flores**

**Asesor: Dra. Lorena J. Reyna Barandiarán**

**TACNA- PERÚ**

**2014**

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b>	<b>ii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>vii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>04</b>
1.1 Fundamentación del problema	04
1.2 Formulación del Problema	05
1.3 Objetivos de la investigación	06
1.3.1 Objetivo General	06
1.3.2 Objetivos Específicos	06
1.4 Justificación de la investigación	07
1.5 Definición de términos	08
<b>CAPÍTULO II: REVISION BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>11</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	11
2.2 Marco teórico	21
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES</b>	<b>30</b>
3.1 Hipótesis	30
3.2 Operacionalización de variables	30

<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>33</b>
4.1 Diseño.	33
4.2 Ámbito de estudio.	33
4.3 Universo.	33
4.4 Muestra.	34
4.5 Materiales.	34
4.6 Método.	34
4.7 Criterios de inclusión.	35
4.8 Criterios de exclusión.	35
4.9 Instrumentos de recolección de datos.	35
<b>CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>36</b>
5.1 Consideraciones éticas	37
<b>CAPÍTULO VI: RESULTADOS</b>	<b>38</b>
Tabla 01	40
Tabla 02	41
Tabla 03	42
Tabla 04	44
Tabla 05	44
Tabla 06	45
Tabla 07	47
Tabla 08	48
Tabla 09	49
Tabla 10	50
Tabla 11	52

## **CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

<b>DISCUSIÓN</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>58</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>65</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el período comprendido enero a diciembre del 2013. **Ambiente:** Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte. **Método:** Esta investigación fue de tipo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se expresaron los resultados en tablas de frecuencia simple. **Resultados:** Durante el periodo 2013 de enero a diciembre en el Hospital Vitarte se registraron 3482 partos, de los cuales 649 (18.6%) correspondían a gestantes adolescentes. Al evaluar las características personales de las gestantes adolescentes se encontró que con más frecuencia se registró en la adolescencia tardía (17-19 años) registrándose 493 casos (75.9%). El nivel de escolaridad se ubicó en la Secundaria con 403 casos (62%). Según el estado civil 590 (90.9%) de las gestantes adolescentes eran solteras y 491 (75.6%) eran procedentes de zonas rurales. Entre las características clínicas durante el embarazo más frecuentes de los 649 casos estudiados se encontró que el 67% presentaron complicaciones médicas durante el embarazo, donde el 19.5% presentaron algún tipo de infección ginecológica, el 17.7% sufrió de infecciones urinarias, el 8.1% de Hipertensión inducida por el embarazo, el 10.9% de anemia, el 4.7% ruptura prematura de membranas, el 3.5% de amenaza de aborto y el 2.6% de amenaza de parto pretérmino. Con respecto a las características obstétricas de las gestantes adolescentes se evidenció que la edad promedio de la menarquia fue a los 12.1 años; 459 (70.7%) se iniciaron sexualmente entre los 14 -16 años de edad; 587 (90.4%) eran primigestas; 427 (65.7%) habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo; 548 (84.4%) si usaron métodos anticonceptivos; donde el 38.3% usaron preservativo, el 8.7% anticonceptivos orales diarios y el 1.6% usaron ampolla; 561 (86.4%) se controlaron regularmente el embarazo, teniendo >7 controles. La vía de resolución del embarazo en 538 (82.8%) fue el parto vaginal, siendo el 14.1% eutócico y el 68.7% de tipo distócico, el 49.8% se le practicó episiotomía, el 13.6% por circular simple de cordón, el 2.6% por circular doble de cordón, desgarro de primer grado el 2.3% y de segundo grado el 0.4% ; mientras que 111 (17.1%) restante concluyeron en cesárea, siendo la mayor causa por distocia de presentación en un 9.2%, seguido del 6% por desproporción céfalo-pélvica y en menor frecuencia por inducción fallida y condilomatosis en un 1.3% y 0.4% respectivamente. **Conclusiones:** Se determinó una incidencia de 18.6% de partos de gestantes adolescentes en el año 2013, observándose un incremento de 3.9% en relación al año 2012. En cuanto a las características personales de las gestantes adolescentes: el intervalo de edad fue de 14 – 16 años, la mayoría eran solteras, procedían de zona rural y el grado de escolaridad más frecuente fue la secundaria. Así mismo, con las características obstétricas de las gestantes adolescentes se concluyó que: el promedio de edad de la menarquia fue de 12.1 años, con un mínimo de 10 años y máximo de 14 años, la edad de inicio de relaciones sexuales se encontró en el intervalo de 14 – 16 años, la mayoría eran primíparas, habían tenido una sola pareja sexual hasta el momento de su embarazo y el 84.4% si habían usado métodos anticonceptivos aparentemente. La mayoría de gestantes adolescentes controlaron regularmente (>7 controles) su embarazo. La vía de resolución del embarazo más frecuente fue el parto vaginal. Con respecto a las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo, la mayoría de las gestantes adolescentes de nuestro estudio presentaron complicaciones durante el embarazo, siendo las más frecuentes las Infecciones ginecológicas e infecciones de las vías urinarias.

**Palabras Claves:** Gestante, Adolescente, Características.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the clinical and epidemiological of pregnant adolescents seen in Vitarte Hospital during the period January to December 2013 **Environmental characteristics:** Department of Gynecology and Obstetrics Hospital Vitarte. **Method:** This research was, descriptive, retrospective and cross-sectional. The results are expressed in simple frequency tables. **Results:** During the period January 2013 to December 3482 at the Hospital Vitarte deliveries, of which 649 (18.6%) were pregnant teenagers were recorded. In assessing the personal characteristics of pregnant teenagers found that most often occurred in late adolescence (17-19 years) recorded 493 cases (75.9%). The level of education started with 403 secondary cases (62%). By marital status 590 (90.9%) of pregnant adolescents were single and 491 (75.6%) were from rural areas. Clinical features frequently during the pregnancy of the 649 cases studied was found that 67% had medical complications during pregnancy, where 19.5% had some type of gynecological infection, 17.7% suffered from urinary tract infections, 8.1% of Hiptertensión induced by pregnancy, anemia 10.9%, 4.7% premature rupture of membranes, 3.5% of threatened abortion and 2.6% of preterm labor. With regard to obstetric characteristics of pregnant adolescents showed that the average age of menarche was 12.1 years for; 459 (70.7%) became sexually between ages 14 -16; 587 (90.4%) were nulliparous; 427 (65.7%) had had sex with only one partner at the time of her pregnancy; 548 (84.4%) if they used contraception; where 38.3% used condoms, oral contraceptives 8.7% daily and 1.6% used blister; 561 (86.4%) are regularly monitored pregnancy, taking > 7 controls. The route of pregnancy resolution in 538 (82.8%) were vaginal delivery, with 14.1% and 68.7% eutocic dystocic type, 49.8% episiotomy was performed, 13.6% for simple circular cord, 2.6% double cord, first degree tear 2.3% and 0.4% second-degree circle; while 111 (17.1%) Remaining ended in cesarean, being the major cause of dystocia presentation by 9.2%, followed by 6% for cephalopelvic disproportion and less frequently by condilomatosis failed induction and 1.3% and 0.4% respectively. **Conclusions:** The incidence of 18.6% of pregnant teen births in 2013 was determined, with an increase of 3.9% over the year 2012 Regarding the personal characteristics of pregnant adolescents: age range was 14 - 16 years, most were single, came from rural areas and grade school was the most common secondary. Likewise, with the obstetric characteristics of pregnant adolescents concluded that: the average age of menarche was 12.1 years, with a minimum of 10 years and maximum of 14 years, the age of first sexual intercourse was found in the range 14 to 16 years, most were primiparous, had had only one sexual partner at the time of their pregnancy and 84.4% if they had used contraception apparently. Most pregnant adolescents monitored regularly (> 7 controls) pregnancy. The way to resolve the most common pregnancy was a vaginal delivery. Regarding the most common medical complications during pregnancy, most pregnant adolescents in our study had complications during pregnancy, the most common gynecological infections and infections of the urinary tract.

**Keywords:** Pregnancy, Adolescence, characteristics.

## **DEDICATORIA**

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

A mi Madre Mercedes, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

De igual forma, dedico esta tesis a mi Padre Carlos, que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi Madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

Agradezco también a mi Padre por ser el apoyo en mi carrera, en mis logros, en todo, que aun estando lejos a lo largo de mi vida universitaria, lo llevé siempre en mi corazón y mente.

A mi Tía Melissa, por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fé que tiene en mí.

A la Doctora Lorena J. Reyna Barandiarán, por su valiosa guía, recomendaciones y asesoramiento en la realización de la investigación.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de esta investigación.



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la época de transición desde la niñez a la vida adulta. En la actualidad y a escala mundial, el embarazo ocurre a edades más tempranas que en el pasado, como lo demuestran numerosos trabajos científicos desde hace décadas y nuestro país no se escapa de esta realidad.

El embarazo y la maternidad de las adolescentes son hechos más frecuentes de lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de las madres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; constituyendo uno de los problemas más relevantes de salud reproductiva en el mundo.

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud; se excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado aproximaciones. Se ha calculado que alrededor de 15 millones de adolescentes en el mundo dan a luz cada año, cifra que corresponde a una quinta parte de todos los nacimientos.

En los hospitales del Ministerio de Salud del Perú, 20% del total de partos en un año corresponden a madres de 10 - 19 años, y 20% de este grupo tiene ya como antecedentes de dos a cuatro embarazos, abortos y partos, convirtiéndose en un problema de salud pública por el aumento de la morbilidad materna, sin contar las secuelas psicosociales que de ello se desprenden.

Distintos autores afirman que la gestación adolescente es una condición de alto riesgo. Otros señalan que estas embarazadas siguen con frecuencia un control prenatal inadecuado y acceden a la atención prenatal en un estado muy avanzado de la gestación, ya que existe una tendencia de la joven a ignorar su situación, bien sea por miedo a la desaprobación familiar o porque a esta edad es más proclive a demostrar comportamientos arriesgados y se tiene poca conciencia sobre la salud.

Los recién nacidos de estas jóvenes son el producto de un embarazo con una mayor probabilidad de tener complicaciones; entre las complicaciones más frecuentes que se destacan durante el embarazo son: anemia, infección de vías urinarias, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo y leucorrea.

El embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial, por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden bio-psico-social repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo.

En la revisión bibliográfica encontramos investigaciones en relación al tema que nos ocupa, realizadas en diferentes países y en nuestro medio, pero ninguna realizada en este centro asistencial, de allí la relevancia de este estudio que se propuso determinar las

características clínico-epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte en el año 2013.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en Salud Pública. El Hospital Vitarte es una institución de referencia, observándose en la práctica un incremento en la demanda de atención en el Servicio de Ginecología y Obstetricia por parte de la población adolescente.

La importancia del presente estudio radica en poder identificar las principales características clínico-epidemiológicas de las gestantes adolescentes, lo que contribuiría a diseñar estrategias que ayuden a enfrentar la presencia de complicaciones en esta población; contribuyendo a lograr resultados maternos y fetales promisorios.

La investigación es factible, porque se cuenta con un buen número de pacientes gestantes adolescentes que acuden a sus controles prenatales; será autofinanciada por el tesista y también porque se cuenta con la opinión favorable de la Jefatura correspondiente para la realización de la investigación.

El estudio es viable, ya que a toda paciente hospitalizada en el Servicio de Gineco-Obstetricia se le realiza una historia clínica

detallada, en la cual se incluyen las principales variables del estudio, siendo factible su recopilación.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **PROBLEMA GENERAL:**

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el período comprendido entre enero y diciembre del 2013?

### **PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

- a) ¿Cuál es la incidencia de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013?
- b) ¿Cuáles son las características personales (edad, nivel de escolaridad, estado civil, procedencia) que predominan en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013?
- c) ¿Cuáles son las características obstétricas (edad de la menarquia, primera relación sexual, paridad, número de parejas sexuales, uso de métodos sexuales, control prenatal, tipo de parto) que predominan en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013?
- d) ¿Cuáles son las principales complicaciones médicas (infecciones ginecológicas, infección de vías urinarias,

hipertensión inducida por el embarazo, anemia, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino) durante el embarazo en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar las características clínico-epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el período comprendido entre enero y diciembre del 2013.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Determinar la incidencia de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013.
- b) Identificar las características personales (edad, nivel de escolaridad, estado civil, procedencia) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013.
- c) Identificar las características obstétricas (edad de la menarquia, primera relación sexual, paridad, número

de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, control prenatal y tipo de parto) de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013.

d) Identificar las principales complicaciones médicas (infecciones ginecológicas, infección de vías urinarias, hipertensión inducida por el embarazo, anemia, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino) durante el embarazo en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

El embarazo y la maternidad a edades tempranas no es patrimonio de los países del tercer mundo, es un problema mundial que despierta un creciente interés, no sólo por la mortalidad que origina sino también por la magnitud de la morbilidad, que tanto a corto como a largo plazo le acompañan, y envuelven a la madre y al niño, algunas de las cuales se amplían a la edad adulta, lo que nos obliga a tomar medidas rápidas y apropiadas para prevenir y manejar apropiadamente; a fin de disminuir sus posibles secuelas.

La presente investigación tiene como objetivo general determinar las principales características clínico-

epidemiológicas en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2013, este resultado ayudará a continuar con el desempeño profesional del equipo multidisciplinario de salud; con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la futura madre adolescente y del niño, diseñar y ejecutar estrategias de promoción y prevención en salud, que ayuden a disminuir los embarazos adolescentes y brindar una atención integral a la población adolescente acorde a su realidad.

## 1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Características personales:** el presente proyecto tomará como características personales a la edad, estado civil, escolaridad y procedencia de las pacientes.
- **Gestante adolescente:** se define como aquella que ocurre en la etapa denominada adolescencia, que comprende a mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica.<sup>1</sup>
- **Paridad:** Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), múltipara (2-5 hijos) y gran múltipara ( $\geq 6$ )<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Prieto de Souza R. Salud Integral del Adolescente. Asunción 2003; 254.

<sup>2</sup> Dr. Feliciano Víctor Gutarra C. Conceptos básicos de obstetricia. Universidad Nacional de Tumbes. Facultad de Ciencias de la Salud. 2012.



- **Infección de vías urinarias:** Presencia de un urocultivo positivo definido por un recuento  $> 100\ 000$  Unidades Formadoras de Colonias/ mL (UFC), documentado en la historia clínica<sup>3</sup>.
- **Trastorno hipertensivo del embarazo:** Registro de la presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg con al menos 4 horas de diferencia en gestantes previamente normotensas; con o sin proteinuria, documentado en la historia clínica<sup>4</sup>.
- **Amenaza de parto prematuro:** La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación<sup>5</sup>.
- **Amenaza de aborto:** es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 22 semanas o menos de gestación, con ausencia de modificaciones cervicales<sup>6</sup>.
- **Ruptura prematura de membranas:** Se define como la rotura de las membranas ovulares después de las 22 semanas, consiste en la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida

---

<sup>3</sup> Urología. CTO – Medicina y Cirugía – 7° Edición. pág. 1633.

<sup>4</sup> Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Tercera edición. 2010. Capítulo 165; pág. 1357.

<sup>5</sup> A. Ochoa, J. Pérez Dettoma. Preterm labour. Premature rupture of membranes. Chorioamnionitis.

<sup>6</sup> Guía de referencia rápida. Prevención, diagnóstico y referencia de la Amenaza de Aborto en el primer nivel de atención. Gobierno federal de los Estados Unidos Mexicanos. 2012.

de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina<sup>7</sup>.

- **Anemia durante el embarazo:** Se considera como anemia durante el embarazo cuando la cifra de hemoglobina está por debajo de 110 g/L de sangre y el hematocrito menor del 33 % durante el tercer trimestre de la gestación.

La Organización Mundial de la Salud en 1991 ha dado la siguiente clasificación de la anemia<sup>8</sup>:

- o Anemia moderada: Hb. < 110 g/L y > 70 g/L.
  - o Anemia severa: Hb. < 70 g/L y > 40 g/L.
  - o Anemia muy severa: Hb. ≤ 40 g/L.
- **Leucorrea:** La leucorrea o descarga vaginal es, en muchas oportunidades, el signo-síntoma cardinal y constituye casi siempre el motivo de consulta. La leucorrea generalmente se asocia a Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS)<sup>9</sup>.
- **Menarquia:** Iniciación de la menstruación en la mujer, el cual ocurre al final de la pubertad y anuncia el comienzo del periodo de la adolescencia<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, Gómez R, Romero. R. Rotura prematura de membranas y corioamnionitis. En: Pérez Sánchez A. Obstetricia. 3a ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2005:659-666.

<sup>8</sup> Dr. U. Farnot. OMS/Ginecología. Capítulo 12; pág.: 120.

<sup>9</sup> Enfoque racional de la terapéutica de las infecciones ginecológicas: Vulvovaginitis. Unidad 5. pág. 189.

<sup>10</sup> Dra. Wendy Valdés G. MSc. Dra. Tania Espinosa R. MSc. Dr. Graciela Leyva A. Menarquia y factores asociados. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana. Cuba. 2011

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Para entender las actitudes de las jóvenes, especialmente durante un embarazo, es importante conocer las características de estas etapas, sabiendo que una adolescente embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando.

##### **A nivel internacional:**

Elva López Quevedo, en su tesis previa a la obtención de título de médico, “Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Homero Castanier Crespo de Cuenca - Ecuador en el periodo Enero-Diciembre 2008”, se revisó todas las historias clínicas del servicio de Obstetricia, que registraron a gestantes adolescentes en el año 2008. La muestra fue tomada de estas historias clínicas, y se excluyeron a aquellas que no presentaron complicaciones. Resultados: el 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). El 65.5% perteneció a la zona rural. El 43.64% ha estudiado la secundaria incompleta. El 40% son casadas. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 92 casos (41.82%), la ruptura prematura de membranas y la desproporción céfalo pélvica constituyeron el 8.64%, la preclampsia en un 4.55%, el desgarro perineal grado II

se presentó en el 1.82%. El aborto diferido con el 3.64%, seguido del aborto incompleto 2.73%, aborto completo 2.27%, la amenaza de aborto representó el 1.82%, el aborto en curso en el 0.91%. No se presentaron casos de aborto inevitable ni aborto séptico. El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en la población de las zonas rurales, casadas y con una instrucción de secundaria incompleta. La complicación que más se presenta es la cesárea<sup>11</sup>.

Dayris Blanco Gámez y Mercedes Arrieta Zulueta, en su artículo “Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico-epidemiológico en el Policlínico Párraga. Arroyo Naranjo. 2005-2006”, presentaron un estudio empírico, observacional, descriptivo y retrospectivo de 69 gestantes adolescentes captadas en el Policlínico Docente Párraga, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana en Cuba, en el período julio 2005 y julio del 2006. El propósito fue caracterizar el comportamiento social, epidemiológico y clínico del embarazo en las adolescentes. La información se obtuvo a través de la planilla de recolección de datos aplicada a las 69 pacientes con el auxilio del carné obstétrico y el Departamento de Estadística del Policlínico. Las variables estudiadas fueron: grupo etéreo, escolaridad, ocupación, estado conyugal, tipo de captación, planificación del embarazo, valoración nutricional, edad gestacional y características del parto, clasificación del peso y puntuación de Apgar. El grupo etéreo más afectado fue entre 17 y 19 años, predominaron las

---

<sup>11</sup> Elva López Quevedo. Complicaciones Obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo Enero-Diciembre 2008”. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2010.

solteras y las uniones consensuales sobre las casadas. La Escuela Secundaria Básica constituyó el mayor nivel de escolaridad. El mayor número de los embarazos fue no deseado, coincidiendo con el mayor número de captaciones intermedias y tardías. Hubo predominio de las adolescentes con peso dentro de lo normal, los casos de Apgar bajo se relacionaron con los partos distócicos, mientras que en los recién nacidos con bajo peso predominaron los partos pretérminos<sup>12</sup>.

Ali y colaboradores, investigaron la relación entre el primer y el segundo embarazo en la adolescencia y el parto prematuro, peso al nacer y pequeños para la edad gestacional (PEG). Se estudió a todas las mujeres de edades 14 a 29 años que dieron a luz a sus hijos únicos en la región occidental del norte de Inglaterra entre el 1 de enero de 2004 y 31 de diciembre 2006. Las mujeres fueron clasificadas en tres grupos: 14-17, 18-19 y 20-29 años (grupo de referencia). Las medidas de resultado fueron el parto prematuro, parto muy prematuro, peso al nacer, PEG (< percentil 5), muy PEG (< percentil 3). Se compararon estas medidas de resultado en los embarazos adolescentes primero y segundo con los de madres de 20 a 29 años. Se encontró el riesgo de parto prematuro, se incrementó en primera (OR (odd Ratio) = 1,21 [IC del 95 %: 1,01 a 1,45]) y el segundo (OR = 1,93 [IC del 95 %: 1,38 a 2,69]) madres de tiempo de 14-17 años en comparación con el grupo de referencia. El peso al nacer se redujo en el primer (diferencia de medias = -24 g; [IC del 95%: -40, -7]) y la segunda (diferencia de

---

<sup>12</sup> Dayris Blanco Gámez y Mercedes Arrieta Zulueta. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2010;9, 246-253.

medias = -80 g; [IC del 95 %: -115, -46]) madres de tiempo de 14-17 años en comparación con el grupo de referencia. Hubo algunas pruebas de un efecto protector contra MPEG en 14-17 y madres antigua primero tiempo (OR = 0,79, [IC del 95 %: 0,63 a 0,99]). Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de parto prematuro en comparación con las madres adultas y este riesgo es aún mayor en los embarazos de adolescentes segundo tiempo. Este estudio destaca la importancia de asegurar las adolescentes embarazadas reciban atención prenatal adecuada<sup>13</sup>.

Chirinos de Cora, en su artículo “Embarazo en la adolescencia”, manifiesta que ha observado un incremento del embarazo en las adolescentes y considera que esto se debe a múltiples factores, entre los cuales menciona la constitución de la familia, las condiciones sociales, culturales y medios de comunicación masiva. La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin comunicación adecuada de padre a hija, con un nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, también se ven programas con cierto grado de erotismo, que son observados por los niños y pueden influir en el

---

<sup>13</sup> Ali S Khashan, Philip N Baker and Louise C Kenny Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:36. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/36>.

inicio de la vida sexual a una edad temprana<sup>14</sup>.

Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi, realizaron un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Dr. Raúl Leoni Otero. San Félix. Edo. Bolívar – Venezuela, 2003 – 2007; para “determinar los factores Clínico – Epidemiológicos de las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de Embarazo Adolescente durante el Periodo 2003 – 2007”. Se registraron 28.060 partos de los cuales 1856 (6.6 %) 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 (23.2%). El nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (29.9 %). Según el estado civil 502 (27%) 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 (21.9%) se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad, 544 (29.3%) eran primigestas, 410 (22%) habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo; Así mismo 488 (26.2%) no se habían realizado citología y 491 (26.4%) no usaron métodos anticonceptivos. Se encontró que 398 (21.4%) no se controlaron adecuadamente el embarazo. La vía de resolución del embarazo en 444 (23.9%) de los casos fue el parto y al analizar el tipo de Parto realizado encontramos que 390 (21%) correspondieron a partos eutócicos.

---

<sup>14</sup> Chirinos de Cora M.A. Embarazo en Adolescencia. Revista Cubana de Enfermería; 1993; 9(2): 117-31.

Entre las complicaciones médicas más frecuentes se presentó en 557, donde se encontró que 110 (19,7%) 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<sup>15</sup>.

#### **A nivel nacional:**

Dr. Américo Peña Oscuvilca, Dr. William R. Peña Ayudante, en su artículo “Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia”, presentó un estudio de cohorte no concurrente que desarrolló en el Hospital Regional de Huacho, Perú. El grupo de adolescentes estuvo conformado por 313 gestantes de 10 a 19 años y el de no adolescentes por 944 gestantes de 20 a 34 años. Los datos fueron obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital, del primer semestre de 2005. Resultados: Las adolescentes tuvieron una edad media de  $17,5 \pm 1,5$  años y las demás gestantes,  $25,5 \pm 4$  años. La mayoría de las gestantes fue conviviente (65,5% y 67,1%, respectivamente) y con estudios secundarios concluidos (82,4% y 70,7%, respectivamente). Las patologías del embarazo más frecuentes fueron la infección del tracto urinario ( $p=0,443$ ;  $RR=1,07[0,90-1,27]$ ) y la anemia ( $p=0,281$ ;  $RR=0,89[0,72-1,10]$ ). Las entidades neonatales más frecuentes fueron el peso bajo al nacer ( $p=0,011$ ;  $RR=1,85 [1,15-$

---

<sup>15</sup> Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar 2003– 2007.



2,98]) y el puntaje Ápgar bajo al primer minuto ( $p=0,009$ ;  $RR=1,81[1,16-2,83]$ )<sup>16</sup>.

Diana Huanco A, Manuel Ticona R., Maricarmen Ticona V., Flor Huanco A, investigaron la frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Presentando un estudio de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Se analizaron las variables desde la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Para el análisis se usó frecuencias y Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza. Resultados: Las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencias significativas entre regiones naturales (17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva). Se asoció al embarazo adolescente una menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable, región selva y mal estado nutricional. Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal inadecuado ( $OR=1,2$ ) y tardío ( $OR=1,56$ ), morbilidad materna ( $OR=1,18$ ), anemia ( $OR=1,24$ ), infección del tracto urinario ( $OR=1,3$ ), enfermedad hipertensiva del embarazo ( $OR=1,3$ ) e infección puerperal ( $OR=1,44$ ). Las adolescentes tienen condiciones socio-demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de

---

<sup>16</sup> Dr. Américo Peña Oscuvilca, Dr. William R. Peña Ayudante. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2011; 57:43-48.

morbilidad materna y morbi-mortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas<sup>17</sup>.

El Dr. E. Vera, realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Referencial Provincial Acobamba – Huancavelica; para conocer la incidencia y características clínico- epidemiológicos de las gestantes adolescentes atendidas durante 1999. Se encontró una incidencia del 16%, todos correspondientes a la adolescencia tardía (15-19). La mayoría proviene de zonas rurales (65%), con estudios primarios (55%) y unión estable con sus parejas (100%). El 70% presentó menarquia entre los 12 a 14 años y un 20% inició su actividad sexual antes de los 15 años. El 15% había estado embarazada previamente, el 40 % nunca recibió control prenatal y las que sí lo hicieron empezaron tardíamente, especialmente en el tercer trimestre (50%). Se presentó 40% de complicaciones durante el embarazo y parto, ninguna en el puerperio; éstas fueron trabajo de parto prolongado (50%), desgarros perineales (25%), ruptura prematura de membranas y parto pretérmino (12,5%). En los recién nacidos se tuvo 10% de bajo peso al nacer y 5% de prematuridad; 35% de asfixia al minuto y ningún asfixiado a los 5 minutos. Conclusiones: un deficiente grado de instrucción general, inicio temprano de relaciones sexuales y uso escaso o nulo de metodología anticonceptiva se relaciona con una alta incidencia de embarazos en adolescentes; el trabajo de parto prolongado, desgarros perineales, productos con peso bajo al

---

<sup>17</sup> Diana Huanco A, Manuel Ticona R., Maricarmen Ticona V., Flor Huanco A. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77(2): 122 – 128.

nacer y prematuridad con frecuentes en adolescentes<sup>18</sup>.

#### **A nivel local:**

Olga Bárcena Cohaila, Javier Lanchipa Picoaga, Claudio Ramírez Atencio, en su artículo “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010”, publicada en la Revista Basadrina Vol-6, Julio-Diciembre 2012, se presentó un estudio retrospectivo, analítico, de casos y controles. La población de estudio fueron 2400 adolescentes hospitalizadas para atención del parto durante los años 2006 a 2010, de las cuales 101 adolescentes con parto pretérmino fueron los casos, y se seleccionaron de manera aleatoria 303 controles (3 controles por cada caso) entre adolescentes cuyo parto fue a término (entre 37 y 42 semanas de gestación). Para el análisis se utilizó frecuencias absolutas y relativas así como Odds Ratio con intervalos de confianza al 95%. Resultados: Durante los años 2006 a 2010 se atendieron 11137 partos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de ellos 2400 partos correspondieron a adolescentes, representando el 21,5%. Además, 745 partos fueron partos pretérmino, representando una tasa de 6,7% del total de partos atendidos, siendo 101 de adolescentes con 4,2%.

La mayoría de madres adolescentes fueron convivientes (53,5%) seguidos de solteras (39,6%), el estado civil de las adolescentes no se asoció con el riesgo de parto pretérmino. La mayoría de

---

<sup>18</sup> Dr. E. Vera. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica. 1998 / Pregnancy in adolescents. Study in Acobamba, Huancavelica, 1998.

adolescentes tenían nivel educativo secundario (86%) seguido de nivel superior y nivel primario. El nivel de instrucción no se asoció con el riesgo de parto pretérmino en adolescentes. La mayoría de adolescentes no tuvieron ninguna gestación previa (81,2%) ni parto previo (89,1%). El número de gestaciones previas y partos previos no incrementó el riesgo de parto pretérmino en adolescentes. La mayoría tuvieron menos de 7 controles prenatales (82,2%) mientras que 17,8% tuvieron 7 o menos controles prenatales. Las adolescentes con CPN<7, aumentaron en más de 3 veces el riesgo de parto pretérmino en comparación a aquellas con  $\geq 7$  controles prenatales (OR: 3,6). La complicación más frecuente de estas gestantes fue la anemia (49,5%), seguida de infecciones urinarias (26,7%)<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Olga Bárcena Cohaila, Javier Lanchipa Picoaga, Claudio Ramírez Atencio. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Médica Basadrina 2012; 6(2): 4-7.

## 2.2 MARCO TEÓRICO

### LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros"<sup>20</sup>.

En el área cognitiva la adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar"<sup>21</sup>. En el área afectivo-social la adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que la adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí misma. Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores"<sup>19,22</sup>.

El vocablo "adolescencia" deriva de la voz latina "adolece" que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Esta etapa comprende edades muy variables de un niño a otro, pero se acepta

---

<sup>20</sup> Manlove J, Terry-Humen E, Romano Papillo A, et al. Preventing teenage pregnancy, childbearing, and sexually transmitted diseases: what the research shows. American Teen Series Research Brief. Washington (DC): Child Trends; 2002.

<sup>21</sup> Blankston M, Cliver S, Goldenberg R, et al. Health behavior and outcomes in sequential pregnancies of black and white adolescents. JAMA 2003; 269: 1401 – 3

<sup>22</sup> Lao T, Ho L. Obstetric outcome of teenage pregnancies. Hum Reprod 2008; 13: 3228 - 32.

como intervalos aproximados los 10 y 19 años. La “pubertad describe una de las fases de la adolescencia, la encargada del desarrollo de la capacidad de procrear que se inicia con la primera emisión de líquido seminal en el varón, y con la menarquía en la mujer. La adolescencia es una etapa compleja de la vida que presenta una serie de problemas importantes que resolver, los que deben ser correctamente encarados para llegar a una vida adulta normal<sup>23</sup>.

Arbitrariamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales entre las edades (10-14 años) y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico (15-19 años) y considera el embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo.

Las líneas de desarrollo tienen lugar dentro de tres períodos de la adolescencia: temprana, intermedia y tardía. La adolescencia temprana comprende la edad entre los 10 y 13 años. La adolescencia intermedia, entre los 14 y los 16 años y la adolescencia tardía, entre los 17 y los 19 años.<sup>24</sup> El desarrollo que tiene lugar en la adolescencia es, por lo general desigual, ya que la madurez física puede alcanzarse mucho antes que la madurez psicológica o social; en la mayoría de las sociedades, de hecho, la capacidad reproductora comienza actualmente a una edad más temprana que en el pasado<sup>22</sup>.

---

<sup>23</sup> Silbert T, Giurgiovich A, Munist M. El embarazo en la adolescencia. En: Organización Panamericana de la Salud, ed. La salud del adolescente y el joven. Washington, D.C.: OPS, 2005.

<sup>24</sup> OMS/UNICEF. Declaración conjunta. Higiene de la reproducción en la adolescencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1989

## **GESTANTE ADOLESCENTE**

Cada año 3 millones 312 mil adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo. El costo en términos de morbilidad y mortalidad materno-infantil y el impacto psicosocial del embarazo en adolescentes es importante si se considera que es un fenómeno prevenible. La mortalidad y morbilidad de las adolescentes embarazadas puede ser similar a la del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto<sup>25</sup>.

Durante los últimos años la atención de la adolescente embarazada en Latinoamérica ha experimentado un considerable desarrollo, se han creado servicios especiales y se han destinado actividades específicas de los programas maternos para este grupo etéreo. La prevalencia del embarazo en la adolescencia está estimada en un promedio de 10% en toda la población de mujeres de 15 a 19 años<sup>26</sup>.

Rosa Prieto de Sosa *et al*, en el manual “Salud Integral del Adolescente” definieron la gestación en la adolescencia como aquella que ocurre en la etapa denominada adolescencia, que comprende a mujeres de hasta 19 años de edad (OMS), independiente de la edad ginecológica<sup>27</sup>.

Las actitudes de las adolescentes frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad, de acuerdo con las influencias culturales

---

<sup>25</sup> Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pub Mex* 2007; 39: 2.

<sup>26</sup> Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú (2009). *La Ventana* 2002; 16:96-129.

<sup>27</sup> Prieto de Souza R. *Salud Integral del Adolescente*. Asunción 2003;254

temperamentales, de clase social, estado de salud, etc.; sin embargo, es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas en bases a etapas de desarrollo de la adolescente. El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutriente y vital, o la manifestación visible de trastornos en el desarrollo de la adolescente. El embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención especializada presenta enfermedad materna, fetal y neonatal con más frecuencia que en la adulta embarazada<sup>28,22</sup>.

El embarazo en la adolescencia constituye una seria amenaza, desde el punto de vista físico, psíquico y social.<sup>29</sup> Muchos autores han encontrado un importante número de complicaciones durante la gestación. Especialmente relacionadas con trastornos hipertensivos del embarazo, distocias, prematuridad y bajo peso al nacer; por otra parte, algunos investigadores han informado que las adolescentes menores de 16 años tienen complicaciones más frecuentes que las de mayor edad, presentando alguna complicación el 55% de estas adolescentes<sup>30,31</sup>.

---

<sup>28</sup> Klein J, Barrat M, Blythe M. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. *Pediatrics* 2013, 116: 281- 6.

<sup>29</sup> Robinovich T. Efecto de la edad materna en el estado de salud del neonato. *Evidencia Chilena. Rev Chil Obst Gineco* 2004; 59: 293 - 306.

<sup>30</sup> Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M, Shoham-Vardi I. Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10: 393 – 7.

<sup>31</sup> Satin A, Leveno K, Sherman M, Reedy N, Lowe T, McIntire D. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 171:184 – 87.



Las adolescentes tienen 75% más riesgo de tener un parto prematuro que las mujeres adultas<sup>32,33</sup>. Se ha encontrado que la incidencia de bajo peso al nacer (< 2.500 g) es más del doble en adolescentes con relación a mujeres adultas y que la mortalidad neonatal (0 - 28 días) es casi 3 veces mayor<sup>30</sup>. En otros estudios se ha observado un incremento de los partos prematuros que a su vez son los que más contribuyen a las muertes neonatales.<sup>20</sup> A pesar de la magnitud del problema, no es completamente claro si estos resultados dependen de factores biológicos o si son únicamente la consecuencia de factores sociodemográficos que se asocian con el embarazo en la adolescencia<sup>34,35</sup>. Muchas de las complicaciones pueden explicarse por un control prenatal tardío y por la pobreza<sup>36</sup>. Cuando se instituye un control prenatal temprano, las complicaciones disminuyen significativamente. El peso al nacer es bajo si existió pobre ganancia ponderal materna o escaso peso pregestacional. Cuando el estado socioeconómico de la madre se controló, el riesgo diferencial, al menos para peso al nacer, desapareció en comparación con embarazos en mujeres adultas<sup>34,37</sup>.

La morbilidad durante el periodo fetal puede provenir de una gran variedad de factores intrauterinos, estos comprenden interferencia en

---

<sup>32</sup> Felice M, Feinstein R, Fisher M, et al. Adolescent pregnancy-current trends and issues: 2008 American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, 2008-2009. *Pediatrics* 2009; 103: 516 - 20.

<sup>33</sup> Unfer V, Piazzè Garnica J, Di Benedetto M, Castabile L, Gallo G, Anceschi M. Pregnancy in adolescents. A case-control study. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005; 22: 161 - 4.

<sup>34</sup> Elfenbein D, Felice M. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin N Am* 2003; 50: 781-800.

<sup>35</sup> Goldenberg R, Klerman L. Adolescent pregnancy: another look. *NEJM* 2005; 332: 161 - 2.

<sup>36</sup> Siegel C, Graves P, Maloney K, et al. Mortality from Intentional and Unintentional Injury among Infants of Young Mothers in Colorado, 1986 to 2002. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 150: 1077 - 83.

<sup>37</sup> Strobino D, Ensminger M, Kim Y, et al. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. *Am J Epidemiol* 2005; 142: 504 - 14.

la oxigenación fetal o a través de alteraciones fetales, placentarias o del cordón umbilical<sup>38,39,28</sup>.

El estudio, “La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza”, de la Organización Mundial de la Salud, señala que el riesgo de muerte materna entre las jóvenes menores de 20 años de edad, es mayor que entre las de 20 a 34 años. El riesgo para las adolescentes de 10 - 14 años es mucho mayor que para las de 15 - 19 años. Señala, además, que algunas complicaciones son más comunes entre las adolescentes que en las mujeres de más edad, como los trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, infección de vías urinarias, anemia, y parto obstruido por pelvis no desarrollada que puede llevar a una fístula vesicovaginal o rectovaginal<sup>40</sup>. El estudio “El embarazo en la adolescencia: la experiencia chilena” observó la presentación de patologías comunes, tales como la alteración en el peso materno, tanto en exceso como en deficiencia, infecciones del tracto de vías urinarias, síntomas de parto prematuro, preeclampsia en sus diferentes formas y rotura prematura de membrana<sup>41</sup>.

Durante el período de dilatación y de trabajo de parto, las complicaciones mórbidas más frecuentes son: las distocias de presentación y posición, trabajo de parto prolongado asociado a la falta de control emocional de la paciente en este período, infección

---

<sup>38</sup> Creasstas G, Elsheik A. Adolescents pregnancy and its consequences. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7: 167 – 72.

<sup>39</sup> Dorta E, Molina J, García-Fernández J, Serra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles. Clin Invest Gin Obstet 2004; 31: 118 – 23.

<sup>40</sup> Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra 2005; pág. 25 - 27.

<sup>41</sup> Molina C, Ramiro M. El embarazo en la adolescencia: La experiencia chilena. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Publicación Científica N° 489, OPS 2008; pág. 208 – 218.

ovular, prolapso del cordón umbilical. En el parto y post-parto inmediato tienen mayor incidencia las lesiones del cuello uterino ocasionadas por los esfuerzos de la expulsión sin dilatación completa y lesiones de la vagina y periné por desgarros debido a la falta de distensibilidad de los tejidos en las adolescentes muy jóvenes<sup>42,43</sup>.

## **FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

### **CARACTERÍSTICAS PERSONALES:**

**Edad:** El embarazo en adolescentes es un hecho que se observa con más frecuencia en los últimos años y lo que es más grave; se produce en edades cada vez menores<sup>44</sup>.

**Estado Civil:** La soltería en las adolescentes embarazadas significa una unión inestable con sus parejas, generalmente limitada al momento de la concepción: de otro lado la convivencia también puede significar un mayor riesgo a la ruptura de la pareja, conllevando en ambos casos a una mayor

---

<sup>42</sup> Mayor Y, Solórzano H, Aquino F, Ames V, Casas M, Ramos C. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas en el Hospital de Apoyo de Nazca durante 2009. XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología; 12 – 17 de marzo de 2000.

<sup>43</sup> Ziadeh S. Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan. Arch Gynecol Obstet 2001; 265: 26 – 9.

<sup>44</sup> Tay Flor – “Embarazo en Adolescentes: Complicaciones Obstétricas”- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; Vol. 45 N° 3 Julio 1999. Pág. 179

susceptibilidad de la adolescente a enfrentar sola su embarazo y/o maternidad<sup>45</sup>.

**Grado de instrucción:** El nivel educativo y la fecundidad adolescente se relacionan inversamente, ya que a mayor educación menor número de embarazos; como también relacionan el bajo nivel educativo con la iniciación sexual precoz, lo cual tiene que ver con la falta de proyectos de vida.

**Ocupación:** El bajo nivel económico obliga a trabajar antes que estudiar. Las jóvenes con bajo nivel de rendimiento escolar, que sufren graves problemas económicos en el hogar tienen una mayor incidencia de embarazo.

**Región de nacimiento:** (Costa – Sierra – Selva) Según el Plan Nacional de Población 1998 – 2002 de la Presidencia de la República (49) los departamentos del Perú con mayor porcentaje de madres adolescentes son: Ucayali (32.9%), Loreto (29.4%), San Martín (34.2%), Madre de Dios (28.4%), Amazonas (28.1%) y Lima Metropolitana (8%).

### **FACTOR OBSTÉTRICO**

A mayor edad en la adolescente, mayor número de embarazos, siendo en la etapa tardía la mayor prevalencia.

---

<sup>45</sup> Aliaga M.- “Características sociales de Adolescentes: Embarazadas del Instituto Materno Perinatal”  
- Tesis de Maestría en Salud comunitaria; Universidad Peruana Cayetano Heredia - Lima –Perú; 1996.

**Gravidez:** Primigesta (grávida por primera vez); multigesta (mujer en su segundo o posterior embarazo).

**Paridad:** Nulípara (mujer que no ha parido nunca), primípara (mujer que ha parido una vez), múltipara (mujer que ha parido 2 o más veces)<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Rocío Miranda. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador – 2005. Lima – Perú. 2005.

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1 HIPÓTESIS

No se necesita una hipótesis.

#### 3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA
<b>Gestante adolescente</b>	Edad	-Adolescencia precoz (10 – 13) -Adolescencia media (14 – 16) -Adolescencia tardía (17 – 19)	De intervalo
	Estado civil	-Soltera -Conviviente -Casada -Separada	Nominal
	Escolaridad	-Iletrada -Primaria -Secundaria -Superior	Nominal
	Procedencia	-Urbana -Rural	Nominal
<b>Complicaciones médicas</b>	Hipertensión inducida por el embarazo	-Sí -Preclampsia leve -Preclampsia grave -Eclampsia - HTA transitoria -No	Nominal

	Anemia	-Sí -Leve -Moderada -Severa -No	Nominal
	Infección de vías urinarias	-Sí -No	Nominal
	Amenaza de aborto	-Sí -No	Nominal
	Amenaza de parto pretérmino	-Sí -No	Nominal
	Ruptura prematura de membranas	-Sí -No	Nominal
	Infecciones ginecológicas	-Si -Candidiasis Vulvovaginal. -Vaginitis bacteriana. -No	Ordinal
<b>Características obstétricas</b>	Edad de la menarquia	-10 -11 -12 -13 -14	Nominal
	Primera relación sexual	- ≤9 años. - 10-13 años - 14-16 años - 17-19 años	De intervalo
	Paridad	-Primípara: 1 vez -Multípara: 2 – 5 -Gran Multípara: >6	Nominal
	Número de Parejas Sexuales	- 1 - 2 - 3 - 4 - ≥5	Nominal
	Método anticonceptivo	-Si -Preservativo. -Anticonceptivos	Nominal

		orales diarios. -Anticonceptivos orales de emergencia. -Ampollas -No	
	Número de control prenatal	-Sin control 1 - 3 4 - 7 >7	De intervalo
	Tipo de parto	-Vaginal: -Eutócico -Distócico -Episiotomía. -Circular simple de cordón. -Circular doble de cordón. -Cesárea: -Distocia de presentación. -Desproporción céfalo pélvica. -inducción fallida. -Condilomatosis -otros.	Ordinal



## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 DISEÑO**

Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

#### **4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO**

El Hospital Vitarte tiene 56 años de fundado, en su proceso de desarrollo se inició como Posta de Salud, luego Centro de Salud, después en Proyecto Hospital Vitarte, posteriormente en Hospital de Baja Complejidad y actualmente Hospital Vitarte nivel II-1.

El Hospital Vitarte, cuenta con los servicios de: Medicina, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia; especialidades como: Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Traumatología, Dermatología, Neumología y Odontología. Servicios Intermedios: Laboratorio y Diagnóstico por imágenes, Farmacia, Emergencia 24 Horas y Hospitalización.

#### **4.3 UNIVERSO**

El total de gestantes adolescentes que realizaron su control prenatal y finalizaron su embarazo en el Hospital Vitarte durante el período comprendido entre enero a diciembre del 2013.

#### **4.4 MUESTRA**

Se seleccionó el total de Partos adolescentes entre 10 y 19 años de edad, ocurridos en el año 2013; según el departamento de Estadística del Hospital Vitarte ocurrieron 3482 partos; 649 siendo considerada como la muestra final.

#### **4.5 MATERIALES**

- Ficha de recolección de datos (Ver anexo 1)
- Computadora personal.

#### **4.6 MÉTODO**

Las historias clínicas fueron evaluadas tomando en cuenta la ficha de recolección de datos diseñada para esta investigación, la cual constó de 3 partes: la primera correspondió a las características personales y se recogieron datos como la edad, estado civil, procedencia y escolaridad. La segunda trató sobre las características clínicas durante el embarazo como la hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infección de vías urinarias, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y leucorrea. La tercera sobre las características obstétricas de las gestantes adolescentes tales como edad de la menarquia, edad de la primera relación sexual, el grado de paridad, el número de parejas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, el número de controles prenatales y el tipo de parto.

#### **4.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Gestantes de 10 – 19 años.
- Edad gestacional comprendida entre las 22 - 42 semanas.
- Control prenatal y atención del parto en el Hospital Vitarte.
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.

#### **4.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Edad gestacional menor de 22 semanas o mayor de 42 semanas.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.

#### **4.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para efecto de la recolección de datos, las historias clínicas fueron evaluadas tomando en cuenta la Ficha de recolección de datos diseñada para esta investigación. (Ver anexo 1).

## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Se solicitó mediante oficio a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Vitarte, para dar a conocer sobre el trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para el uso de las historias clínicas del departamento de estadística, la cual fue aceptada satisfactoriamente.

Con la autorización obtenida acudí al departamento de Estadística del Hospital Vitarte, para recolectar la información de la base de datos del año 2013, para conocer las historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia, donde se me brindó libre acceso.

Una vez obtenidas los números de las historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes, se procedió a buscarlas y a recolectar los datos mediante la aplicación de la ficha previamente elaborada para esta investigación y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la recolección.

Con la información registrada en los formularios se realizó la respectiva tabulación, graficación e interpretación de resultados, expresadas en tablas de frecuencia simple.

## 5.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio tendrá en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Todos los datos recolectados serán para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificarán los datos particulares.
- Se asignará un código a cada historia clínica.

Para el procesamiento de los datos se procederá a calificar la ficha de recolección de datos (formulario) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtendrá las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

## **CAPÍTULO VI**

### **RESULTADOS**

Durante el periodo 2013 de enero a diciembre en el Hospital Vitarte se registraron 3482 partos, de los cuales 649 (18.6%) correspondían a gestantes adolescentes (Tabla 1).

Al evaluar las características personales de las gestantes adolescentes se encontró que con más frecuencia se registró en la adolescencia tardía (17-19 años) registrándose 493 casos (75.9%) y como edad promedio de 17.6 años (Tabla 2). El nivel de escolaridad se ubicó en la Secundaria con 403 casos (62%) (Tabla 3). Según el estado civil 590 (90.9%) de las gestantes adolescentes eran solteras (Tabla 3) y 491 (75.6%) eran procedentes de zonas rurales (Tabla 3).

Con respecto a las características obstétricas de las gestantes adolescentes se evidenció que la edad promedio de la menarquia fue a los 12.1 años (Tabla 4); 459 (70.7%) se iniciaron sexualmente entre los 14 - 16 años de edad (Tabla 5); 587 (90.4%) eran primigestas (Tabla 6); 427 (65.7%) habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo (Tabla 7); 548 (84.4%) si usaron métodos anticonceptivos (Tabla 08), donde el 38.3% usaron preservativo, el 8.7% anticonceptivos orales diarios, el 35.5% anticonceptivos orales de emergencia y el 1.6% usaron ampolla; 561 (86.4%) se controlaron regularmente el embarazo, teniendo >7 controles (Tabla 09).

La vía de resolución del embarazo de las gestantes adolescentes en estudio, se encontró que 538 ( 82.8%) concluyeron en parto vaginal, siendo el 14.1% eutócico y el 68.7% de tipo distócico, el 49.8% se le practicó episiotomía, el 13.6% por circular

simple de cordón, el 2.6% por circular doble de cordón, desgarro de primer grado el 2.3% y de segundo grado el 0.4% ; mientras que 111 (17.1%) restante concluyeron en cesárea, siendo la mayor causa por distocia de presentación en un 9.2%, seguido del 6% por desproporción céfalo-pélvica y en menor frecuencia por inducción fallida y condilomatosis en un 1.3% y 0.4% respectivamente (Tabla 10).

Entre las complicaciones más frecuentes durante el embarazo de los 649 casos estudiados el 67% presentaron complicaciones médicas durante el embarazo, donde el 19.5% presentaron algún tipo de infección ginecológica, el 17.7% sufrió de infecciones urinarias, el 8.1% de Hipertensión inducida por el embarazo, el 10.9% de anemia, el 4.7% de ruptura prematura de membranas, el 3.5% de amenaza de aborto y el 2.6% de amenaza de parto pretérmino (Tabla 11).

**TABLA 01**

**CASOS NUEVOS DE GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL  
VITARTE. AÑO 2013.**

<b>Año</b>	<b>Total de Partos</b>	<b>Gestantes Adolescentes</b>	<b>%</b>
<b>2009</b>	2845	389	13.6
<b>2010</b>	2787	408	14.6
<b>2011</b>	3256	466	14.3
<b>2012</b>	3737	552	14.7
<b>2013</b>	<b>3482</b>	<b>649</b>	<b>18.6</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 01 se observa que la incidencia de las gestantes adolescentes en estudio, resalta en un 18.6% del total de gestantes atendidas durante el año 2013, resaltando un aumento resaltante de la incidencia en los últimos 5 años.



**TABLA 02**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE LAS GESTANTES  
ADOLESCENTES. HOSPITAL VITARTE. AÑO 2013**

Edades	Edad promedio	N°	%
<b>Adolescencia Precoz (10 – 13)</b>	<b>11.6</b>	3	0.4
<b>Adolescencia Media (14 – 16)</b>	<b>15.4</b>	153	23.5
<b>Adolescencia Tardía (17 – 19)</b>	<b>17.6</b>	493	75.9
<b>Total</b>		<b>649</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 02 se observa la distribución de frecuencia según edad de las gestantes adolescentes en estudio, encontramos que el 75.9% pertenecían a la adolescencia tardía, teniendo un promedio de edad de 17.6 años; seguido de un 23.5% de la adolescencia media, con un promedio de edad de 15.4 años y en menor frecuencia en un 0.4% a la adolescencia precoz, con un promedio de 11.6 años

TABLA 03

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS  
PERSONALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL  
VITARTE. AÑO 2013.**

		N°	%
Escolaridad	Iletrada	2	0.3
	Primaria	238	36.6
	Secundaria	403	62.0
	Superior	6	0.9
	<b>Total</b>	<b>649</b>	<b>100</b>
Estado civil	Soltera	590	90.9
	Conviviente	58	8.9
	Casada	1	0.1
	<b>Total</b>	<b>649</b>	<b>100</b>
Procedencia	Urbana	158	24.3
	Rural	491	75.6
	<b>Total</b>	<b>649</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013.

**Interpretación:**

En la Tabla 03 señala la distribución de frecuencia según las características personales de las gestantes adolescentes en estudio, podemos observar que el 62.0% refirió tener un nivel de escolaridad secundario, el 36.6% de nivel primario, y en menor frecuencia el nivel superior e iletradas con un 0.9% y 0.3% respectivamente.

También se señala la distribución de frecuencia según el estado civil de las gestantes adolescentes en estudio, podemos observar que el 90.9% son solteras, el 8.9% refirieron ser convivientes, solo el 0.1% señaló ser casada y no se registraron separadas; seguido de la distribución de frecuencia según procedencia de las gestantes adolescentes en estudio, el 75.6% refirió provenir de la zona rural y el 24.3% restante refirió ser de la zona urbana.

**TABLA 04****DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE MENARQUIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL VITARTE. AÑO 2013.**

<b>Año</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>
<b>2013</b>	10	14	<b>12.1</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 04 señala la distribución de frecuencia según edad de menarquia de las gestantes adolescentes en estudio, podemos observar que la edad mínima fue de 10 años y como edad máxima fue de 14 años, siendo el promedio de la edad de 12.1 años.

TABLA 05

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE PRIMERA  
RELACIÓN SEXUAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL  
VITARTE. AÑO 2013.**

Edades	N°	%
Adolescencia precoz (10 – 13)	8	1.2
Adolescencia media (14 – 16)	459	70.7
Adolescencia tardía (17 – 19)	182	28.0
<b>Total</b>	<b>649</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 05 señala la distribución de frecuencia según edad de la primera relación sexual de las gestantes adolescentes en estudio, podemos observar que el 70.7% se inició entre los 14 – 16 años de edad, correspondiendo a la adolescencia media; seguido de un 28.0% entre los 17 – 19 años de edad, a la adolescencia tardía y en menor frecuencia entre los 10 – 13 años de edad en un 1.2%, correspondiendo a la adolescencia precoz.

**TABLA 06**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL GRADO DE PARIDAD DE  
LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL VITARTE. AÑO 2013.**

		N°	%
<b>Paridad</b>	<b>Primípara</b>	587	90.4
	<b>Múltipara</b>	62	9.5
<b>Total</b>		<b>649</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 06 señala la distribución de frecuencia según el grado de paridad de las gestantes en estudio, se observa que las primíparas destacó en un 90.4%, seguido de las múltiparas en un 9.5% y no se registró ninguna gran múltipara.

**TABLA 07**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS  
SEXUALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL VITARTE.  
AÑO 2013.**

<b>N° de parejas sexuales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1	427	65.7
2	213	32.8
3	8	1.2
4	1	0.1
<b>Total</b>	<b>649</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 10 señala la distribución de frecuencia según el número de parejas sexuales hasta el momento de su embarazo de las gestantes adolescentes en estudio, podemos observar que el 65.7% tuvieron 1 pareja sexual, el 32.8% tuvieron 2 parejas sexuales y en menor frecuencia el 1.2% y 0.1% de 3 y 4 parejas sexuales hasta el momento de su embarazo respectivamente.

TABLA 08

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN USO DE MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL  
VITARTE. AÑO 2013.**

Uso de anticonceptivos		N°	%
SI	Preservativo	249	38.3
	Anticonceptivos orales diarios	57	8.7
	Anticonceptivos orales de emergencia	231	35.5
	Ampolla	11	1.6
	<b>Total</b>	<b>548</b>	<b>84.4</b>
NO		101	15.5
<b>TOTAL</b>		<b>649</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 08 señala la distribución de frecuencia según uso de métodos anticonceptivos de las gestantes adolescentes en estudio, podemos observar que el 84.4% si usaron métodos anticonceptivos, encontrándose que el 38.3% usó preservativo, el 8.7% usó anticonceptivos orales diarios, el 35.5% usó anticonceptivos orales de emergencia; a diferencia del 15.5% que no usaron ningún tipo de método anticonceptivo.



**TABLA 09****DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL VITARTE. AÑO 2013.**

<b>Control prenatal</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Sin control</b>	30	4.6
<b>1 - 3</b>	17	2.6
<b>4 - 7</b>	41	6.3
<b>&gt; 7</b>	561	86.4
<b>Total</b>	<b>649</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 09 señala la distribución de frecuencia según control prenatal de las gestantes adolescentes en estudio, se puede observar que el 86.4% realizaron más de 7 controles prenatales, seguido del 6.3% que asistieron entre 4 – 7 controles prenatales, el 2.6% realizaron de 1 – 3 controles prenatales y el 4.6% no se realizaron ningún control prenatal.

TABLA 10

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL VITARTE. AÑO 2013.**

Tipo de parto			N°	%
Vaginal	Eutócico		91	14.1
	Distócico	Episiotomía	323	49.8
		Circular simple de cordón	89	13.6
		Circular doble de cordón	17	2.6
		Desgarro perineal	Primer grado	15
	Segundo grado		3	0.4
Total			<b>538</b>	<b>82.8</b>
Cesárea	Distocia de presentación		60	9.2
	Desproporción céfalo - pélvica		39	6.0
	Inducción fallida		9	1.3
	Condilomatosis		3	0.4
	Total			<b>111</b>
Total			<b>649</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas 2013

**Interpretación:**

En la Tabla 10 señala la distribución de frecuencia según tipo de parto de las gestantes adolescentes en estudio, podemos observar que el 82.8% concluyeron en parto vaginal, siendo el 14.1% eutócico y el 68.7% de tipo distócico, el 49.8% se le practicó episiotomía, el 13.6% por circular simple de cordón, el 2.6% por circular doble de cordón, desgarro de primer grado el 2.3% y de segundo grado el 0.4% ; mientras que el 17.1% restante concluyeron en cesárea, siendo la mayor causa por distocia de presentación en un 9.2%, seguido del 6% por desproporción céfalo-pélvica y en menor frecuencia por inducción fallida y condilomatosis en un 1.3% y 0.4% respectivamente.

TABLA 11

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN COMPLICACIONES MÉDICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES. HOSPITAL VITARTE. AÑO 2013.**

		n/N	%
Infecciones ginecológicas	Candidiasis Vulvo-vaginal	89/649	13.7
	Vaginosis bacteriana	38/649	5.8
	<b>Total</b>	<b>127/649</b>	<b>19.5</b>
Infección de vías urinarias		<b>115/649</b>	<b>17.7</b>
Hipertensión inducida por el embarazo	Preclampsia Leve	37/649	5.7
	Preclampsia Grave	11/649	1.7
	HTA transitoria	5/649	0.7
	<b>Total</b>	<b>53/649</b>	<b>8.1</b>
Anemia	Leve	63/649	9.7
	Moderada	8/649	1.2
	<b>Total</b>	<b>71/649</b>	<b>10.9</b>
Ruptura Prematura de Membranas		31/649	4.7
Amenaza de aborto		23/649	3.5
Amenaza de parto pretérmino		17/649	2.6
<b>Total</b>		<b>437/649</b>	<b>67.3</b>

**Interpretación:**

En la Tabla 11 señala la distribución de frecuencia según complicaciones médicas de las gestantes adolescentes en estudio, encontramos que el 67.3% sufrió complicaciones médicas durante el embarazo, donde podemos observar que el 19.5% sufrió de infecciones ginecológicas, predominando las vulvovaginitis por candida en un 13.7% y vaginitis bacteriana en un 5.8%; el 17.7% sufrió de Infecciones urinarias, seguido del 8.1% que presentaron Hipertensión inducida por el embarazo, donde se presentaron más casos de preclampsia leve en un 5.7% y preclampsia grave en 1.7% y con menor frecuencia la hipertensión arterial transitoria en 0.7%; la anemia solo ocurrió en el 10.9%, donde el 9.7% corresponde a anemia leve y el 1.2% a anemia moderada; el 4.7% experimentó de Ruptura prematura de membranas y en menor frecuencia la amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino en un 3.5% y 2.6% respectivamente.

## **CAPÍTULO VII**

### **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **DISCUSIÓN**

Las gestantes adolescentes se han convertido en un problema de salud pública importante, la OMS considera como embarazo de riesgo en que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad, debido a las complicaciones relacionados con el parto<sup>47</sup>.

Con esta finalidad seleccioné al Hospital Vitarte de la ciudad de Lima; institución que brinda atención médica al distrito de Ate Vitarte y alrededores, constituyéndose un Hospital importante de dicha zona, con una población gestante diversa.

En la investigación realizada en el Hospital Vitarte, se evidenció una incidencia en el embarazo adolescente del 18.6%, muy semejante a los resultados presentados por Diana Huánco A, Manuel Ticona R., Maricarmen Ticona V., Flor Huánco A, donde el 19.2% representaba al total de gestantes adolescentes del total de partos<sup>17</sup>.

En cuanto a las características personales estudiadas, el 75.9% de las gestantes adolescentes tenían edades entre 17 – 19 años correspondientes a la adolescencia tardía, coincidiendo con el artículo presentado por Dayris Blanco Gámez y Mercedes Arrieta Zulueta, señalando que el grupo etáreo más afectado fue entre 17 y 19 años<sup>12</sup>.

---

<sup>47</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, disponible en:  
[http://www.clap.opsoms.org/web\\_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm](http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm)

Además en el estudio encontramos que el 62% de las gestantes adolescentes presentaban un nivel de instrucción secundario, concordando con los resultados obtenidos por Olga Bárcena Cohaila, Javier Lanchipa Picoaga, Claudio Ramírez Atencio, en su artículo publicado, quienes también obtuvieron que la mayoría cursaban en el mismo nivel educativo<sup>19</sup>.

Al estudiar el estado civil se observó que el 90.9% de las gestantes adolescentes eran solteras, muy semejante a los resultados obtenidos por Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi, donde el 90.1% presentaban la misma condición civil<sup>15</sup>.

En la presente investigación el 75.6% provenían de zonas rurales, teniendo similitud con los resultados presentados por Elva López Quevedo en su tesis, donde el 65.5% perteneció a la zona rural<sup>11</sup>.

Con respecto a las características obstétricas de las gestantes adolescentes, muchos autores precisan que existe un grado de asociación entre la menarquia temprano y el embarazo adolescente, en esta investigación no se encontró diferencias significativas con otros estudios en relación con la edad de la menarquia, puesto que se evidenció que la edad promedio gira alrededor de los 12.1 años de edad, al igual que Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi, quienes encontraron en su trabajo que la edad de la menarquia fluctuó en un promedio de 12 años<sup>15</sup>.

El estudio realizado por el Dr. E. Vera, señala el inicio de las relaciones sexuales en las mujeres adolescentes a los 15 años<sup>18</sup>, así mismo los resultados presentados por Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi, quienes también señalaron que las adolescentes iniciaron las relaciones sexuales entre los 14 – 16 años de edad<sup>15</sup>; estos resultados coinciden con los de este estudio, ya que el 70.7%

de las gestantes adolescentes se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad, lo que supone el inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación constituyendo un factor de riesgo para la salud sexual y reproductiva.

En relación al número de gestaciones en este estudio, el 90.4% de las gestantes adolescentes eran primíparas y al comparar este resultado con otras publicaciones no encontré diferencias significativas, ya que estos también destacan que del 73.6% al 89.1% de las adolescentes eran primíparas<sup>15,19</sup>.

Investigaciones realizadas en gestantes adolescentes, plantean que el inicio de las relaciones sexuales precoces traen consigo otro problema, que consiste en que aumentan el número de parejas sexuales, en contraste con estos resultados de la presente investigación, el 65.7% de las gestantes adolescentes tenían una sola pareja sexual hasta antes de su embarazo, lo cual indica que la mayoría de las adolescentes estudiadas tenían un nivel bajo de promiscuidad; en la presente investigación sólo el 84.4% usó métodos anticonceptivos, esto a pesar que la mayoría de las adolescentes cursaban estudios secundarios y aparentemente contaban con mayor educación sexual.

En esta investigación se definió como embarazo controlado a aquellas gestantes adolescentes que asistieron a > de 7 controles prenatales. El 86.4% cumplió con esta condición y el 4.6% no tuvieron ningún control prenatal; a diferencia de lo presentado por Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi, donde el porcentaje más frecuente no cumplió con controles prenatales adecuados en un 71.5%<sup>15</sup>.

En lo que respecta al tipo de parto de las gestantes adolescentes, existen reportes que han encontrado mayor frecuencia de cesáreas entre adolescentes; en contraste, otros comentan menor frecuencia. A diferencia de estos estudios en esta investigación se encontró que el principal tipo de parto fue vaginal en un 82.8%, siendo el resto de las



adolescentes la cesárea; igualmente en el estudio presentado Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi, demostraron que el 79.7% fue vaginal, concordando con los resultados presentados por esta investigación<sup>15</sup>.

Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi, en su trabajo publicaron las complicaciones médicas más frecuentes, de las 649 gestantes adolescentes estudiadas se encontró que 130 (18.6%) presentaron infección urinaria, siendo una de las patologías más frecuentes entre las complicaciones de su publicación, sin embargo resultados muy similares se encontraron en la presente investigación al hablar de infección urinaria, ya que el 17.7% padecieron de esta patología siendo una de las más frecuentes<sup>15</sup>.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados podemos concluir que:

- ✓ Se determinó una incidencia de 18.6% de partos de gestantes adolescentes en el año 2013, observándose un incremento de 3.9% en relación al año 2012.
- ✓ En cuanto a las características personales de las gestantes adolescentes: el intervalo de edad fue de 14 – 16 años, la mayoría eran solteras, procedían de zona rural y el grado de escolaridad más frecuente fue la secundaria.
- ✓ Así mismo, con las características obstétricas de las gestantes adolescentes se concluyó que: el promedio de edad de la menarquia fue de 12.1 años, con un mínimo de 10 años y máximo de 14 años, la edad de inicio de relaciones sexuales se encontró en el intervalo de 14 – 16 años, la mayoría eran primíparas, habían tenido una sola pareja sexual hasta el momento de su embarazo y el 84.4% si habían usado métodos anticonceptivos aparentemente. La mayoría de gestantes adolescentes controlaron regularmente (>7 controles) su embarazo. La vía de resolución del embarazo más frecuente fue el parto vaginal.
- ✓ Con respecto a las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo, la mayoría de las gestantes adolescentes de nuestro estudio presentaron complicaciones durante el embarazo, siendo las más frecuentes las Infecciones ginecológicas e infecciones de las vías urinarias.

## RECOMENDACIONES

- ✓ Un aumento significativo de casos nuevos de Gestantes Adolescentes en relación al año anterior motiva a buscar las diversas causas o factores que influyen en este resultado.
- ✓ Con el estudio que hemos realizado podemos proponer, que se priorice la asistencia médica que se brinda a las gestantes adolescentes, para ampliar su cobertura a embarazadas con menor educación, más pobres; residentes por lo general en áreas rurales; que son aquellas que presentan mayor incidencia de embarazos, y por ende mayores complicaciones.
- ✓ Es importante educar a las adolescentes en general, para tratar de prevenir un embarazo precoz, promoviendo charlas en los colegios y/o centros de salud sobre educación sexual, uso correcto de métodos anticonceptivos, ya que resulta beneficioso para su comunidad en general, tanto en el aspecto psicosocial como en el económico.
- ✓ Por último y no menos importante, en cuanto a las complicaciones médicas durante el embarazo en adolescentes, la anemia es una de sus principales complicaciones, apareciendo en esta investigación en un mínimo porcentaje, recomiendo indagar más sobre el proceso de control prenatal en cuanto a la hemoglobina, lugar donde lleva su CPN, laboratorios, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nancy Guadalupe M. Factores que predisponen al embarazo en adolescentes. Universidad Veracruzana. 2007; pág. 18.
2. Dr. Feliciano Víctor Gutarra C. Conceptos básicos de obstetricia. Universidad Nacional de Tumbes. Facultad de Ciencias de la Salud. 2012.
3. Urología. CTO – Medicina y Cirugía – 7º Edición. pág. 1633.
4. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Tercera edición. 2010. Capítulo 165; pág. 1357.
5. Ochoa, J. Pérez Dettoma. Preterm labour. Premature rupture of membranes. Chorioamnionitis.
6. Guía de referencia rápida. Prevención, diagnóstico y referencia de la Amenaza de Aborto en el primer nivel de atención. Gobierno federal de los Estados Unidos Mexicanos. 2012.
7. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, Gómez R, Romero. R. Rotura prematura de membranas y corioamnionitis. En: Pérez Sánchez A. Obstetricia. 3a ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2005:659-666.
8. Dr. U. Farnot. OMS/Ginecología. Capítulo 12; pág.: 120.
9. Enfoque racional de la terapéutica de las infecciones ginecológicas: Vulvovaginitis. Unidad 5. pág. 189.
10. Dra. Wendy Valdés G. MSc. Dra. Tania Espinosa R. MSc. Dr. Graciela Leyva A. Menarquia y factores asociados. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana. Cuba. 2011.
11. Elva López Quevedo. Complicaciones Obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital “Homero Castanier Crespo” en el periodo Enero-Diciembre 2008”. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2010.

12. Dayris Blanco Gámez y Mercedes Arrieta Zulueta. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2010;9, 246-253.
13. Ali S Khashan, Philip N Baker and Louise C Kenny. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:36 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/36>
14. Chirinos de Cora M.A. Embarazo en Adolescencia. Revista Cubana de Enfermería; 1993; 9(2): 117-31.
15. Br. Dajhana C. Serrano Gónzales y Br. Nardys M. Rodríguez Arismendi. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar 2003– 2007.
16. Dr. Américo Peña Oscuvilca, Dr. William R. Peña Ayudante. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2011; 57:43-48.
17. Diana Huanco A, Manuel Ticona R., Maricarmen Ticona V., Flor Huanco A. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77(2): 122 – 128.
18. Dr. E. Vera. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica. 1998 / Pregnancy in adolescents. Study in Acobamba, Huancavelica, 1998.
19. Olga Bárcena Cohaila, Javier Lanchipa Picoaga, Claudio Ramírez Atencio. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Médica Basadrina 2012; 6(2): 4-7.
20. Manlove J, Terry-Humen E, Romano Papillo A, et al. Preventing teenage pregnancy, childbearing, and sexually transmitted diseases: what the research shows. American Teen Series Research Brief. Washington (DC): Child Trends; 2002.

21. Blankston M, Cliver S, Goldenberg R, et al. Health behavior and outcomes in sequential pregnancies of black and white adolescents. *JAMA* 2003; 269: 1401 – 3.
22. Lao T, Ho L. Obstetric outcome of teenage pregnancies. *Hum Reprod* 2008; 13: 3228 - 32.
23. Silbert T, Giurgiovich A, Munist M. El embarazo en la adolescencia. En: Organización Panamericana de la Salud, ed. *La salud del adolescente y el joven*. Washington, D.C.: OPS, 2005.
24. OMS/UNICEF. Declaración conjunta. Higiene de la reproducción en la adolescencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1989.
25. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pub Mex* 2007; 39: 2.
26. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú (2009). *La Ventana* 2002; 16:96-129.
27. Prieto de Souza R. *Salud Integral del Adolescente*. Asunción 2003; 254.
28. Klein J, Barrat M, Blythe M.. Adolescent pregnancy: Current trends and issues. *Pediatrics* 2013, 116: 281- 6.
29. Robinovich T. Efecto de la edad materna en el estado de salud del neonato. Evidencia Chilena. *Rev Chil Obst Gineco* 2004; 59: 293 - 306.
30. Gortzak-Uzan L, Hallak M, Press F, Katz M, Shoham-Vardi I. Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10: 393 – 7.
31. Satin A, Leveno K, Sherman M, Reedy N, Lowe T, McIntire D. Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 171:184 – 87.
32. Felice M, Feinstein R, Fisher M, et al. Adolescent pregnancy-current trends and issues: 2008 American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, 2008-2009. *Pediatrics* 2009; 103: 516 - 20.

33. Unfer V, Piazzè Garnica J, Di Benedetto M, Castabile L, Gallo G, Anceschi M. Pregnancy in adolescents. A case-control study. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005; 22: 161 - 4.
34. Elfenbein D, Felice M. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin N Am* 2003; 50: 781–800.
35. Goldenberg R, Klerman L. Adolescent pregnancy: another look. *NEJM* 2005; 332: 161 – 2.
36. Siegel C, Graves P, Maloney K, et al. Mortality from Intentional and Unintentional Injury among Infants of Young Mothers in Colorado, 1986 to 2002. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 150: 1077 – 83.
37. Strobino D, Ensminger M, Kim Y, et al. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. *Am J Epidemiol* 2005; 142: 504 – 14.
38. Creasstas G, Elsheit A. Adolescents pregnancy and its consequences. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7: 167 – 72.
39. Dorta E, Molina J, García-Fernández J, Serra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles. *Clin Invest Gin Obstet.* 2004; 31: 118 – 23.
40. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra 2005; pág. 25 - 27.
41. Molina C, Ramiro M. El embarazo en la adolescencia: La experiencia chilena. La salud del adolescente y el joven en las Américas. *Publicación Científica N° 489, OPS* 2008; pág. 208 – 218.
42. Mayor Y, Solórzano H, Aquino F, Ames V, Casas M, Ramos C. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas en el Hospital de Apoyo de Nazca durante 2009. *XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología*; 12 – 17 de marzo de 2000.
43. Ziadeh S. Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265: 26 – 9.
44. Tay Flor. Embarazo en Adolescentes: Complicaciones Obstétricas. *Sociedad*

- Peruana de Obstetricia y Ginecología; Vol. 45 N° 3 Julio 1999. Pág. 179.
45. Aliaga M. Características sociales de Adolescentes: Embarazadas del Instituto Materno Perinatal. Tesis de Maestría en Salud comunitaria; Universidad Peruana Cayetano Heredia - Lima –Perú; 1996.
  46. Rocío Miranda. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador – 2005. Lima – Perú. 2005.
  47. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, disponible en: [http://www.clap.opsoms.org/web\\_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm](http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm)



# **ANEXOS**

## ANEXO N°01

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código N°: .....

#### CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES:

-Edad:.....años. Edad Gestacional: .....ss

-Estado civil:

Soltera.

Conviviente.

Casada.

Separada.

-Procedencia:

Urbana.

Rural.

-Escolaridad:

Iletrada.

Primaria.

Secundaria.

Superior.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES:

-Hipertensión inducida por el embarazo:

Si:.....

-Preclampsia Leve:.....

-Preclampsia Grave:.....

-Eclampsia:.....

-Hipertensión transitoria:...

No:.....

-Anemia:

Si:.....

-Leve:.....

-Moderada:.....

-Severa:.....

No:.....

-Infección de vías urinarias: Si:..... No:.....

-Amenaza de Aborto: Si:..... No:.....

- Amenaza de parto pretérmino: Si:..... No:.....
- Ruptura prematura de membranas: Si:..... No:.....
- Infecciones vaginales:
  - Si:.....
    - Candidiasis Vulvo-vaginal: .....
    - Vaginitis bacteriana:.....
  - No:.....

### **CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LAS GESTANTES** **ADOLESCENTES:**

- Edad de la menarquia: .....
- Edad de la primera relación sexual: .....
- Paridad:
  - Primípara: 1 vez.
  - Multípara: 2 – 5.
  - Gran multípara: >5.
- Número de parejas sexuales: .....
- Método anticonceptivo:
  - Si....
    - preservativo:.....
    - anticonceptivos orales diarios:.....
    - anticonceptivos orales de emergencia:.....
    - ampolla:.....
  - No usa.-....
- Número de control prenatal:
  - Sin control.
  - 1 – 3.
  - 4 – 7.
  - >7.
- Tipo de parto:
  - Vaginal:..... eutócico:..... distócico:.....
  - Cesárea.
    - Por distocia de presentación:.....
    - Por DCP:.....
    - Por condilomatosis:....
    - Por cesárea anterior:...
    - Por induccion fallida:
    - Otros:

