

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**GESTACIÓN ADOLESCENTE COMO FACTOR DE RIESGO PARA
MORBILIDAD OBSTÉTRICA DURANTE EL PERIODO 2011-2013
EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO**

TESIS

Para Optar El Título De Médico Cirujano

AUTOR: Bach. Raúl Alexander, Muñoz Bocanegra

ASESOR: Dr. Humberto Víctor, HASHIMOTO PACHECO

Trujillo – Perú

2015

DEDICATORIA

A Dios, quien en nuestro abatimiento se acuerda de nosotros, por su interminable bendición e infinita misericordia (sal.136:23).

A mi madre Gladys, quien con inquebrantable amor, e indudable desprendimiento y coraje, me dio el mejor de los ejemplos y fortaleza de espíritu día tras día. A mi padre Raúl, quien siempre ha sido generoso y comprensivo en cada paso dado. Gracias a ambos por estar a mi lado.

A mis hermanos Joel y Sthefany, cada uno con sus particularidades, se han convertido en mis grandes apoyos, por ese carácter y deseos de superación para afrontar adversidades.

A mi tío Edgar y a quien amo como a mi madre Faustina por el apoyo incondicional brindado durante toda la vida.

A mis abuelos Wilfredo y Nelly quienes en vida confiaron en mí y ahora son 2 ángeles que me resguardan. A Yolanda y Elías quienes me han brindado el mayor de sus apoyos.

Raúl Alexander.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada uno de los Médicos Asistentes y Residentes, quienes mediante el arte y la ciencia, ayudaron a forjar mi carácter de médico con amplio perfil humanístico, con el único objetivo de aliviar al paciente. A ellos, mi más sincero reconocimiento. Espero no defraudarlos.

INDICE

I.	INTRODUCCION	01
	1. Planteamiento del problema	01
	2. Enunciado del Problema	06
	3. Objetivos	07
	4. Hipótesis	07
II.	MATERIAL Y METODOS	08
	1. Material de estudio	08
	2. Diseño de estudio	10
	3. Variables en estudio	11
	4. Procedimientos	12
	5. Procesamiento y análisis de la información	13
	6. Estadística Descriptiva	13
	7. Estadística Inferencial	13
	8. Estadígrafos del estudio	13
	9. Ética en la Investigación	14

III.	RESULTADOS	
		15
IV.	DISCUSION	
		19
V.	CONCLUSIONES	
		22
VI.	SUGERENCIAS	23
VII.	REFERENCIAS	BIBLIOGRAFICAS
		24
VIII.	ANEXOS	
		28

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la gestación en adolescente es factor de riesgo para morbilidades obstétricas

Material y Método: estudio analítico observacional de cohorte histórica. Se incluyeron 82 madres adolescentes, y una muestra de 82 madres de 20 a 35 años de edad.

Resultados: no se encontró asociación entre tipo de presentación ($p=1$) con embarazo adolescente. La anemia (RR: 3.7; IC 95%: 1.1-11.8; $p= 0.021$) se asoció significativamente con embarazo adolescente, constituyendo factor de riesgo para estas patologías.

Conclusión: la edad materna de 10 a 19 años es un factor de anemia postparto.

Palabras clave: embarazo adolescente, complicaciones obstétricas, cohorte.

ABSTRACT

Objective: To determine whether teenage pregnancy is a risk factor for obstetric morbidity.

Methods: Observational analytical historical cohort. We included 82 adolescent mothers; and a simple of 82 mothers aged 20 to 35 years old.

Results: No association between type of presentation ($p=1$) with teenage pregnancy. The anemia (RR: 3.7; IC 95%: 1.1-11.8; $p=0.021$) were significantly associated with teenage pregnancy, being a risk factor for these diseases.

Conclusion: Maternal age 10 to 19 years is a risk factor for the development of anemia.

Keywords: teen pregnancy, obstetric complications, cohort.

I.- INTRODUCCION

1. Planteamiento del problema

1.1 Antecedentes.

Desde mediados de la década de los años setenta, la fecundidad global ha disminuido de manera marcada en América Latina en general. En muchos países la reducción de la fecundidad se ha registrado en un marco de intervenciones estatales en pro de la planificación familiar, en este contexto de disminución de la fecundidad general, cabía también esperar un descenso en la fecundidad de las y los adolescentes, que no se han producido lo cual es evidenciado en la Tasa Global de Fecundidad general que en la Subregión Andina cayó más de 1/3 entre 1975 y 2009; y, la fecundidad adolescente se redujo solamente 6 por ciento, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países. (1)

Nunca antes en el mundo se había contado con una población tan numerosa de adolescentes en edad de incorporarse al mercado del trabajo y a la vida reproductiva (2). Es así que la Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 15 a los 19 años. (3)

Actualmente existen alrededor de 28 millones de adolescentes en la Subregión Andina de América Latina, de los cuales 14 millones (49%) son mujeres. (1) En las últimas décadas, la población adolescente en América Latina se ha incrementado considerablemente, en comparación con otros grupos etarios. En nuestro país, entre 1961 y 1994, la población adolescente ha aumentado de 2,1 a 5,5 millones, representando el 21% de la población total. (4)

Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años (5). En Chile, al año 2010, el 35,2% de los adolescentes se encontraban sexualmente activos; mientras que en otros países como Cuba el 50% de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. (6, 7, 8)

En Chile al año 2011 se estima que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por Gonzáles y cols. El año 2010 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. Sin embargo un trabajo realizado el año 2012, reveló una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres. Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades (9, 10, 11).

Diferentes trabajos señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse (12).

En los países en desarrollo, según el informe sobre la juventud mundial 2013, uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19

años de edad, una de cada tres mujeres dan a luz antes de los 20 años. Los partos de mujeres menores de 20 años representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero) (14,15).

En países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos. Estudios revelan que América Latina entre 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 (16,17).

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (ENDES 2012), 12,2% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas. Así mismo señala el informe que los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, encontrándose el mayor número en la selva con un 29%, Los embarazos adolescentes en el departamento de Loreto representa el 32,2%, San Martín el 27.2%, Ucayali el 26.5% y Amazonas el 23.5% y, en menor porcentaje Moquegua el 9.5%, Puno el 8.9%, Lima el 7.7 %, Tacna el 6.9% y Arequipa el 5.2%. En La libertad los embarazos adolescentes representa el 18.8%, en el distrito de Ongón constituye el 39.4 % y en Trujillo el 10.6%. (18, 19,20).

Ruoti, plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado

solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. (21, 22).

Siendo el embarazo en adolescentes una de las grandes preocupaciones nacionales, no solo por las repercusiones orgánicas que trae consigo este especial estado, sino también por los relevantes trastornos psicoemocionales, sociales y económicos, que afectan el desarrollo personal de la madre, su pareja y el hijo de ambos (23).

Dentro de las complicaciones maternas encontradas entre las adolescentes se encuentra la desnutrición materna, la cual va estar dada por el mismo hecho del embarazo en curso y el desarrollo fisiológico normal de las adolescentes que ocurre con el embarazo, siendo de esta forma un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo (24).

León y Cols. En Chile, informan prevalencias de diferentes complicaciones para gestantes adolescentes y adultas como de anemia 49,4% y 43,7%; para infección del tracto urinario (ITU) 23,2% y 7%, parto pretérmino (PP) 8,9% y 2,8%; parto instrumentado 8,22% y 2,1%; respectivamente; así mismo, José Sandoval y Cols en una investigación tipo casos y controles reportó una incidencia de anemia de 13,6% en adolescentes frente a 8% en gestantes de 20 a 34 años (25).

Por su parte Peña y Cols. Reportan en Perú, incidencias de anemia de 24,3% y 27,4%; de ITU 34,2% y 31,9%; preeclampsia 1,9% y 2,4%; desproporción cefalopélvica (DCP) 1,6% y 1,5%; para gestantes adolescentes y adultas, respectivamente, mostrando así discrepancia entre los resultados de diferentes estudios tanto nacionales como internacionales (26). Así también el embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional del 20-80% de mortalidad materna y otras complicaciones, siendo estas mayores en las gestantes menores de 16 años (27).

Como se mencionó antes no sólo la madre adolescente se encuentra en riesgo, sino también el recién nacido de ésta, aunque algunos estudios no muestran diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, así existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de complicaciones neonatales. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables (28).

1.2 Identificación del Problema

Debido que en los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más precoces, creemos importante realizar un estudio para identificar las consecuencias que se derivan de este problema y poder entender aún más la magnitud de este problema de salud.

1.3 Justificación:

Diferentes estudios han sido realizados para identificar las morbilidades obstétricas asociados con el embarazo adolescente, con el fin de minimizar su ocurrencia, mostrando los estudios contradicciones en sus resultados; por lo cual, se realizó el presente estudio para evaluar las morbilidades obstétricas asociadas al embarazo adolescente y su incidencia durante el periodo 2011 - 2013 en el Hospital Belén de Trujillo.

2. Enunciado del Problema.

¿Es la gestación adolescente factor de riesgo para morbilidad obstétrica tales como: Anemia postparto y distocia de presentación durante el Periodo 2011-2013 en el Hospital Belén de Trujillo?

3. Objetivos

3.1 Objetivo General:

Determinar la gestación adolescente como factor de riesgo para morbilidad obstétrica tales como: Anemia postparto y distocia de presentación durante el Periodo 2011-2013 en el Hospital Belén de Trujillo.

3.2 Objetivo Específico:

- Determinar el grado de asociación entre la gestación adolescente como factor de riesgo para anemia post parto en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013.
- Determinar el grado de asociación entre la gestación adolescente como factor de riesgo para distocia de presentación en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013

4. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis nula

La gestación adolescente no es un factor de riesgo para morbilidad obstétrica tales como: Anemia postparto y distocia de presentación.

4.2 Hipótesis alternativa

La gestación adolescente es un factor de riesgo para morbilidad obstétrica tales como: Anemia postparto y distocia de presentación.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Material de estudio

1.1. Población Diana o universo:

Estuvo conformada por el total de gestantes que finalizaron su gestación en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013.

1.2. Población de Estudio o Elegible:

Estuvo conformada por el total de gestantes entre 10 – 34 años que finalizaron su gestación en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013, y que sus Historias Clínicas Materno Perinatales(HCMP) fueron registradas en el Sistema Informático Perinatal 2000 (SIP2000).

Grupo de Expuestos:

Criterios de inclusión:

- Edad materna de 10 hasta 19 años.
- Gestantes de embarazos únicos.
- Gestantes nulíparas.
- Gestantes con HCMP registradas en el SIP2000.
- Gestantes con HCMP con los datos completos para el estudio.

Criterios de exclusión

- Gestantes con embarazo múltiple.

Grupo No Expuestos:

Criterios de inclusión

- Edad materna de 20 hasta 34 años
- Gestantes de embarazos únicos
- Gestantes Nulíparas
- Gestantes con HCMP registradas en el SIP 2000
- Gestantes con HCMP con los datos completos para el estudio.

Criterios de exclusión

- Gestantes con embarazo múltiple

1.3. Muestra:

Unidad de Muestreo: Fueron las HCMP de gestantes que finalizaron su embarazo en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013.

Unidad de Análisis: Puérperas con HCMP registradas en el SIP 2000 del Hospital Belén de Trujillo.

Tamaño Muestral:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

α = probabilidad de cometer error tipo I

β = probabilidad de cometer error tipo II

Z = valor estándar de la distribución normal asociado a un tipo de error.

Asumiendo las exigencias del 95 % de confianza ($Z = 1.96$, $\alpha = 0,05$) una potencia de la prueba del 80% ($Z = 0,84$ $\beta = 0,20$).

$p_2 = 0.125$; según revisión bibliográfica respectiva corresponde 12.5%²⁹.

$q_2 = 0.875$

$p_1 = 0.30$; según revisión bibliográfica respectiva corresponde 30%²⁹.

$q_1 = 0.70$

$Z \alpha = 1.96$

$Z \beta = 0.842$

$$n = \frac{(1.96 + 0.842)^2(0.30 \times 0.70 + 0.125 \times 0.875)}{(0.30 - 0.125)^2}$$

Finalmente la muestra deberá estar conformada por:

$n_1 = 82$ casos

2. DISEÑO DEL ESTUDIO

2.1 Tipo de Estudio: Aplicada, Cohorte Retrospectivo.

2.2 Diseño Específico:



3. Variables en Estudio

3.1 Clasificación de Variables

Variabes del problema	Enunciado de las variables	Tipo de variable	Escala de medida	Unidad de Medida	Indicador
Independiente	Embrazo adolescente	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia	SI-NO
Dependiente	Anemia Postparto	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia	SI-NO
	Presentación Cefálico	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia	SI-NO

3.2 Definiciones Operacionales

Variable Independiente

➤ **Edad Materna**

Definición Operacional: Se clasificó a las gestantes de la siguiente forma:

- Gestantes Adolescentes: 10 – 19 años
- Gestantes no Adolescentes: 20 – 34 años

VARIABLE DEPENDIENTE

➤ **Presentación**

Definición Operacional: Se consideró la presentación que figure en la historia clínica, pudiendo ser cefálica, podálica o transversa.

➤ **Anemia Postparto:**

Definición Operacional: se utilizaron los valores de hemoglobina o hematocrito post parto que figurarán en las historias clínicas y luego se clasificaron de la siguiente manera:

- *Anemia:* hemoglobina menor de 11 gr/dl y/o hematocrito menor de 33%.
- *Sin Anemia:* hemoglobina mayor o igual a 11 gr/dl y/o hematocrito mayor o igual a 33%.

4. PROCEDIMIENTOS:

1. Se revisó los archivos de Estadística.
2. Se seleccionó las historias clínicas desde el archivo de epidemiología en el Hospital Belén de Trujillo correspondiente al periodo 2011-2013
3. Se seleccionó las historias clínicas de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.
4. Se recopilaron los datos en una hoja de toma de datos (Anexo 1).
5. Estos datos se almacenaron en un archivo de base de datos del SPSS versión 20.0 para su posterior análisis estadístico.

5. Procesamiento y Análisis de Datos:

Los datos consignados en las fichas de recolección de datos (anexo N°1) fueron procesados de manera automatizada en el soporte del paquete estadístico SPSS 20.0, para luego presentar los resultados en las tablas estadísticas de entrada simple y doble de acuerdo a los objetivos planteados.

En el análisis estadístico se usó de la prueba de chi cuadrado de independencia de criterio, considerando que la asociación es significativa si la probabilidad de equivocarse al 0,05% ($p < 0,05$) para establecer la fuerza de asociación entre cada uno de los factores en embarazo en adolescente se hará uso del Riesgo Relativo.

6. Estadística Descriptiva:

En la presente investigación se utilizó las medidas descriptivas de resumen: medidas de tendencia central, dispersión como la desviación estándar y proporciones.

7. Estadística Interferencial:

Para evaluar la significancia del embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas. La significancia estadística se dará para valores de "p" menores de 0.05.

8. Estadígrafos del estudio:

Dado que es un estudio de Cohorte histórico se calculó los siguientes indicadores: Incidencia de complicaciones maternas en gestantes menores de 19 años y en gestantes de 20 a 35 años, el riesgo relativo (RR), para cada complicación asociada.

9. Consideraciones Éticas:

La presente investigación se realizó sobre la base de revisión retrospectiva de los datos existentes en las historias clínicas. Como tal no necesitó consentimiento informado específico y se mantuvo la plena confidencialidad del paciente a través del estudio. Se solicitó la aprobación del Comité Permanente de Investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo y del Hospital Belén de Trujillo.

III. RESULTADOS

Tabla N° 1: Muestra el análisis estadístico de morbilidad obstétrica adolescente con un 29% frente a embarazo no adolescente con un 15%, en donde el valor del riesgo relativo es de 3.2, es decir, que los embarazos adolescentes tuvieron 3.2 veces más probabilidad de presentar morbilidades obstétricas, con un IC: 95%/(1.7-6.1) y un valor de $p < 0.05$, en comparación con los embarazos no adolescentes.

Tabla N° 2: Muestra el análisis estadístico de anemia postparto, en donde el valor del riesgo relativo es de 3.7, lo que significa que los embarazos adolescentes tuvieron 3.7 veces más probabilidad de presentar anemia post parto, con un IC: 95%(1.1-11.8) y un valor de $p < 0.05$, en comparación con los embarazos no adolescentes.

Tabla N° 3: Muestra el análisis estadístico para distocia de presentación, en donde el valor de riesgo relativo es de 1, sin embargo el valor de p es mayor a 0.05 (1), por lo tanto no hay asociación entre distocia de presentación y embarazo adolescente.

Tabla N°1. Gestación Adolescente como factor de riesgo para Morbilidad Obstétrica

Edad	Morbilidad Obstétrica				Total	
	Si		No		fi	%
	fi	%	fi	%		
Adolescente	48	29%	34	21%	82	50%
No adolescente	25	15%	57	35%	82	50%
Total	73	45%	91	55%	164	100%

$X^2 = 13.06$, valor-p= 0,000 < 0.05, ** significativo al 0.05 RR=3.2, IC=1.7-6.1

Fuente: Historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013

Tabla N°2. Gestación Adolescente como factor de riesgo para Anemia Postparto.

Edad	Anemia Postparto.				Total	
	Si		No		fi	%
	fi	%	fi	%		
Adolescente	13	8%	69	42%	82	50%
No adolescente	4	2%	78	48%	82	50%
Total	17	10%	147	90%	164	100%

$X^2 = 5.32$, valor- $p = 0,021 < 0.05$, ** significativo al 0.05, RR=3.7, IC=1.1-11.8

Fuente: Historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013

Tabla N°3. Gestación Adolescente como factor de riesgo para Distocia de Presentación

Edad	Distocia de Presentación				Total	
	Si		No		fi	%
	fi	%	fi	%		
Adolescente	7	4%	75	46%	82	50%
No adolescente	7	4%	75	46%	82	50%
Total	14	9%	150	91%	164	100%

$X^2 = 0.00$ valor- $p = 1 > 0.05$, ** No significativo al 0.05, RR=1, IC=0.33-2.99

Fuente: Historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013

IV. DISCUSIÓN

Las estadísticas demuestran que el embarazo en las adolescentes se ha convertido en uno de los principales problemas de muchos países de Latinoamérica (30).

En adolescentes, el embarazo, irrumpe en momentos en que todavía no se alcanza la madurez física y mental, y muchas circunstancias adversas, como lo son, las carencias nutricionales u otras enfermedades (31).

La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y mortalidad. Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto que las mujeres en los 20; aquellas por debajo de 15 años de edad aumentan en cinco veces el riesgo. Los riesgos derivan de dos situaciones: una de tipo biológica y otra condicionada por varios factores psicosociales; en lo biológico los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general (31).

Se encontró un 29% de morbilidades obstétricas en embarazos adolescentes en comparación con un 15% de morbilidades obstétricas en embarazos no adolescentes, dichos resultados coinciden con la investigación de Caicedo y cols³⁴, donde encontró que las complicaciones obstétricas fueron mayores en embarazos adolescentes (47.5%) que en no adolescentes (31.25%) (34).

Existe controversia entre los diferentes autores, al evaluar si la distocia de presentación está asociado a la edad materna; de esta manera Sandoval y cols.

(19), reportan una distocia de presentación de 4.9% en adultas, no reportando en el grupo de adolescentes ($p>0.05$); así también otros estudios muestran una mayor tasa de partos podálicos en gestantes adolescentes (19,34) y distocia de presentación del 5% al 10% en adolescentes (32).

Según nuestro estudio la prevalencia de distocia de presentación fue similar tanto para gestantes adolescentes como para gestantes adultas siendo esta de un 4%, obteniéndose así un ($p=1, >0.05$) por lo que se concluye que la gestación adolescente no es un factor de riesgo para distocia de presentación.

El impacto de la fecundidad adolescente en la morbilidad clínica durante el embarazo es muy variable. La anemia es tal vez una de las patologías más frecuentes, dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años, coincidiendo los dos periodos de mayor demanda nutricional del ser humano. (37)

Es así que la incidencia de anemia postparto en adolescentes encontrada en la literatura es de 22% a 49.36% (11, 34) en nuestro estudio encontramos una incidencia de 8% en adolescentes y 2% en adultas, obteniendo $P=0.021$ ($p<0.05$) $R.R= 3.2$, $IC=1.7-6.1$ lo cual indica que la gestación adolescente tiene 3.2 veces más probabilidad de presentar esta complicación en relación a una gestante adulta por consiguiente la edad es un factor de riesgo independiente para esta complicación.

Varios estudios realizados en distintos países demuestran que los grupos vulnerables, como las mujeres adolescentes, bajo un programa de atención y contención de quipos multidisciplinarios reducen o revierten los resultados adversos descriptos. En este sentido se han publicado trabajos avalando estos programas que incorporan a las adolescentes en redes de protección socio – sanitarias, permitiendo la disminución de los riesgos descriptos. (35)

La OMS insiste en que se debe proporcionar información a las adolescentes embarazadas sobre las complicaciones del embarazo y sobre signos de alarma, además de promover la consulta médica oportuna. Adicionalmente, menciono la importancia del inicio temprano del control prenatal para propiciar una nutrición adecuada y así realizar el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones más frecuentes como anemia, infecciones urinarias.(36) Finalmente, se debe prestar especial atención a las madres menores de 16 años, puesto que ellas y sus hijos corren riesgo mayor de complicaciones y muerte. (38)

V. CONCLUSIONES:

1. El embarazo en adolescentes es un factor de riesgo para morbilidad Obstétrica en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013.
2. El embarazo en adolescentes es un factor de riesgo para Anemia post parto en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013.(RR= 3.7)
3. El embarazo en adolescentes no es un factor de riesgo para Distocia de Presentación en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2011-2013.(RR= 1)

VI. SUGERENCIAS

Consideramos importante poder identificar cuáles son los principales factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dicha condición, para así poder desarrollar estrategias destinadas a abordar la situación, tanto con medidas de prevención primaria, como secundarias, por ejemplo: Crear el Consultorio de la Adolescente, donde exista un equipo multidisciplinario de salud, con normas precisas para orientación y consejería; Establecer en este Consultorio orientación y consejería sobre maternidad sin riesgos a las adolescentes embarazadas, detección de las infecciones de transmisión sexual, atención de los casos de violencia basada en género y abuso sexual, y un adecuado programa de anticoncepción para la adolescente, con acceso a todos los métodos incluyendo la anticoncepción oral de emergencia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité subregional andino para la prevención del embarazo en adolescentes del ORAS-CONHU. Plan andino de prevención del embarazo en la adolescencia. Marzo 2009.
2. Andino N. Salud y estilos de vida saludable de los y las jóvenes y adolescentes. Sao Paulo: FNUAP; 2010.
3. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en las adolescentes de las Américas. 2000-2009.
4. Urbina C. Pacheco J. Embarazo en adolescentes. Rev. Per Ginecol Obstet. 2012; 52 (1): 118-123.
5. American Academy of Pediatrics, committee on Adolescents. Contracepción and Adolescents. Pediatrics. 2010; 104: 1161-1166.
6. Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados generales. Instituto Nacional de la Juventud 2009.
7. Peláez J. Consideraciones del curso de anticonceptivos en la adolescencia: Rev Cubana ObstGinecol 2009; 22:5-11.
8. López M. Flores Madan L, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia: Resultados de dos. Sex Soc 2009; 2:6-12.
9. González T, Isabel M, Aguirre C. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. Chil. Pediatr. 2011; 76: 573-579.

10. Fernandez I, Bustos I, Gonzales L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Revermed Chile* 2009; 128:574-583.
11. León P, Minassian M, Borgoño M, Bustamante F, Embarazo adolescente. *Rev. Ped. Elec. [en línea]* 2010, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918.
12. Peláez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2012; 23:13-17.
13. Forrest JD: Timing of reproductive life stages. *Obstet Gynecol* 2010; 82:105.
14. Beltrán Molina L. Fundación Escuela de Gerencia Social. Embarazo en Adolescentes. Caracas 2011.
15. Padilla de Gil. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. *Rev SOGIA* 2010; 7: 16-25.
16. Chelala C. Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. *Lancet* 2009; 355: 128.
17. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES Continua 209 – 2011. Lima. Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. Perú; 2012.
18. Allca L. Adolescente embarazada: Condiciones personales y expectativas futuras de desarrollo personal. Hospital María Auxiliadora 2009. *Rev Per Obst Enf* 5(2) 2011.
19. Sandoval J, Mondragon F, Ortiz M. Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. *Rev Per Gincel Obstet.* 2009; 53(1): 28-34.

20. Damian P, Conislla G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes – Instituto Nacional Materno Perinatal 2009 [Tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. 2009.
21. Ruoti A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev SOGIA 2009; 1:70-2.
22. Stevens Simon C. Adverse reproductive outcome and Young maternal age. N Engl J Med 2010; 333: 801-2.
23. Olausson P, Cnttinguis S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol 2009; 106: 116-21.
24. Sáez Cantero V. Embarazo y Adolescencia. Resultados Perinatales. Rev Per ObstEnf 5(2)2009.
25. Sandoval y col. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. XVI Congreso de Obstetricia y Ginecología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2009.
26. Peña – Oscuvilca A, Peña – Ayudante W. Impacto Materno Neonatal del Embarazo En la Adolescencia. Rev. Per Ginecol Ostet. 2011; 57: 43-48.
27. Rodriguez MA. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB, 2009; 27 (1): 47-58.
28. Ulanwicz M, Parra K, Wendler G. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VI° Cátedra de Medicina 2009; 153: 13 – 17.
29. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Maternidades Tempranas: El Reto del Embarazo Adolescente. Perú: 2013.

30. Kovalskys I, Krochik AG, Embarazo adolescente y estado nutricional. Becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativa 20002-20003". Comisión Nacional de Investigación Sanitaria. CONAPRIS. Ministerio de Salud y Medio Ambiente Argentina.
31. Nolzco ML, Rgodriguez LY. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de posgrado de la VIa Catedra de Medicina 2006; 156: 13-18.
32. Salvador J, Maradiegue E. Gestación en adolescentes: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1992 – 1994. GinecolObstet (Perú). 2012; 41(3): 39-47
33. Fernandez J, Garcia M, Gomez J. Embarazo y parto en adolescentes. Atención Primaria 1994; 13(8): 437-40
34. Caicedo F, Ahumada F, Bolaños M, Ortega O, tejada C. Complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años durante julio a Septiembre de 2008. Hospital Universitario San Jose de Popayan, Colombia. (Tesis de Bachiller) Cauca: Universidad de Cauca, Colombia 2010.
35. Garcia M, Giogetti M, Gonzales M, Sartori M, Rey P, pomata J, Meritano J, Embarazo adolescente ¿Una población de riesgo? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2010; 29(4): 139-43
36. Baena-Rivero A, Alba A, Jaramillo MC, Quiroga SC, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Aten Fam. 2012;12(4): 82-85
37. Gomez P, Molina R, Zamberlin N. Factores Relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. 1° ed. Tavera L, editor. Erre&erre Arte Graficas (Lima), 2011

38. World Health Organization. Adolescent Pregnancy-Issues in Adolescent Health and Development. 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf

ANEXOS

ANEXO No. 01

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HC:.....

2.2.1.1 Edad materna al momento del parto:

- 10-19 años ()
- 20-34 años ()

2.2.1.2 Morbilidad Obstétrica:

	SI	NO
• Anemia Postparto	()	()
• Presentación Cefálica	()	()