

Morbi-Mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital "Víctor Lazarte Echegaray". IV. EsSalud. -Trujillo. 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014

Isaac Ríos Canales¹; Rubén Vera Véliz²

¹Departamento de Ciencias Básica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo; isaacrios_2@hotmail.com

²Escuela de Postgrado, Universidad Nacional de Trujillo; rubencesar2@hotmail.com

Recibido: 20-05-2015

Aceptado:02-10-2015

RESUMEN

El propósito fundamental de la investigación se centró en estudiar la Morbi-Mortalidad materna- fetal en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital "Víctor Lazarte Echegaray". IV. EsSalud- Trujillo, 2013 – 2014, así como la incidencia, características social y cultural, violencia sexual, procedencia o /transferencia, tipo de parto, Apgar del recién nacidos, malformación fetal. La investigación se llevó a cabo utilizando un **estudio descriptivo de corte transversal ambispectivo**, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se atendieron 299 adolescentes embarazadas (2013), con una **incidencia de 8.88**, y 290 (2014), cuya **incidencia disminuyó a 7.51**. Edad promedio: 17,10+ - 1,48 años, nulíparas 274(94.48%), secundaria incompleta 179(62%). Edad gestacional: 38,51 + - 2,18 semanas. Control prenatal: 3,41 + - 1,75. Desconocimiento de MAC, (94.83%), y no uso, (97.93%). Agresión física y violación sexual por extraños: 6(1.34 %). Transferidas de Policlínicos fuera de Trujillo: Virú, (33.44%) y (28.38%), La Esperanza, (15.4%) y (18.81%), Moche, (11.7%) y (10.9%). Parto vaginal: 164(54.85%) y 169(58.28%); Cesárea: 135(45.15%) y 120(41.38 %) y CST + HAT: 1(0.34%). Malformaciones fetal: Gastrosquisis 2(0.67%), Hernia diafragmática 1(0.33%) (2013) y Atresia duodenal 1(0.34%) (2014). Morbilidad en adolescentes embarazadas predominaron: Estrechez pélvica, (17.34%) y (17.02%); RPM (15.61%) y (17.55%); Pre-eclampsia severa (9.25%) y (11.7%); Sufrimiento fetal agudo (7.51%) y (9.57%). Complicación severa: Ruptura uterina con Anemia severa: 1 (0.58%) (2013). No hubo Mortalidad materna. Mortalidad fetal (óbito fetal): 1(0.33%) (2013) y 4(1.37%) (2014).

Palabras clave: Embarazo en adolescentes, factores de riesgo, morbilidad y mortalidad materna-fetal.

ABSTRACT

The main purpose of the research focused on studying Morbi-Mortality maternal- fetal for pregnant adolescents treated in the Hospital "Victor Lazarte Echegaray". IV. EsSalud-Trujillo, 2013 - 2014, as well as the incidence, characteristics and social cultural, sexual violence, provenance or /transfer, type of delivery, the newborn Apgar, fetal malformation. The research was conducted using a cross-sectional descriptive study ambispective, which fulfilled the inclusion criteria. There were 299 pregnant adolescents (2013), with an incidence of 8.88 and 290 (2014), whose incidence decreased to 7.51. Mean age: 17.10 ± 1.48 years, nulliparous 274 (94.48 %), incomplete secondary 179 (62 %). Gestational age: 38.51 + - 2.18 weeks. Prenatal care: 3.41 + - 1.75. Ignorance of MAC, (94.83 %), and non-use, (97.93 %). Physical assault and rape by strangers: 6 (1.34 %). Transferred from Polyclinics outside of Trujillo: Viru, (33.44 %) and (28.38 %), La Esperanza, (15.4 %) and (18.81 %), Moche, (11.7 %) and (10.9 %). Vaginal Birth: 164(54.85 %) and 169(58.28 %); Cesarean section: 135(45.15 %) and 120(41.38 %) and Cesarean + HAT: 1 (0.34 %) (2014). Fetal malformations: Gastroschisis 2(0.67 %), hernia diafragmatica 1(0.33 %) (2013) and duodenal atresia 1(0.34 %) (2014). Morbidity in pregnant teens predominated: Narrow pelvic, (17.34 %) and (17.02 %); RPM (15.61%) and (17.55 %); severe preeclampsia (9.25 %) and (11.7 %); acute fetal suffering (7.51 %) and (9.57 %). Severe complication: uterine rupture with severe anemia: 1 (0.58 %) (2013). There was not maternal mortality. Fetal death (stillbirth): 1(0.33 %) (2013) and 4(1.37 %) (2014).

Keywords: Teenage pregnancy, risk factors, morbidity and mortality maternal-fetal.

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes (embarazo precoz), es de alto riesgo que ocurre entre los 10 y 19 años de edad. (Frenk, 2002:33-38) (OMS, 2009), (OPS,2007). La madre no ha alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad, afecta la salud de la madre y del embrión en desarrollo. Este hecho conlleva a riesgos biopsicosociales (Ipas.1999). Los factores que contribuyen a los embarazos en adolescentes es la falta de educación biológica y sexual, en el hogar y el colegio; desconocimiento de los métodos anticonceptivos y mal uso de MAC. La prevención es muy importante ya que un embarazo a temprana edad conlleva en muchas ocasiones a que las jóvenes no culminen sus estudios y dejen a un lado sus aspiraciones, sobre todo en los sectores más humildes. (Foley, et.al, 2011). Representa un problema de salud pública, entre las medidas impulsadas por el Gobierno están la promoción de la planificación familiar y el estímulo del uso de métodos anticonceptivos, además de la creación de consultas de adolescentes y preconcepción que se ofrecen en los hospitales del país. (Stern, 1997). El componente educativo es fundamental en la planificación familiar. Sin embargo, la realidad es que las personas se encuentran con mucha información imprecisa publicada a través de los medios de comunicación (Duch).

La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica (OMS, 2009). (OPS, 1998). Sin embargo la problemática de la adolescencia proviene de sus conflictos sociales, dentro de los cuales destaca el embarazo no deseado. Algunos reportes señalan que el 60-90% de las concepciones en adolescentes no son deseadas. Es un problema médico, social, económico y educativo porque dificulta el proyecto de vida de las personas involucradas, creando trastornos en el entorno familiar y social (Duch) y (Foley, et.al, 2011).

En los últimos años se ha observado un incremento del embarazo en adolescentes, se debe a múltiples factores: la constitución de la familia, condiciones sociales, culturales y los medios de comunicación masiva. Las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada padre-hija, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, se ven programas con cierto grado de erotismo, que son observados por los niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana (López N, et.al, 1996).

A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños de mujeres menores de 20 años. De ellos, el 60% no son planeados. Este hecho es motivo de preocupación, debido a los riesgos biopsicosociales a que conlleva (Villar y cols, 1992). En los países desarrollados, los embarazos en adolescentes se presentan en los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social (García y cols, 2010). En los Países en desarrollo, existen más de mil millones de adolescentes (85%). Más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. La violación e incesto ocurre entre 7 a 34 % de las niñas y de 3 a 29 % en niños. Se reportan 10 % de partos que ocurre en adolescentes. Este es un fenómeno expandido por todo el mundo, solamente en los Estados Unidos se producen anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes (Toro, y cols, 2000). En Canadá, en 1996, se embarazaron alrededor de 40,000 adolescentes (Toro, 1992). En Europa, las cifras mayores corresponde a Alemania y Gran Bretaña (OPS, 2007). En España, en 1994, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años fue de 35,49/1000 mujeres, descendiendo a 32,98 (1995) y a 30,81(1996) (López N, y cols, 1996). En México el número de mujeres adolescentes se incrementó de 5.7 millones (1970) a 10.7 millones (2000). Se registraron 64 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 – 19 años (TheNationalCampaign to Prevent Teen Pregnancy, 2006).

En América Latina: Venezuela es el primer país sudamericano en volumen de embarazos no planificados (21%). Se registran 98 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, superada por Nicaragua (24%). En Colombia: 79/1000. (En Perú, 2013), como país del "Tercer Mundo", no está libre de esta situación, por el contrario parece ir *in crescendo* a pesar de los avances logrados en el campo de la salud, por lo cual constituye un motivo de preocupación dentro del Ministerio de Salud Pública, representa el 21% del total de la población, y el 10.4% viven en extrema pobreza (Longo y cols, 2002) (Zépeda, 2011).

Las tasas de nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, en 2007, la más extrema fue en Nigeria (196/1000) y menor en Corea del Norte(1/1000)(Coll, 1997).En Brasil (89/1000),

México (65/1000), Estados Unidos, (42/1000) y en el Perú (60/1000). (OMS, 2009) (OPS, 2007) y (Toro, y cols, 2000).

Las adolescentes en su desarrollo biológico, psicológico, social, cultural, económico, no están preparadas para enfrentar un embarazo, los riesgos que implica una gestación a tan temprana edad, tanto para la joven como para el bebé; tienen poca conciencia de su salud, temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios. Por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible (Foley, 2011) (X Congreso Nacional de Obst. y Ginec, 1997).

Por lo general las adolescentes y el equipo de salud se enfrentan a un embarazo no planificado, pareja ambivalente o ausente, familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación, condiciones económicas desfavorables, escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia. Necesitan mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo multidisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante los primeros años de vida. A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad. Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos (Frenk, 2002).

La violencia doméstica o intrafamiliar, independientemente de su forma (física, verbal, sexual, emocional, patrimonial), es perpetrada por varones en contra de las mujeres. Se calcula que una de cada tres familias padece, siendo las principales víctimas las mujeres y los niños. En el año 2004, el abuso sexual fue de 4.3 % (González y cols. 2010)(Vásquez y cols, 1997). En las zonas más pobres del país, donde existe desocupación, hay problemas de violencia sexual incluyen: abuso deshonesto, el coito forzado entre un adulto y una menor de edad (Apgar, 1974). Se han reportado que 55% de las violaciones de adolescentes son intrafamiliares (padre, padrasto, otros parientes y conocidos de la familia). En EE.UU. (1998), se comprobó entre 18% y 60% de los embarazos en adolescentes, fueron producidos por violación. En Inglaterra, (59%), en Francia (1998), (9%) violaciones en mujeres entre 8 y 12 años. En Costa Rica, (14%), Chile, (12%) (Cueca y cols, 1996) (Nolazco y cols, 2006).

Los peligros de la maternidad en esta etapa de la vida aumentan a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio, con una atención médica inadecuada. Es frecuente encontrar anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo, infección de vías urinarias, RPM, amenaza de parto prematuro y aborto. Dentro de las complicaciones obstétricas el parto pre término, cesáreas (por estrechez pélvica y desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo e inducción fallida), los desgarros, los sangrados y la infección; mientras que en el neonato es frecuente encontrar bajo peso, APGAR bajo, *distress* respiratorio, infecciones y traumatismos obstétricos, con un riesgo muy alto de fallecer (Távora, 2004). Las adolescentes presentan mayor cantidad de partos distócicos, a predominio de las cesáreas debido a su inmadurez biológica (estrechez pélvica). (Allen, 2006) (Rodríguez, 2014) (UNFPA, 2010).

López J, (2004), reportó pobreza entre las adolescentes de 14 a 19 años (55 %) y de indigencia (21%). En la esfera laboral, el 27,3 % de las adolescentes se encuentran desocupadas. Es decir, 4 de cada 10 buscan trabajo pero no lo encuentran. Desertaron de la escuela secundaria de 14 y 18 años (550,000 adolescentes). **Las políticas sociales y económicas se encuentran degradadas y desbastadas en las últimas décadas**, desestabilizando la educación, salud, protección y/o seguridad, particularmente en la infancia y adolescencia. En la mayoría de las adolescentes embarazadas, es el miedo al rechazo familiar y social, por eso ocultan su embarazo y cuando vienen a buscar ayuda está en el último trimestre o ya con dolores. Los riesgos de muerte también son para los hijos de esas madres (Peláez, 1996). Las adolescentes embarazadas, en su gran mayoría, carecen de la posibilidad de generar proyectos futuros, un seguro, independizarse económicamente, de estudiar en la universidad pública y luego ejercer una profesión, etc. La problemática de salud de las adolescentes y jóvenes es, porque no tienen trabajo ni posibilidad de estudiar y muchos se dedican a la vagancia, drogadicción y alcoholismo (Vásquez y cols, 1997).

Dreyfus, (1992), señaló mayor riesgo de abortos espontáneos, bajo peso y mortalidad hasta el primer año de vida. El aborto en las adolescentes es frecuente y con alta morbi-mortalidad materna por lo avanzado de la edad gestacional y las deficientes condiciones técnicas, higiénicas y asépticas en que se realiza. En EE.UU. (1994-95): 14,5% de los abortos despenalizados fueron practicados en menores de 19 años. En Chile (1991): 10%(Apgar, 1974). El embarazo en adolescente ha aumentado en los

últimos cinco años, en madres menores de 15 años de 0.4 % del total de nacidos vivos, a 0,5 %. En el año 2000 hubo por primera vez muertes maternas en menores de 15 años. En nuestro país, el embarazo en adolescentes hace 10 años se veía a los 16 años, después pasó a los 14 y ahora a los 12 años y algunos casos de 9 años (Gaitán, 2004). La mortalidad perinatal es elevada entre las adolescentes (39,4%). Está relacionada principalmente con el tardío acceso a los servicios de salud y con la falta de desarrollo de sus órganos y cuerpos (Umeres –Panti, 2003).

(Diez, 2009), reportó que a más temprana de edad se dé el embarazo, aumenta la probabilidad de riesgo, porque la estructura biológica no está apta para el proceso de reproducción. Entre los 15 y 18 años tienen doble probabilidad de morir, en relación con las que tienen más de 20 años y en menores de 14 años el riesgo aumenta en 5 veces. En el año 2002, la tasa de mortalidad materna promedio fue de 46 por 100,000 nacidos vivos. Las muertes por aborto (30%), que es la primera o la segunda causa (Peláez, 1996) (Zépeda, 2011).

En América Latina, la mortalidad materna: Venezuela, 16% en menores de 20 años, Brasil, 10.8%, Argentina, 5.5%, Colombia (2000), 1%. La mortalidad perinatal es elevada entre las adolescentes (39,4%) (Saavedra, 2014).

La nueva conciencia científica debe reflejarse en la construcción interna del conocimiento, mediante la construcción de objetivos, conceptos, categorías y principios ético-políticos de las acciones de una investigación. La práctica en salud, no sólo debe referirse a la labor clínica, terapéutica y quirúrgica que brinda los hospitales, en la salud curativa; debe incluir acciones preventivas y de promoción de salud que mejore la calidad de vida individual y colectiva. **Una ciencia sin conciencia es inefectiva.** Se habla de “equidad”, “acceso universal o salud para todos”, “solidaridad” y “participación”. Sin embargo, se ha diseñado una política de salud con severas carencias sanitarias en el país (Cueca y cols, 1996) (Nolazco y cols, 2006). El control prenatal de adolescentes embarazadas es deficiente en muchos países del mundo. El número total de controles no supera de 4 en todo el embarazo. Las adolescentes durante el embarazo requieren de un abordaje integral biopsicosocial por un equipo multidisciplinario capacitado en prevenir las complicaciones materno-fetal. (Dreyfus, 1992) (Gaitán y cols, 2004).

El presente estudio se justifica por el hecho de que el embarazo en adolescentes es cada vez mayor a nivel mundial, principalmente en países en vías de desarrollo; es uno de los problemas de salud pública, en muchos casos son embarazos no deseados, que ocurre por violación sexual, desconocimiento y/o mal uso de métodos anticonceptivos, que complica más el embarazo, parto y puerperio, por su poco desarrollo biológico, psicológico, social, cultural, económico y abandono familiar. Nos hemos propuesto realizar este estudio porque en nuestro medio hemos observado incremento de complicaciones materno-fetal en adolescentes embarazadas y por haber pocos estudios en la Región. De esta forma queremos prevenir, evitar y/o disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal, mediante una atención integral y multidisciplinario. El estudio es factible porque los investigadores dominan el objeto de estudio y es sustentable en el tiempo. Por estas razones nos hemos planteado el siguiente problema para nuestra investigación.

Problema:

¿Cuál es la morbi-mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el HVLE-EsSalud-IV. Trujillo. 01 enero 2013 al 31 diciembre 2014?

Se formuló el **Objetivo general:** Conocer la morbi-mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el HVLE- EsSalud-IV. Trujillo. **Objetivos específicos:** a) Evaluar la morbi-mortalidad materna-fetal en adolescentes embarazadas. b) Determinar la Incidencia de adolescentes embarazadas. c) Describir las características social y cultural en adolescentes embarazadas. d) Determinar las transferencias de adolescentes embarazadas al HVLE. e) Identificar el tipo de violencia sexual en adolescentes embarazadas. f) Identificar el consumo de drogas, alcohol, tabaco. g) Comparar el tipo de parto: eutócico y cesáreas.

II. MATERIAL Y METODOS

2.1. Objeto de estudio

La presente investigación tuvo como objeto de estudio a todas las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad, atendidas en el Servicio de Obstetricia del HVLE-EsSalud-IV. Trujillo entre 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014., para conocer y evaluar la morbi-mortalidad materna-fetal, su incidencia características social y cultural, transferencia (procedencias), tipo de violencia sexual, consumos de drogas, alcohol, tabaco y comparar tipo de parto: eutócico y cesáreas.

2.2. Universo muestral

Todas las adolescentes gestantes de 10 a 19 años de edad, atendidas en el Servicio de Obstetricia del HVLE-EsSalud-IV. Trujillo entre 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014.

Se incluyeron a las adolescentes que en su periodo de vida ya adquirieron la capacidad reproductiva, que quedaron embarazadas y que cumplieron con los criterios de inclusión: Adolescentes a *temprana edad (10 a 13 años)*, Adolescentes a *mediana edad (14 a 16 años)*, Adolescentes a *tardía edad (17 a 19 años)*. De las cuales se evaluaron a 299 adolescentes embarazadas (año 2013) y 290 (año 2014).

2.3. Métodos y técnicas

La investigación se llevó a cabo realizando un **estudio descriptivo de corte transversal ambispectivo**, (Martinez, 2010), de la morbi-mortalidad de las adolescentes gestantes de 10 a 19 años de edad que tuvieron partos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-EsSalud-IV. Trujillo; atendidas en el periodo de 01 enero-2013 al 31 diciembre-2014 que cumplieron con los Criterios de inclusión.

2.3.1. Variables: Se registraron y evaluaron:

a) Variable independiente: Edad de las adolescentes embarazadas.

b) Variables dependientes: Las variables epidemiológicas según el enfoque de riesgo: Edad gestacional, paridad, procedencia, escolaridad, uso de anticonceptivos, agresión y/o violación sexual, tipo de parto. Apgar y peso R.N. Morbi-mortalidad materno y Mortalidad fetal.

2.3.2. Procesamiento de datos (Análisis estadístico)

La información se obtuvo de las historias clínicas gestionadas del Servicio de Gineco-Obstetricia, Archivos, libro de sala de partos y libro de sala de operaciones.

Todos los datos se registraron en un formato especial acondicionado para tal fin. (**Anexo 1**). Se revisó las estadísticas del Hospital sobre factores de riesgo, morbi-mortalidad de las pacientes adolescentes gestantes. Los datos obtenidos se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 12.0.

Se elaboró tablas simples y de doble entrada donde se presentaron las distribuciones de frecuencia y porcentajes de todas las variables. Además se empleó gráficos para mayor visualización de los resultados. Se calculó la Media aritmética con su correspondiente Desviación estándar para las variables cuantitativas. En la discusión los resultados se compararon con otros estudios previos.

2.4. Ética

Se respetó el derecho de los participantes de mantener en reserva su identidad y con ello poder evitar cualquier tipo de consecuencias negativas que pudieran atentar contra su integridad. Además se informó a cada participante acerca del procedimiento y objetivos que se persigue con el trabajo de investigación, así como de su importante contribución a la ciencia (Declaración de **Helsinki**, 1994) y según los lineamientos éticos de la investigación científica recomendadas por la (OMS, 2009). Las pacientes adolescentes gestantes intervinieron en el presente estudio, con el respectivo consentimiento por escrito (**Anexo 2**).

III. RESULTADOS

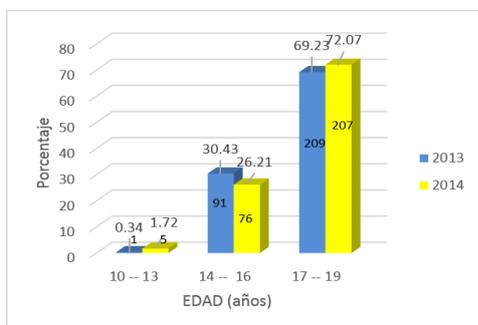


Figura 01.- Adolescentes embarazadas según edad. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

Edad mínima: 13 años 12 años
 Edad máxima: 19 años 19 años
 Edad promedio: $X+DS=17,06+-1,41$ $17,1+-1.78$ años

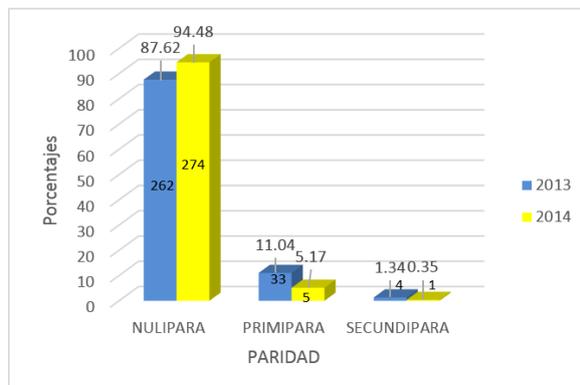


Figura 02.- Adolescentes embarazadas según paridad. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

Tabla 01.- Adolescentes embarazadas según procedencia (Transferencia). Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

PROCEDECIA (Transferencia)	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
VIRU	100	33.44	86	28.38
LA ESPERANZA	46	15.4	57	18.81
MOCHE	35	11.7	33	10.9
PORVENIR	32	10.7	31	10.24
FLORENCIA DE MORA	23	7.7	15	4.95
ALBRECHT	18	6.02	18	5.94
VICTOR LARCO	10	3.34	10	3.3
METROPOLITANO	10	3.34	12	3.96
LAREDO	9	3.01	12	3.96
HUANCHACO	2	0.67	5	1.65
SALAVERRY	2	0.67	3	0.99
QUIRUVILCA	1	0.33	0	0
OTUZCO	3	1	1	0.33
PATAZ	2	0.67	0	0
PACASMAYO	1	0.33	2	0.66
CHICLAYO	1	0.33	1	0.33
CASCAS	1	0.33	0	0
CHIMBOTE	1	0.33	0	0
JULCAN	1	0.33	0	0
QUIRUVILCA	1	0.33	0	0
CASAGRANDE	0	0	1	0.33
LA NORIA	0	0	1	0.33
CAJAMARCA	0	0	1	0.33
SIMBAL	0	0	1	0.33
TOTAL	299	100	290	100

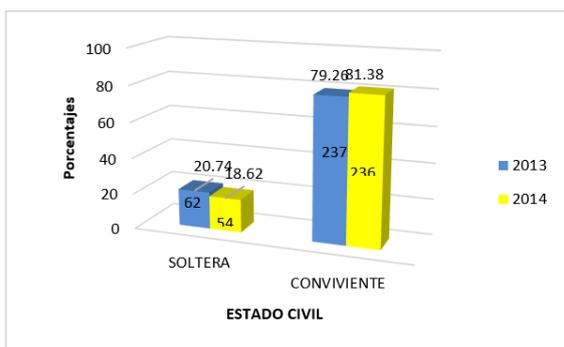


Figura 03: Adolescentes embarazadas según estado civil. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

Tabla 02.- Adolescentes embarazadas según grado de instrucción. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

GRADO DE INSTRUCCION	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
PRIMARIA INCOMPLETA	1	0.33	7	2.4
PRIMARIA COMPLETA	50	16.72	47	16
SECUNDARIA INCOMPLETA	171	57.2	179	62
SECUNDARIA COMPLETA	76	25.42	50	17
INSTITUTO INCOMPLETO	0	0	4	1.4
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	1	0.33	3	1
TOTAL	299	100	290	100

Tabla 03.- Adolescentes embarazadas según conocimiento de anticonceptivos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
SI	58	19.4	15	5.17
NO	241	80.6	275	94.83
TOTAL	299	100	290	100

Tabla 04.- Adolescentes embarazadas según uso de anticonceptivos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

USO DE ANTICONCEPTIVOS	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
SI	23	7.7	6	2.07
NO	276	92.3	284	97.93
TOTAL	299	100	290	100

Tabla 05.- Adolescentes embarazadas según agresión física y violación sexual. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

AGRESIÓN FÍSICA Y VIOLACION SEXUAL	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
FAMILIAR	0	0	0	0
EXTRAÑOS	2	0.67	4	0.67
CONSENTIMIENTO	297	99.33	286	99.33
TOTAL	299	100	290	100

Tabla 06.- Adolescentes embarazadas según consumo. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 201-2014.

CONSUMO	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
ALCOHOL	18	6.02	0	0
DROGAS	6	2	0	0
TABACO	35	11.7	0	0
NINGUNO	240	80.27	290	100
TOTAL	299	100	290	100

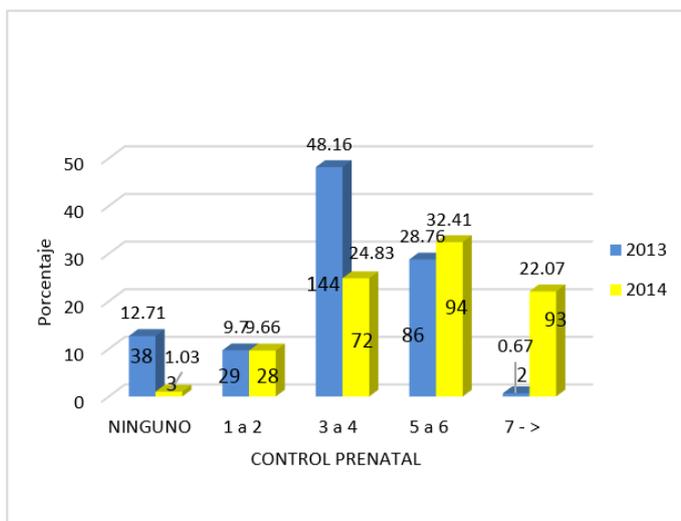


Figura 05: Adolescentes embarazadas según control prenatal. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

Control prenatal mínimo: 0 0
 Control prenatal máximo: 7 8
 Control prenatal promedio: $X+DS=3,41 + - 1,75$ $4,02+2,01$

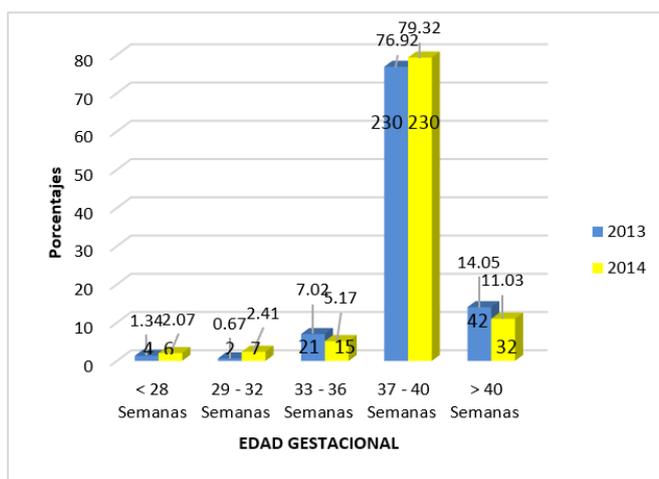


Figura 04: Adolescentes embarazadas según edad gestacional. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

Edad gestacional mínima: 23 semanas 24 sem.
 Edad gestacional máxima: 41 semanas 42 sem.
 Edad gestacional promedio: $X+DS=38,51 + - 2,18$ $38.12+2,48$ sem.

Tabla 07.- Adolescentes embarazadas según número de embarazos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

NUMERO DE EMBARAZOS	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
EMBARAZO SIMPLE	295	98.66	287	98.97
EMBARAZO GEMELAR	4	1.34	2	0.69
EMBARAZO TRIPLE	0	0	1	0.34
TOTAL	299	100	290	100

Tabla 08. Adolescentes embarazadas según morbilidad. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013 - 2014

MORBILIDAD	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
ESTRECHEZ PÉLVICA	30	17.34	32	17.02
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)	27	15.61	33	17.55
TOXEMIA (23/23): PRE-ECLAMPSIA LEVE	4	2.31	1	0.53
PRE-ECLAMPSIA SEVERA	16	9.25	22	11.7
ECLAMPSIA	3	1.73	0	0
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN (15/4): FETO PODALICO	14	8.09	4	2.13
FETO TRANSVERSO	1	0.58	0	0
SUFIMIENTO FETAL AGUDO	13	7.51	18	9.57
PARTO PREMATURO	10	5.78	10	5.32
MACROSOMÍA FETAL	8	4.62	9	4.8
PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO	6	3.47	4	2.13
HIDRAMNIOS (8/7): OLIGOHIDRAMNIOS	5	2.89	7	3.72
POLIHIDRAMNIOS	3	1.73	0	0
EMBARAZO PROLONGADO	0	0	2	1.6
OBITO FETAL	1	0.58	4	2.13
HEMORRAGIA DEL III TRIMESTRE (1/2): PLACENTA PREVIA	0	0	0	0
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)	1	0.58	2	1.06
CIRCULAR DE CORDÓN UMBILICAL	2	1.16	4	2.13
LABOR DE PARTO PROLONGADO O DISFUNCIONAL	5	2.89	10	5.32
EMBARAZO MÚLTIPLE	4	2.31	3	1.6
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)	5	2.89	0	0
PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL	1	0.58	0	0
RUPTURA UTERINA	1	0.58	0	0
ANEMIA	1	0.58	2	1.06
DISPLASIA CERVICAL	2	1.16	0	0
RETENCIÓN DE PLACENTA	1	0.58	0	0
CONDILOMA VULVAR	1	0.58	3	1.6
DIABETES MELLITU TIPO 1	1	0.58	0	0
TUMOR VAGINAL	1	0.58	0	0
TUMOR CEREBRAL	1	0.58	0	0
CESAREADA ANTERIOR	5	2.89	9	4.8
ABORTO	0	0	2	1.06
SINDROME DE HELLP	0	0	1	0.53
ASINCLITISMO	0	0	1	0.53
MOLUSCOS CONTAGIOSO	0	0	1	0.53
CORIOAMNIONITIS	0	0	1	0.53
DISTOSIA FUNICULAR	0	0	1	0.53
MALFORMACIÓN FETAL	3	1.73	1	0.53
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	0	0	1	0.53
TOTAL	176	100	188	100

Tabla 09.- Adolescentes embarazadas según tipo de parto. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

TIPO DE PARTO	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
PARTO EUTÓCICO	164	54.85	169	58.28
CESÁREA	135	45.15	120	41.38
CST + HAT	0	0	1	0.34
TOTAL	299	100	290	100

Tabla 10.- Adolescentes embarazadas según recién nacidos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

RECIEÑ NACIDOS	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
VIVOS	302	99.67	289	98.63
OBITO FETAL	1	0.33	4	1.37
TOTAL	303	100	293	100

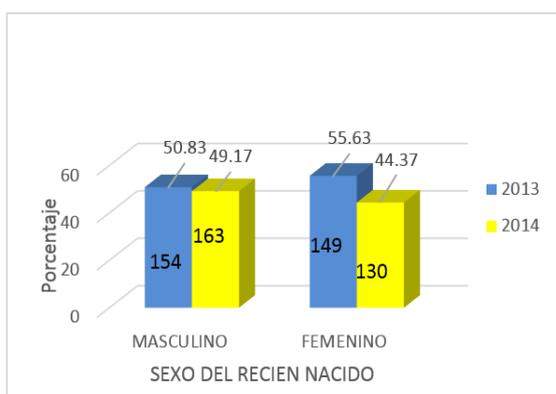


Figura 06: Adolescentes embarazadas según sexo del recién nacidos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

Tabla 11.- Adolescentes embarazadas según Apgar del recién nacido al minuto y 5 minutos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

APGAR DEL RECIEN NACIDO	2013				2014			
	AL 1 MINUTO		A LOS 5 MINUTOS		AL 1 MINUTO		A LOS 5 MINUTOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 3	7	2.31	2	0.66	9	3.07	4	1.37
4 a 6	11	3.63	3	0.99	18	6.15	2	0.68
7 a 10	285	94.06	298	98.35	266	90.78	287	97.95
TOTAL	303	100	303	100	293	100	293	100
Apgar mínimo:	0		3		0		3	
Apgar máximo:	9		10		9		10	
Apgar promedio:	X+DS=8,21+0,73		8.41+0.42		8,07+1,44		8,38+ 0,86	

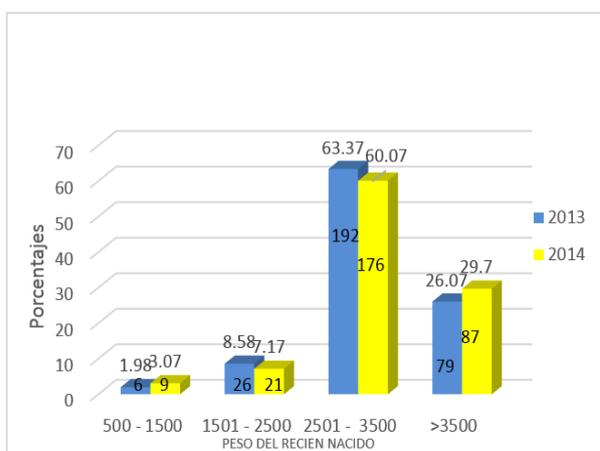


Figura 07: Adolescentes embarazadas según peso del recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014

Peso mínimo: 520 grs. 850 grs.
 Peso máximo: 5,180 grs. 4,350 grs.
 Peso promedio: X+DS= 3067,6 +- 172,5 3119+-600,1

Tabla 12. Recién Nacido según Malformación Fetal. HVLE. 2013-2014.

MALFORMACIÓN FETAL	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
NINGUNO	300	99.01	292	99.66
SI	3	0.99	1	0.34

Tabla 13. Recién Nacido según tipo de Malformación Fetal. HVLE. 2013-2014.

TIPO DE MALFORMACIÓN FETAL	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
GASTROSQUISIS	2	0.67	0	0
HERNIA DIAFRAGMÁTICA	1	0.33	0	0
ATRESIA DUODENAL	0	0	1	0.34

Tabla 14.- Adolescentes embarazadas según mortalidad. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013-2014.

MORTALIDAD	2013		2014	
	Nº	%	Nº	%
MATERNA	0	0	0	0
FETAL	1	0.33	4	1.37

IV. DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de salud, en especial en los países en vías de desarrollo, con escaso conocimiento de la salud reproductiva, inician precozmente la actividad sexual y se exponen a embarazos no deseados, sin conocer los riesgos a que están expuestos ni los cuidados que deben tener para evitar estos problemas. Las adolescentes a nivel mundial alcanzan hasta más de mil millones, el 85% en los países en desarrollo. A nivel nacional e internacional se han reportado embarazos en adolescentes entre 7% a 25 %. Son más altas en países en vías de desarrollo: En Chile (15,2%), en El Salvador (25%) (Nolazco et.al, 2006).

En el Perú, el 21 % son adolescentes del total de la población peruana, de las cuales 10.4 % vive en condiciones de pobreza extrema. Las mujeres adolescentes de 10 a 19 años son 2'801,993 que representan el 10,32% del total de la población (Rodríguez, 2014). El embarazo en adolescente ocurre en 13 de cada 100 adolescentes mujeres de 15 a 19 años (UNFPA, 2010). La mayoría en hospitales ubicados en la Selva como: Iquitos (30,8%), Yarinacocha (29,4%), Puerto Maldonado (27,7%) y Pucallpa (27,4%). Semejantes hallazgos reportados por ENDES (27,2%) (2009)(Mayor, 2004). En menor proporción en Cerro de Pasco (24 %), Piura (22%) (2002), Tumbes (16%), Ayacucho (15%), Cajamarca (14%); en Apurímac, La Libertad, Ica, Lima (Provincia) (12%), Cusco (11%), respectivamente y en Callao (10%), Lima Metropolitano (9 %) y Arequipa (8%) (Pereira y cols, 2002) (Umeres-Panti, 2003). Según el INEI, en todo el país, los embarazos precoces se incrementó de 12,2% (2006), a 13,7% (2009) (Foley y cols, 2011).

En nuestro Hospital Víctor Lazarte Echegaray- EsSalud-Trujillo se atendieron 3,367 gestantes, con parto cesárea (45.15%) y parto vaginal (54.85%) (año 2013); y 3,810 gestantes, con parto cesárea (58.28%) y parto vaginal (41.38%) (año 2014); De las cuales, 299 fueron adolescentes embarazadas (año 2013), con una **Incidencia de 8.88** y 290 adolescentes embarazadas (año 2014), cuya **Incidencia disminuyó a 7.51**.

Hubo predominio de embarazo en adolescencia tardía, (17 a 19 años): 207 (69.23%) y 209(72.07%). El embarazo en adolescencia media, (14 a 16 años): 91(30.43%) y 76(26.21%). El embarazo en adolescencia temprana, (10 a 13 años): 1(0.34%) y 5(1.72%), respectivamente. (Fig.1).

La **paridad** de adolescentes embarazadas predominaron las nulíparas, 262(87.62 %) y 274(94.48%). En menor proporción las primíparas, 33(15.1 %) y 15(5.17%); secundíparas, 4 (1.34%) y 1(0.35%) (Año 2013) y (año 2014), respectivamente. (Fig.2).

Las madres adolescentes, por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir con el rol de madre. Desde el punto de vista social, las madres adolescentes permanecen siempre dependientes de sus padres, ocurren principalmente en las poblaciones de menor nivel socioeconómico. En Chile, el 86% de adolescentes embarazadas, fueron de bajo nivel socioeconómico (Garza, 1997) (Mejías, 2000). Tienen poco acceso a la atención prenatal y se ven frustradas sus ambiciones futuras para salir de su nivel socioeconómico (Távora, 2004) (Villón y cols, 1999).

Las adolescentes embarazadas atendidas en el HVLE, fueron **transferidas** de diferentes Policlínicos de Trujillo y de fuera de la provincia de Trujillo y de la Libertad. La mayoría fueron transferidas de Virú, 100(33.44%) (año2013) y disminuyó a 86(28.38%) (año 2014); de la Esperanza,46(15.4%), se incrementó a 57(18.81%); y similar de Moche, 35(11.7%) y 33(10.9%), del Porvenir, 32(10.7%) y 31(10.24%); disminuyó en Florencia de Mora de 23 (7.7%) a 15(4.95%). (Tabla 1).

Cerca del 90% de las madres adolescentes permanecen solteras o son convivientes, no llegando a formalizar su unión a través del matrimonio (Maestre, 2008).

En nuestro estudio, **el estado civil**, predominaron las convivientes, 237(79.26%) (Año 2013) y 236(81.38%) (Año 2014); en menor proporción las solteras, 62(20.74%) y 54(18.62%), respectivamente. (Fig. 3).

En el HRDT, reportaron que adolescentes embarazadas eran convivientes (76%) y con ocupación: ama de casa (67%). En el año 2008, reportaron adolescentes embarazadas sin escolaridad o primaria incompleta (56.1%), Primaria completa (41.9%), Secundaria o Superior (18.5%) (Villar y cols, 1992). En la **Maternidad de Lima**, las madres adolescentes fueron en alto grado carentes de un nivel

educacional adecuado; sin embargo, el 97% de ellas tienen algún grado de educación, con nivel socio-económico bajo. Otros, reportaron 65% de las madres adolescentes tenían educación secundaria (Saavedra, 2014) (Villón y cols, 1999).

En nuestro estudio, la mayoría de adolescentes embarazadas alcanzaron **grado de instrucción:** secundaria incompleta, 171(57.2%) (Año 2013) y 179(62%) (Año 2014); en menor proporción con secundaria completa, 76(25.42%) y 50(17%). Las adolescentes con primaria completa, 50(16.72%) y 47(16%), respectivamente. (Tabla 2).

De esto se deduce que si bien es cierto que el nivel educacional de las mujeres se ha incrementado en los últimos años, esto no ha producido una disminución de los embarazos en adolescentes. Las madres adolescentes estudiaron mayormente en colegios estatales mixtos (53%) (Sáenz, 2000).

El problema de embarazos en adolescentes no solo es un problema social y educacional, sino también un problema de relación y estructura familiar; por eso requiere abordar este problema desde la familia, por ser el eje primordial del desarrollo integral de los jóvenes. El estudio nos muestra que las adolescentes embarazadas, aún no han completado con sus estudios, muy semejante a los reportados en otros hospitales nacionales (55.2%). Están desprotegidas por su pareja (26.2 %), sin atención médica, económica, social y/o legal (Nolazco y cols, 2006).

En nuestro estudio, la mayoría de adolescentes embarazadas **no conocían los métodos anticonceptivos:** 241(80.6%) (Año 2013) y se incrementó a 275(94.83%) (Año 2014). Pocas adolescentes conocían algún método anticonceptivo, 58(19.4%) y 15(5.17%), quienes se embarazaron a pesar de tener conocimiento, sin embargo no lo usaron. (Tabla 3).

Otros estudios, reportaron 86.8% de adolescentes conocían algún método anticonceptivo. Los más conocidos: preservativos, método del ritmo, DIU. (Makinson, 1985). A pesar de conocerlos, sólo 42.1% utilizaron en alguna oportunidad (Duch) y (Peláez, 1996).

En igual forma las adolescentes se embarazaron por **no usar anticonceptivos:** 276(92.3%) (Año 2013) y 284(97.93%) (Año 2014). Usaron algún método anticonceptivo, 23(7.7%) y 6(2.07%), respectivamente. Sin embargo, estas pacientes a pesar de conocer algún método anticonceptivo, no supieron usar adecuadamente. (Tabla 4).

Se ha incrementado el abuso sexual de 3.9% (año-2000) a 4.3% (año 2004), en adolescentes gestantes (Huanco, 2012). **UNICEF** (1993) informó que 60% de los embarazos en niñas de 12 a 14 años fue por incesto o violación, constituyéndose en una manifestación extrema del abuso sexual. **Pathfinder**, (1998), reportó 90% de los embarazos en niñas de 12 a 16 años atendidas en la **Maternidad de Lima** fueron consecuencia de violación, la mayor parte en el ambiente intrafamiliar (UNFPA, 2010).

En el presente estudio, las adolescentes atendidas en el HVLE, **sufrieron agresión física y a la vez violación sexual por extraños:** 2(0.67%) (Año 2013) y 4(0.67%) (Año 2014). La mayoría de las adolescentes tuvieron relaciones sexuales con su consentimiento, 297(99.33%) y 286(99.33%), respectivamente. (Tabla 5).

Se reportaron que el 25.6% de madres adolescentes consumieron licor, el 20.7% lo hacen con su pareja, y el 21.5% se ha embriagado en la adolescencia (Saavedra, 2014) (Villón, 1999).

En nuestro estudio, las adolescentes que consumieron algún producto fueron: 59(19.73%) (Año 2013). Predominó el **consumo de tabaco**, 35(11.7%); **Alcohol**, 18(6.02%). Otro grupo consumió **drogas**, 6(2%). La mayoría de las pacientes no consumieron estos productos: 240(80.27%) (Año 2013) y 290(100%) (Año 2014), respectivamente. (Tabla 6).

Se han reportado que las madres adolescentes conocieron al padre de su hijo en la calle (30.6%), en fiestas (22.3%) y en el colegio (10.7%) (Maestre, 2008) (Sáenz, 2000). El consumo de tabaco y drogas aumentan el riesgo de malformaciones fetales, nacimiento de hijos prematuros, con bajo peso y puede tener serias consecuencias en el desarrollo físico y mental del bebé (Diario Médico, 2013) (Lesmo y cols, 2005) (Sifaris, 2000).

La **edad gestacional** en adolescentes fluctuaron entre 23 a 42 semanas, con una edad gestacional promedio: $X+ -DS= 38,51 + -2,18$ semanas (año 2013). En el año 2014, la edad gestacional promedio: $X+ -DS= 38,12 + -2,48$ semanas. Predominaron entre 37 a 40 semanas, 230(76.33%) y 79.32%.

mayor de 40 semanas, 42(14.5%) y 32(11.03%), de 33 a 36 semanas, 21(7.02%) y 15(5.17%); menor de 32 semanas, 6(2.01%) y 13(6.48%), respectivamente. (Fig. 4).

Las adolescentes al enterarse que están embarazadas sufren un cúmulo de emociones muy fuertes: confusión, miedo, ira. En la mayoría de los casos son embarazos no deseados y deben buscar atención médica cuanto antes; empezar recibir los cuidados prenatal, que le ayudará a tomar decisiones necesarias para proteger su salud y la del bebé (Cabezas, 2005).

En nuestro estudio, los **controles prenatales** promedio fue: $X \pm DS = 3,41 \pm 1,75$ (año 2013). y $X \pm DS = 4.02 \pm 2.01$ (año 2014). La mayoría tuvieron 3 a 4 controles prenatales, 144(48.16%) (Año 2013) y bajó a 72(24.83%) (Año 2014); de 5 a 6 controles, 86(28.76%) y 94(32.41%). En menor proporción de 1 a 2 controles, 29(9.7%) y 28(9.66%); sólo 2 adolescentes gestantes tuvieron 7 controles prenatal ((0. 67%) (Año 2013), se incrementó hasta mayor de 7 controles en 93(22.07%) gestantes (año 2014%). Sin embargo, otro grupo de adolescentes gestantes no tuvieron control prenatal, 38(12.71%) y 3(1.03%), respectivamente. (Fig. 5).

En otros estudios (Lugo y cols, 1999), el promedio de controles prenatales fue de 5.43, cifra mayor de los encontrados en nuestro estudio y de la Maternidad de Lima y Hospital Loayza.

Es preocupante la situación de las adolescentes que no tuvieron control prenatal, por desconocimiento o por falta de apoyo de los familiares y de su pareja. Es muy importante que la paciente y familiares tomen conciencia de la utilidad del CPN, para evitar complicaciones materna-fetal (Huanco, 2012).

(Rodríguez, 2014), sostuvo que una sociedad que crece sin la presencia de los padres, será una sociedad que difícilmente avance en valores humanos y niveles ciudadanía adecuada.

La mayoría de adolescentes tuvieron **embarazo uterino simple**, 295 (98.66%) (Año 2013) y 287(98.97%) (Año 2014); pocas con **embarazo gemelar**, 4(1.34%) y 2(0.69%), respectivamente. Hubo **embarazo triple**, 1(0.34%) (2014). (Tabla 7).

(Peláez, 1996), reportó complicaciones: Toxemia, partos prolongados, incremento de incidencia de cesáreas y anemia puerperal. (Lugo, 1999): Anemia (33,3%), amenaza de parto pretérmino (14,3%) y postérmino (9,8%), Hipertensión inducida por el embarazo (HIE), (6.1%). En este grupo, hubo preeclampsia leve (61,1%), preeclampsia severa (13,9%) y eclampsia (2,8%). (Saézn, 2000)(La Habana), estudió a 184 adolescentes embarazadas, con alta incidencia de complicaciones: R.N de bajo peso (29.5%), infección vaginal (19.2%), anemia (15%), HIE (6.8%), IVU (5%), RCIU (2%), Oligoamnios (1%), con parto eutócico antes de las 37 semanas(14,20%) y cesárea (38,39%) por: desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo y por inducción fallida. Durante el parto hubo: desgarro cervical (8.2%) y hemorragia en el tercer periodo del parto (7.5%). En el puerperio: anemia (39%) y endometritis (5%).

En nuestro estudio, las adolescentes embarazadas presentaron múltiples **patologías o complicaciones**, siendo las principales: Estrechez pélvica, 30(17.34%) (Año 2013) y 32(17.02%) (año 2014); RPM, 27(15.61%) y se incrementó a 33(17.55%); Toxemia,23(13.29%) y (12.23%). En esta patología, predominó la pre-eclampsia severa, 16(9.25%) y 22(11.7%), que se complicó con Eclampsia, 3(1.73%) (año 2013). Hubo distocia de presentación fetal, 15(8.67%), con predominio de feto en podálico, 14(8.09%) y 4(2.13%). Hubo sufrimiento fetal agudo: 13(7.51%) y se incrementó a 8(9.57%). Otras patologías: parto prematuro, 10(5.78%) y (5.32%); Hidramnios, 8(4.62%) (año 2013) y 7(3.72%) (año 2014), con predominio de oligohidramnios, 5(2.89%) y 7(3.72%); macrosomía fetal, 8(4.62%) y 9(4.8%); periodo expulsivo prolongado, 6(3.47%) y 4(2.13%); cesareada anterior, 5(2.89%) y 9(4.8%); labor de parto prolongado, 5(2.89%) y 10(5.32%), respectivamente. RCIU, 5(2.89%) (año 2013); embarazo múltiple (gemelar), 4(2.31%) y 3(1.6%). Una adolescente tuvo una complicación severa: ruptura uterina que hizo anemia severa, 1(0.58%) (año 2013) (Tabla 8).

El Hospital María Auxiliadora (2000), atendió 81.9% de adolescentes embarazadas, que tuvieron parto vaginal (55,6%) y cesáreas (44.4%). Hubo **complicaciones**: Anemia (30%), preeclampsia (7,5%), eclampsia(1,33%), desproporción cefalopélvica(3,67%), patología neonatal(25,44%) (Foley y cols, 2011). En el Hospital Regional Docente de Trujillo (2003), reportaron 36% de adolescentes embarazadas. El índice de cesárea (60%), por: estrechez pélvica, distocia de presentación, sufrimiento fetal (Saavedra, 2014).

En nuestro estudio la mayoría de adolescentes gestantes tuvieron **parto vaginal** (parto eutócico), 164(54.85%) (año 2013) y 169(58.28%) (año 2014) y **cesárea**, 135(45.15%) y 120(41.38%), respectivamente. En el año 2014, una adolescente tuvo cesárea + HAT (0.34%). Las causas de cesárea fueron: estrechez pélvica, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, desproporción feto pélvica, RPM, ruptura uterina + anemia severa. (Tabla 9).

La mayoría de adolescentes tuvieron **recién nacidos vivos**, 302(99.6 %) (año 2013) y 289(98.63%) (año 2014). Hubo óbito fetal: 1(0.33%) y 4(1.37%); transferida de Policlínicos, cuya causa fue: sufrimiento fetal agudo, DPP. (Tabla 10).

El **sexo de los RN** predominó masculinos: 154(50.83%) (año 2013) y 163(49.17%) (año 2014). RN femeninos: 149(55.63%) y 130(44.37%). (Fig. 6).

El **Apgar** al minuto de los **RN**, el mínimo fue cero y el máximo 9 y a los **5 minutos**, el mínimo fue 3 y el máximo 10. **Apgar promedio de: 8,21 + - 0,73 y 8,41+-0,42 (año 2013) y 8,07 + - 1,44 y 8,33 +- 0,86 (año 2014)**, respectivamente. La mayoría de los RN tuvieron **Apgar satisfactorio** (7-10): 285(94.06%) y 266(90.78%). Apgar con **depresión leve** (4-6): 11(3.63%) y 18(6.15%). Apgar con **depresión severa** (0-3): 7(2.31%) y 9(3.07%). A los 5 minutos mejoró el Apgar de los RN: 298(98.35%) y 287(97.95%), respectivamente. (Tabla 11).

El **peso mínimo** de los RN fue de 520 grs. y 850 grs. y el **peso máximo**: 5,180 grs. (año 2013) y 4,350 grs. (año 2014). **Peso promedio: X+-DS= 3067,6 + - 172,5 grs.** (año 2013) **y 3119 +- 600,1grs.** (año 2014), respectivamente. La mayoría de los RN tuvieron peso adecuado (2501 a 3500 grs): 192(63.37%) y 176(60.07%). Con peso mayor de 3500 grs: 79(26.07%) y 87(29.7%). Los RN con bajo peso (1501 a 2500 grs.): 26(8.58%) y 21(7.17%). RN con muy bajo peso al nacer (500 a 1500 grs.): 6(1.98%) y 9(3.07%), respectivamente. (Fig. 7).

En nuestro estudio se encontró **R.N con malformación fetal**: 3(0.99%) (2013) y 1(0.34%) (2014). (Tabla12). Los **Tipos de malformaciones: Gastroquisis**, 2(0.66%) y **Hernia diafragmática**, 1(0.33%) (2013); Atresia duodenal, 1(0.34%) (2014). (Tabla 13).

En Cuba, el riesgo materno de morir fue de 30 por cada 100.000 nacidos vivos para el último quinquenio (2000-2004). En América Latina, se produjo alrededor de 20.000 muertes maternas cada año, lo que significa una muerte cada 25 minutos. (López, 2004).

En nuestro país (Perú), alrededor de 115 mil adolescentes resultaron embarazadas cada año; mientras que el 25% de las muertes maternas fueron por complicaciones en el parto o el puerperio y se dan en los sectores más pobres (OMS, 2009). La **mortalidad** entre los hijos de madres adolescentes fue 26% mayor que el promedio general. (Galdó y PresentProblems, 2011).

Las causas más frecuentes de muerte materna identificadas en 31 hospitales del Perú fueron por hemorragia posparto. En los hospitales universitarios de mayor nivel, las primeras causas fueron por pre-eclampsia, eclampsia (Mayor, 2004).

En nuestro estudio **no hubo mortalidad materna** en adolescentes embarazadas, durante los años: 2013 y 2014. Sin embargo hubo **mortalidad fetal**: 1(0.33%) (2013) y 4(1.37%) (2014). (Tabla 14).

Otros, reportaron mayor **mortalidad perinatal** (31.7%), en adolescentes menores de 15 años. (Lugo, y cols, 1999) (US. Teen Sexual, 2007).

V. CONCLUSIONES

1. Morbilidad en adolescentes embarazadas predominó: Estrechez pélvica, (17.34%) y (17.02%); RPM (15.61%) y (17.55%); Pre-eclampsia severa (9.25%) y (11.7%); Sufrimiento fetal agudo (7.51%) y (9.57%). Complicación severa: Ruptura uterina con Anemia severa: 1 (0.58%) (año 2013).
2. Incidencia de embarazo en adolescentes: **8.88 (año 2013) y 7.51 (año 2014)**.
3. Edad promedio de 17,10+- 1,48 años, nulíparas 274(94.48%), secundaria incompleta 179(62%). Edad gestacional: 38,51 + - 2,18 semanas. Control prenatal: 3,41 + - 1,75. Desconocimiento de MAC, (94.83%), y no uso, (97.93%).
4. Agresión física y Violación sexual por extraños: 6(1.34 %).

5. Consumo de tabaco: 35(11.7%), alcohol: 18(6.02%), droga: 6((2%).
6. Transferidas de Policlínicos fuera de Trujillo: Virú, (33.44%) y (28.38%), La Esperanza, (15.4%) y (18.81%), Moche, (11.7%) y (10.9%).
7. Parto vaginal:164(54.85%) y 169(58.28%); Cesárea: 135(45.15%) y 120(41.38 %) y CST + HAT: 1(0.34%).
8. Malformaciones fetal: Gastrosquisis 2(0.67%), Hernia difragmática 1(0.33%) (año 2013) y Atresia duodenal 1(0.34%) (año 2014).
9. No hubo Mortalidad materna.
10. Mortalidad fetal (óbito fetal): 1(0.33%) (año 2013) y 4(1.37%) (año 2014).

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, COLIN. (2006): "**Peer Pressure and Teen Sex.**" *Psychology Today*". Retrieved July 14.
- APGAR, VIRGINIA: **Anestesióloga Americana** (1909 – 1974).
 Historiadelamedicina.org/.../virginia-apgar-anestesiologa-americana...
- BREILH, JAIME. (2002): **Epidemiología Crítica: Hacia un Paradigma Emancipador e Intercultural de la Ciencia y el Conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BREILH, JAIME. (2002): **El Asalto a los Derechos Humanos y "Otro Mundo Posible"**. Quito: Revista "Espacios" 11:71-82, junio.
- CABEZAS EVELIO. (2005): **Conferencia: Aspectos relevantes de la mortalidad materna**. Jornada Nacional de Obstetricia y ginecología. Abril.
- COLL A. (1997): "**Embarazo en la adolescencia**" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4. Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
- CUECA A, SALVADOR J, MARADIEGUE E. (1996): **Conocimiento de salud reproductiva en las puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia**. 1994. Ginecología y Obstetricia. Vol. 42 N° 3. Diciembre. p: 42-48.
- DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. (AMM).(1964): **Principios éticos**.(Artículo en Línea) (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Accesado el 10 de Octubre 2013).www.wma.net/es/30publications/10policies/b3
- DIARIO MÉDICO, (2003): Cuidado Prenatal para evitar la Muerte Materna. Disponible en: caché de GOOGLE de http:// www. diariomedico.com.
- DIEZ, LUIS ENRIQUE. (2009): Director de la Maternidad Santa Mariana de Jesús, ubicada en el Suburbio de Guayaquil. **El embarazo aumenta riesgos en adolescentes**. Publicado el 11 Marzo de admin. 1 comentario.
- DREYFUS, R. (1992): **The under rated benefets of oral contraception: consequences of pregnancy and induced abortion in teenagers**.Hospital Saint Luois. Int V. Fertil. 37(Supp 4):204-10.
- DUCH HELENA, PSY.D.:**Embarazo en adolescentes – Todo bebé - Embarazo, bebé, niños**.
 www.todobebe.com/articulos/embarazo-en-adolescentes.
- El estudio de las adolescentes embarazadas. En PELÁEZ MENDOZA J. (1996): **Cesárea en la adolescencia: Morbilidad materna y perinatal**. Rev. Cubana. Obst. Ginecol. 22(1):45-52.
- EN PERÚ, (2013): **Adolescentes de 15 a 19 años está embarazada**.
 La revista.aqpsoluciones.com/2011/12/13/en-peru-adolescentes-de-15-19 años. p-37.
- FOLEY R. MICHAEL, STRONG H. THOMAS, GASITE J. (2011): **Cuidados intensivos en obstetricia**. 3ra Edic. Editorial Amolga. Argentina. p: 49-55.
- FRENK MORA J, RUELA BARAJAS E, TAPIA CONYER R, Y COLS. (2002): **Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia**. p:33-38.
- GAITÁN D. HERNANDO. MD MSC. (2004): **Epidemiología del Embarazo en Adolescente**. Lancet Mayo.
- GALDÓ MUÑOZ, GABRIEL: **Atención al adolescente**, Universidad de Cantabria, ISBN 978-84-8102-476-0, p: 339.
- GARCÍA MINUZZIA M.; GIORGETTIA M.; GONZÁLEZ M. Y COLS. (2010): **Embarazo adolescente ¿una población de riesgo?** Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires-Argentina. Octubre. Vol.29. p: 139 – 143.

- GARZA DE LA, C. (1997): **Primigesta Adolescente**. Revista de Ginecología y Obstetricia. (65). p:533-537.
- GONZÁLEZ TALLÓN A.; GUTIÉRREZ VOZMEDIANO A.; LÓPEZ GONZÁLEZ J. Y COLS. (2010): **Epidemiología y prevención del embarazo no deseado en adolescentes**. Abril. p: 1-10.
- HUANCO A, TICONA M.(2012): **Trabajos Originales Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008**. RE. CHIL Obs. GINECOL. 77(2):122-8.
- IPAS. (1999): **Identificando la intersección: Adolescencia, embarazo no deseado. VIH/SIDA y aborto en condiciones de riesgo. Temas en el tratamiento del aborto**. 4. Ipas. México.
- LESMO IGLESIA, ARMANDO M. (2005): **Morbilidad y mortalidad materna en la unidad de atenciónal paciente grave Hospital provincial Docente Saturnino Lora.2003-2005**. Santiago de Cuba.
- <http://www.monografias.com/trabajos55/morbo-mortalidad-materna/morbo-mortalidad-materna.shtml#ixzz2gsQG7wEV>.
- LONGO ROXANA, R, BRUNO, A. (2002): **Estudio epidemiológico comunitario de las condiciones de salud en general** MOSCONI – SALTA. p:7-10.
- LÓPEZ J.L. LUGONES MB, VALDESPINO LP, VIRELLA JB. (2004): **Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer**. Rev. Cub. Obstet. Ginecol. 30(1)
- LÓPEZ NODARSE M, FLORES MADAN L, ROCHE PÉREZ C. (1996): **Embarazo en la adolescencia**. Resultados de dos. Sex Soc. 2(4):12-16.
- LUGO SÁNCHEZ, ALVAREZ PONCE V, RODRIGUEZ PÉRE A. (1999). **Factores epidemiológicos de la Hipertensión en el embarazo**. Hospital docente Gineco-Obstétrico de Guanabacoa. Ciudad de La Habana 1998. Rev. Cubana ObstetGinecol. 25(1): 61- 5.
- MAESTRE FERNANDO. (2008): **El embarazo adolescente en el Perú**. Permalink. Octubre-2008.
- radio.rpp.com.pe/eratabu/el-embarazo-adolescente-en-el-peru
- MAKINSON C. (1985): **«The health consequences of teenage fertility»**. *FamPlannPerspect*. 17 (3): p: 132-9. doi: 10.2307/2135024. PMID2431924.
- MARTÍNEZ GARCÍA, LAURA. (2010): **Curso de Introducción a la Metodología de Investigación (I). Tipos de Diseños de Investigación**. Centre Cochrane Iberoamericano 9 de noviembre. p:1-5.
- MAYOR S. (2004): **«Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries»**. *BMJ*328 (7449): May. p: 1152. doi:10.1136/bmj.328.7449.1152-a. PMID15142897. PMC411126. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7449/1152-a>.
- MEJÍAS E. (2000): **Características del embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente en la altura**. *Ginecol&Obstet*. Abr; 46(2): 135-40
- NOLAZCO, MARÍA LORENA; RODRÍGUEZ. LAURA YUDITH. (2006): **Morbilidad materna en gestantes adolescentes**. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril*. P: 13-18.
- OMS (2009): Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo**. www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es.
- ORGANIZATION REPRODUCTIVE HEALTH. (2007): **Madres adolescentes - Young mothers - Nacimientos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años**.
- PANAMERICANA DE LA SALUD. (1998): **Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones**. (Cuaderno técnico N°12) Washington. D.C.: OPS.
- PELÁEZ MENDOZA J, SARMIENTO BARCELÓ J, OZ CORNESA R. Y COLS. (1996): **Cesárea en la adolescencia: Morbilidad materna y perinatal**. *Rev. Cubana ObstGinecol*. 22(1):45-52.
- PEREIRA LS, PLASCENCIA JL, AHUED RA. Y COLS. (2002): **Morbilidad materna en la adolescente embarazada**. *Ginecol. Obstet. Mex*. 70(6): 270-74.
- Present problems and controversies concerning pregnant adolescents**. (2011): *Open Access Journal of Contraception*.2:85-94.
- RODRIGUEZ VILLEGAS M, (2014): **Causas y consecuencias de los embarazos en adolescentes**. Director de la Carrera de Educación y Gestión del Aprendizaje de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas-UPC.
- SAAVEDRA J. (2014): **Ministro de Educación del Perú. El Rol de los padres es clave para la educación de los hijos**. *Comercio*. 17/3/14. p: A20.

- SÀENZ CANTERO VIVIANA. (2000): **Morbilidad de la madre adolescente**. Hospital Clodomira Acosta Ferrales del 1ro enero, al 31 de Marzo, 2000.de Ciudad Habana.
- SIFARIS S; PHARMAKIDES G. (2000): **Anemia in pregnancy**. Ann NY. Acad. Sci. 900:125-36.
- STERN C. (1997): **Pubertad y embarazo. Aspectos sociodemográficos y culturales**. En Calzada R, y Donantes. Fisiopatología de la Pubertad y embarazo- anticoncepción en adolescentes. México. p: 465-475.
- TÀVARA OROZCO, LUIS. (2004): **Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú**. Ginecol. Obstet. 50 (2): 111-122.
- THE NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY. (2006): What the Polling Data Tell Us: **A Summary of Past Surveys on Teen Pregnancy**. Retrieved July 13.
- TORO MERLO J., UZCÁTEGUI UZCÁTEGUI O. (2000): **"Embarazo en la adolescente"** – Rodríguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG. Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
- TORO R. (1992): **Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones de peso, somatometría y calificación Apgar, con la población general**. Revista de Ginecología y Obstetricia. (60), p:291 -295.
- UMERES-PANTI. (2003): **Indicación de cesárea en gestantes adolescentes**. Hospital Regional.UNFPA.(2010): **Embarazo en adolescentes**. Lima 22 de marzo.
- U.S.Teen Sexual Activity.(2007)**: PDF (147 KB) Kaiser Family Foundation, January 2005. Retrieved 23 Jan.
- VÁSQUEZ MÁRQUEZ A, ALMIRRAL CHÁVEZ, A.M., CRUZ CHÁVEZ, F. (1997): **Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida**. Rev. Cubana Pediatra. 69(2):82-8.
- VILLAR J. Y COLS. (1992): **Una muestra aleatoria del apoyo psicosocial durante el embarazo de alto riesgo**. The New England Journal of Medicine. 327(18). P:1266.
- VILLÓN J; LOYOLA E; ROSAS E. (1999): **Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba, Huancavelica 1998**. Ginecol&Obstet. Abr; 45(2): 46-9.
- X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología y III de Perinatología**. (1997): Libro de Resúmenes. Ciudad de la Habana. p: 36.
- ZEPEDA GUTIERREZ E.A. (2011): **Entre los factores determinantes: Relaciones sexuales sin anticonceptivos, abuso sexual (violación)**. Marzo 10.

ANEXOS

ANEXO 1: Registro de Datos de Embarazo en Adolescentes:

(ANEXO: 1)

MORBI-MORTALIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY- IV- ESSALUD - TRUJILLO. 01 ENERO- 2013 A 31 DICIEMBRE - 2014.

REGISTRO (H.C.):..... F. I:..... F. A.:

NOMBRE:EDAD:AÑOS.

PARIDAD:..... UPM:..... FPP:.....

EDAD GESTACIONAL:.....SEM.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

.....

CLINICA:

SÍNTOMAS:

- DOLOR ABDOMINAL: ()
- GINECORRAGIA ()
- PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO. ()

SIGNOS:

- DOLOR ABDOMINAL: ()
- UTERO:
- CÉRVIX:

DX. CLINICO:

- EMBARAZO UTERINO SIMPLE ()
- EMBARAZO UTERINO MÚLTIPLE ():

FACTORES DE RIESGO:

- Edad ()
- Paridad : Nulípara () Primípara () Secundípara ()
- Procedencia:.....
- Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada ()
- Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Universitario () Instituto ()
- Uso de anticonceptivos: SI () NO ()
- Violación: Familiar () Extraños () Edad:años.
- Agresión física ()
- Consumo de: Alcohol () Drogas () Tabaco ()
- Control Prenatal: SI () NO ()

MORBILIDAD O COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO:

- ABORTO ()
- PARTO PREMATURO ()
- TOXEMIA : P.E.S. ()
- CIRUGIA UTERINA PREVIA ()
- ATONÍA UTERINA ()
- MIOMA UTERINO ()
- PLACENTA PREVIA ()
- D.P.P. ()
- POLIHIDRAMNIOS ()
- OLIGOHIDRAMNIOS ()
- EMBARAZO MÚLTIPLE ()
- MALFORMACIÓN UTERINA ()
- SÉPSIS ()
- CESÁREA PREVIA ()

TIPO DE PARTO: Paro Eutócico () Cesárea ().....

DX. QUIRÚRGICO:

.....

HALLAZGO OPERATORIO:

.....

.....

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- CESÁREA ()
- CESÁREA + HISTERECTOMÍA ()

COMPLICACIONES POST-OPERATORIA:

- ANEMIA ()
- SHOCK HIPOVOLEMICO ()
- SHOCK SÉPTICO ()
- LESIÓN VESICAL ()
- LESIÓN INTESTINAL ()
- LESIÓN DE ARTERIAS UTERINAS ()
- OTROS:

RECIEN NACIDO:

Sexo: Masculino () Femenino ()
Apgar: Al minuto:..... A los 5 minutos:.....
Peso:grs.
Malformaciones: SI ()..... NO ()

MORTALIDAD: MATERNA ()..... FETAL ().....

OBSERVACIONES.....

EXÁMENES AUXILIARES: Pre-Operatorio / Post-Operatorio:

HEMATOLÓGICO.:

Hb:.....

Hto.....

Hm:.....(.....).

GRUPO SANGUÍNEO:.....FACTOR RH...() .

ECOGRAFIA:

OBSTÉTRICA ():

PÉLVICA ():.....

TRANSVAGINAL ()

(ANEXO. 2)

AUTORIZACIÓN PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Yo,..... DNI.:

Con pleno conocimiento del tipo de investigación titulado: **MORBI-MORTALIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY - IV- ESSALUD - TRUJILLO. 01 ENERO-2013 A 31 DICIEMBRE - 2014**

.

Doy autorización en pleno uso de mis facultades mentales, para que se realice el examen clínico, diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico. Además la revisión de la Historia clínica respectiva, para los fines del presente trabajo de investigación.

Hago constancia que recibí explicación previa de las ventajas y desventajas de este estudio, que no afecta mi estado de salud.

Firma

Trujillo,dedel 201.....