



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL EMBARAZO EN  
ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE HUALGAYOC –  
CAJAMARCA 2018 - 2022**



**PRESENTADO POR  
TOMAS SERRANO OTOYA**

**ASESOR  
KATTY LETICIA SALCEDO SUAREZ**

**TRABAJO ACADÉMICO  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**LIMA – PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA**

**HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN LA PROVINCIA DE HUALGAYOC – CAJAMARCA 2018 - 2022**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**PRESENTADO POR:**

**TOMAS SERRANO OTOYA**

**ASESOR:**

**MG. OBSTA. KATTY LETICIA SALCEDO SUAREZ**

**LIMA, PERÚ**

**2024**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES  
EN LA PROVINCIA DE HUALGAYOC – CAJAMARCA 2018 - 2022**

## **ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

### **Asesora:**

Mg. Obsta. Katty Leticia Salcedo Suarez

### **Miembros del jurado:**

**Presidente:** Dra. Obsta. Maricela Martina Paredes Talavera

**Vocal:** Mg. Obsta. Rossana Beraniza Ruiz Vasquez

**Secretario:** Mg. Obsta. Silvia Constanza Huamani Cueto

## **DEDICATORIA**

A Dios, quien me guía por el buen camino y me permite estar presente en esta vida terrenal.

A mi Esposa e hijos, principales baluartes de impulso, orgullo, apoyo y motivación constante para seguir adelante en las metas trazadas.

A mis Queridos Ángeles y Querubines que siempre están conmigo cuidándome y guiándome en mis acciones, un gran abrazo y gratitud hasta la eternidad.

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes del nivel posgrado de la segunda especialidad de la Universidad de San Martín de Porres, por sus conocimientos y enseñanzas brindadas.

A mi asesora Mg. Katty Leticia Salcedo Suarez, por su leal compromiso, guía y apoyo.

A Mis colegas, amigos y coordinadores de la Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca, micro redes, hospital, establecimientos de salud y Reniec, por brindarme el acceso a la información, base de datos físicas y digitales, y el apoyo necesario para la culminación de la presente investigación.

NOMBRE DEL TRABAJO

**Trabajo Académico**

AUTOR

**Tomas Serrano Otoyá**

RECuento DE PALABRAS

**9352 Words**

RECuento DE CARACTERES

**54069 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**57 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**1.2MB**

FECHA DE ENTREGA

**Oct 31, 2024 3:41 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Oct 31, 2024 3:43 PM GMT-5**

● **13% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Mg. Rosana Gomez Raymundo  
Coordinación - Unidad de Posgrado

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Página</b>
TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
2.1 Diseño metodológico.....	9
2.2 Población y muestra.....	9
2.3 Criterios de selección.....	10
2.4 Técnicas de recolección de datos.....	10
2.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	11
2.6 Aspectos éticos.....	11
III. RESULTADOS.....	13
IV. DISCUSIÓN.....	20
V. CONCLUSIONES.....	29
VI. RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
VII. ANEXOS.....	40

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
<b>Tabla 1.</b> Prevalencia del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022 .....	13
<b>Tabla 2.</b> Características sociodemográficas del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022 .....	15
<b>Tabla 3.</b> Morbilidad intercurrente del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022 .....	16
<b>Tabla 4.</b> Características gineco obstétricas del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022 .....	17
<b>Tabla 5.</b> Complicaciones del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022 .....	18
<b>Tabla 6.</b> Características del recién nacido del embarazo en adolescentes en La Provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022 .....	19

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022. **Método:** Cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. Población: 10331 gestantes atendidas. Muestra: 1910 gestantes adolescentes. **Resultados:** Prevalencia: 18.5% (1910); Características: sociodemográficas: adolescencia tardía 50.5% (964); nivel secundario 68.3% (1304); rural 69% (1318); conviviente 86.7% (1656); ama de casa 71.1% (1358). Gineco obstétricas: Morbilidad 39.7% (758); menarca normal 99.4% (1899); 1 pareja sexual 59.8% (1143); actividad sexual  $\geq$  15 años 66.1% (1263); no usan MAC 69.3% (1324); primigestas 86.3% (1648); APN 98.9% (1890); captada ler. Trim. 59.2% (1131); complicaciones 34.8% (664); embarazo término 93.5% (1786). Del recién nacido: Parto Vaginal 85.0% (1583), varones 53.3% (993), peso normal el 83.7% (1558), 93.2% (1736) nacieron en condición normal; patologías del RN. en el 15.2% (329). **Conclusiones:** Prevalencia 18.5%, adolescencia tardía, nivel secundario, rural, conviviente, ama de casa, ITU, anemia crónica, menarca normal, 1 pareja sexual, actividad sexual  $\geq$  15 años, no uso de MAC, primigestas,  $\geq$  06 APN, captada ler. Trim; Trastornos hipertensivos del embarazo (pre eclampsia severa), amenaza de aborto, amenaza de parto pre término, sufrimiento fetal agudo, incompetencia céfalo pélvica relacionada con la talla baja, entre otras; embarazo término, parto vaginal, RN. masculino, peso y condición normal al nacer y patologías como distrés respiratorio, RCIU, ictericia y asfixia neonatal.

**Palabras claves:** Prevalencia, adolescentes, características, complicaciones.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the epidemiological profile of pregnancy in adolescents in the province of Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022. **Method:** Quantitative, descriptive, retrospective and transversal. Population: 10,331 pregnant women treated. Sample: 1910 teenage pregnant women. **Results:** Prevalence: 18.5% (1910); Characteristics: Sociodemographic: Late adolescence 50.5% (964); secondary level 68.3% (1304); rural 69% (1318); cohabitant 86.7% (1656); housewife 71.1% (1358). Obstetric gynecology: Morbidity 39.7% (758); normal menarche 99.4% (1899); 1 sexual partner 59.8% (1143); sexual activity  $\geq 15$  years 66.1% (1263); 69.3% (1324) do not use MAC; primigestas 86.3% (1648); NPC 98.9% (1890); captured ler. Trim. 59.2% (1131); complications 34.8% (664); term pregnancy 93.5% (1786). Of the newborn: Vaginal birth 85.0% (1583); males 53.3% (993); normal weight 83.7% (1558); 93.2% (1736) were born in normal condition; RN pathologies. In 15.2% (329). **Conclusions:** Prevalence 18.5%, late adolescence, secondary level, rural, cohabiting, housewife, UTI, chronic anemia, normal menarche, 1 sexual partner, sexual activity  $\geq 15$  years, no use of MAC, primigravida,  $\geq 06$  APN, captured ler. Trim; hypertensive disorders of pregnancy (severe pre-eclampsia), threat of abortion, threat of preterm birth, acute fetal suffering, cephalo-pelvic incompetence related to short stature, among others; term pregnancy, vaginal birth, RN. Male, normal weight and condition at birth, and pathologies such as respiratory distress, IUGR, jaundice and neonatal asphyxia.

**Keywords:** Prevalence, adolescents, characteristics, complications.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>1</sup>, determinan que la adolescencia es la época de vida de progresión y transformación, presente entre los 10 y 19 años<sup>1,2</sup>, caracterizada por la mejora de la perfección humana, finalización de la niñez e inicio del desarrollo de la adultez; alcanzando la suficiente capacidad procreativa<sup>1-4</sup> y un acelerado y veloz desarrollo cognitivo, físico, somático y social<sup>1-3,5</sup>, así como una etapa de acondicionamiento a las diferentes modificaciones de las conexiones a nivel cerebral<sup>6</sup>, decisivos a una mayor independencia psicológica, social y de comportamiento de autosuficiencia y emancipación reproductiva<sup>7-9</sup>,

En el mundo existen 1,8 billones de adolescentes, la mitad en países en vías de desarrollo con elevados grados de pobreza, abandono escolar, deficiente saber de salubridad reproductiva, comienzo precoz de relaciones carnales, aumento de conductas y comportamientos de peligro individual, colectivo y social, con secuelas maternas, perinatales, biológicas y psicológicas<sup>9,10</sup>; así como ser víctima de leyes, reglamentos restringidos y condicionados para esta fase de vida<sup>2,11-13</sup>.

Chacón<sup>14</sup>, en el 2019 determinó que, de 4 gestantes, una era adolescente en países en vías de desarrollo en comparación a una adolescente por cada 7 gestantes en países desarrollados.

La gestación a edad precoz, es considerada como anormal o un incidente a nivel mundial<sup>3</sup>, por estimar que la adolescente no está capacitada para la maternidad;

donde la probabilidad de mortalidad es doble en menores de 15 años en relación a las mayores de 20 años, por presentar cuadros de malnutrición. El 50% de los recién nacidos antes de cumplir su primer año de vida fenecen, por la prematuridad, bajo peso al nacer (RNBP) (< de 2,500 gr), trastornos en el desarrollo, malformaciones, etc.<sup>7,15</sup>. Este tipo de gestación es una costumbre cultural arraigada, presente en estratos sociales rurales y de pobreza intergeneracional; en la región selva 1 de 4 púberes ya cuentan con descendencia, de las cuales 08 de 10 no culminaron el nivel secundario<sup>1,13</sup>, aunándose la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva, anticoncepción y el limitado o nulo acceso a una educación sexual integral de prevención de la precocidad del inicio de la actividad sexual<sup>1,15</sup>. En el mundo, la tasa de fecundidad en la etapa adolescente es de 46,7 nacidos vivos, la que difiere con regiones de menor desarrollo, como África, que ostenta los 101,7 nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre los 15 a 19 años<sup>3,5</sup>. En América Latina y el Caribe (ALC), nacen cada año 2 millones de niños de madres púberes, representando una tasa de 68 nacidos vivos x 1000 mujeres entre los 15 a 19 años<sup>3,5</sup>, siendo considerada en las últimas décadas la región con la segunda tasa más alta del mundo 18 al 20%<sup>1,3,12</sup>, solo superada por África Subsahariana<sup>5</sup>. Estos indicadores, crean un gran dilema social de pobreza y desarrollo humano, frugal y de salubridad pública, al igual que los de cambio estructural, vinculados al descenso de la fecundidad global como es el promedio de hijos por nacer<sup>5</sup>. En América latina, la incidencia del embarazo en la pubertad y sus niveles de fecundidad varían, dependiendo del grado de desarrollo de los países conformantes como son Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela<sup>1,6</sup>; las que superan directamente a los compromisos asumidos con el Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA 2007) y a Nivel Sudamericano, al Consenso

de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CMPD 2013); en las que se elaboraron las propuestas del Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017 – 2021<sup>6,7,13</sup>.

La tasa de natalidad en adolescentes a nivel mundial, disminuyó de 64.5 nacimientos x 1000 mujeres en el año 2000 a 42.5 nacimientos en el 2021; pero el número de partos persiste en sus altas tasas<sup>15</sup>. En el año 2021, África Subsahariana reportó las tasas más altas; entre los 15 a 19 años, 6'114,000 nacimientos, a diferencia de los 68,000 presentados en Asia Central. En el grupo de los de 10 a 14 años presentaron 332,000 nacimientos frente a los 22,000 de Asia Sudoriental<sup>15</sup>. El mayor indicador de tasa de disminución se presentó en Asia Meridional y la de menor reducción en los países de África Subsahariana, tal es el caso de Zambia que en el 2018 presentó un 42.5% a diferencia del 3.5% de Indonesia. En ALC, la tasa más alta la registró Nicaragua 85,6 x 1000 y la más baja, Chile 24,1 x 1000 mujeres adolescentes en el año 2021<sup>10,13</sup>. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) consideró que este tipo de gestación en los países de ALC originó un costo del 0.35% del producto interno bruto (PIB) o producto bruto interno (PBI)<sup>6,8</sup>. El COVID – 19, originó 12 millones de mujeres púberes de 115 naciones, que no tuvieron una fácil llegada a los servicios de salubridad reproductiva (Planificación Familiar), ocasionando 1,4 millones de embarazos no planeados<sup>8</sup>. En ALC, México, aumentó un 30%, al igual que la precocidad del inicio de las relaciones sexuales<sup>8</sup>. A nivel mundo el embarazo púber fluctúa entre el 7 y el 25%; siendo mayor en países en desarrollo<sup>3,5,9</sup>. A nivel nacional el MINSA, informó que la incidencia varía del 10 al 25%<sup>13</sup>, siendo mayor del 20% en jurisdicciones de Loreto, Amazonas, Ucayali y San Martín de la zona oriente, a diferencia del 8% de Arequipa, Moquegua y Tacna en la región sur del país<sup>9</sup>.

ENDES 2020, manifestó que, en el año 2018, se amplió el rango etario de las MEF de 12 a 49 años, considerándose a la población adolescente femenina en 02 grupos etarios, como son de 12 a 17 y de 15 a 19 años de edad<sup>12</sup>. El (INEI) Instituto Nacional de Estadística e Informática, plasmó en el Documento “Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020 – Nacional y Departamental”, los resultados de la investigación realizada en 2 grupos etarios de adolescentes femeninas:

➤ En el grupo de 12 a 17 años: el 2.3% estuvieron embarazadas alguna vez, el 1.7% ya eran madres anteriormente y el 0.6% eran primigestas, el 3% fueron del área rural, de las cuales el 2.5% ya fueron madres y el 0.5% primigestas; el 4.0% procedían de la selva a diferencia del 1.6% de la sierra<sup>9,16</sup>.

➤ En el grupo de 15 a 19 años: el 8.2% estuvieron embarazadas anteriormente, el 6.5% ya eran madres y el 1.7% eran primigestas, el 10.4% eran de zona rural a diferencia del 5.3% de zona urbana. La región sierra presentó: un 5.9% de embarazo anterior, un 1.1% de primigestas y el 79% de actividad sexual, el 64.6% eran de la zona rural a diferencia del 62.9% de zona urbana, procediendo de la sierra un 61.1%, de la costa 62.7% y selva 65.7% respectivamente<sup>9,17</sup>.

En el año 2019, Espínola<sup>17</sup>, utilizó los datos de 5464 embarazadas registradas en ENDES 2014 – 2018, encontrando: gestación adolescente del 13% en la costa, 14.7% en la sierra y 17.1% en la selva; donde las procedentes de la costa ostentaban nivel secundario y un quintil medio de bienestar; a diferencia de la sierra y selva que solo contaban con estudios elementales y de pertenencia al quintil bajo inferior de opulencia económica, concluyendo que existen desigualdades demográficas y de contorno social<sup>18,19</sup>.

Según MINSA, la natalidad en infantes de 10 a 14 años, se incrementó de 1,158 a 1,430 y posteriormente a 1,652 nacidos vivos entre los años 2020, 2021 y 2022, así

como la gestación de 3,000 a 3,500 púberes de 15 años, entre el 2019 al 2021; concluyendo que el 75% de ellas, iniciaron el embarazo con 14 años de edad<sup>16</sup>.

La OMS en el año 2020 estimó que 120 millones de niñas adolescentes presentaron abuso sexual en su vida y que 1 de cada 20 niñas violentadas de 15 a 19 años, culminó en gravidez. Según los reportes del CEM (Centro de Emergencia Mujer), en el año 2021; aumentaron a 7,738 los casos de agresión sensual<sup>15,16</sup>. El Capítulo 173 del Código Penitenciario del Perú, considera una infracción al vínculo sensual con menores de 14 años<sup>16</sup>.

El Perú asumió internacionalmente compromisos de prevención del embarazo en la adolescencia como son: En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. (Cairo 1994), en la Conferencia de la Mujer (Beijing 1995), en el Plan del Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo (2013), en el Grupo Consultivo sobre la Acción Mundial para la Medición de la Salud del Adolescente (GAMA), en Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3, 4 y 5) que puntualiza la Tasa de Natalidad en adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años y en la proporción de mujeres de 20 a 24 años que estuvieron unidas en matrimonio antes de los 18 años, buscando erradicar definitivamente el matrimonio infantil para el 2030<sup>8,15</sup>, en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016 – 2030), en el Plan Regional Andino para la Prevención del Embarazo No Planificado (2017- 2021) y en la Guía AA-HA (2018), que contiene las medidas de prontitud global de promoción de salubridad de la juventud, entre otros<sup>2,6,13,17,18</sup>. Nacionalmente se comprometió, en El Plan Nacional Concertado de Salud 2007 – 2020, en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021, que buscó la reducción del 20% de la gestación en adolescentes<sup>9</sup>, en el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 – 2017, en el Plan Multisectorial para la

Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 – 2021, en el Acuerdo de Gobernabilidad 2016 – 2021, que planteó la reducción del embarazo en adolescentes que ya son madres y que se encuentran embarazadas por primera vez al 11%<sup>9</sup>, en el Resultado 7 de la Ejecutora dimensión social y de los 12 objetivos emblemáticos de gobierno al 2021, presentados por el presidente del Consejo de ministros, Fernando Zavala, en el CADE 2016<sup>1</sup>.

Un estudio publicado en el 2019 por Vásquez<sup>20</sup>, buscó definir el rasgo epidemiológico de 425 embarazadas púberes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero - diciembre del 2017, encontrando: púberes tardías de 17 a 19 años en un 74,8%, nivel secundario completo 74,4%, convivencia 75,3%, ama de casa 98,6%, procedencia oriunda 54,1%, anemia 57,4%, VIH – SIDA 0,2%, existencia de morbilidad infecciosa 1,8%, historial mórbido familiar de HTA 6,1% y TBC en el 1,4%, Nulíparas 76,8%, índice de masa corporal (IMC) adecuado o normal, atenciones pre natales (APN) entre las 14 a 27 semanas de gestación 45,4%, 07 APN en el 58.8%, morbilidades intercurrentes en el 20.7%, culminación del embarazo a término y vía de culminación abdominal en el 56.9%.

Otra investigación realizada en el 2019 por Monteza<sup>21</sup>. Utilizando el boceto de casos y controles a 156 embarazadas adolescentes en el Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017, buscó definir si la pubertad es un elemento de peligro de secuelas propias maternas y perinatales, encontrando un 52.97% de maternas, sobresaliendo las infecciones del tracto urinario (ITU), amenaza de parto prematuro (APP), anemia, ruptura prematura de membranas (RPM) y preeclampsia (PE) y un 43.24% de perinatales como prematuridad, bajo peso al nacer (BPN), depresión del recién nacido y el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)<sup>1,3,7,8</sup>. La asiduidad fue del 22.70%, resaltando la pubertad tardía, la ascendencia rural, convivencia, ama

de casa, grado educativo secundario incompleto, parto anterior término y controles pre natales (CPN) incompletos.

En el 2019, Cordero<sup>22</sup> buscó definir los elementos epidemiológicos relacionados a 371 historias sanitarias de adolescentes embarazadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; en el periodo de julio 2017 a agosto 2018, encontrando: Primera regla 58.2% a los 13 años, inicio de la actividad sexual 35% a los 15 años, prevalencia 34.5% de 17 años, ANDRIA de 2 a más parejas 51.5%, convivencia 54,4%, uso de MAC 64.2%, educación secundaria no completa 58.0%, no precedentes de embarazo púber 42.9% y que el grado frugal osciló entre los 600 a 1000 soles en el 80,9%.

En el 2021 Thapa et al.<sup>23</sup> Investigó sesgadamente la prevalencia, los elementos sociales y estadísticos coligados de 5526 gestantes adolescentes en el sanatorio clínico de gravidez jurisdicción de Paropakar, encontrando primigestas 12.3%, 50% de convivencia, 65% no usó contraceptivos, indivisibilidad familiar 49.5%, 50.4% de desocupadas y un 50.5% de embarazo no proyectado.

En el mismo año, Flores<sup>24</sup> en su investigación observacional a 433 gestantes adolescentes en Arequipa - Perú, encontró 11.60% de asiduidad, un 56.58% entre los 14 a 16 años, menarca entre los 9 a 12 años 64.7%, actividad sexual 82.89%, secundaria incompleta 61.84%, 75.66% no utilizó contracepción, un 69.74% de zona urbana, convivencia 70.39%, 48.68% desocupada, el 64.67% correspondían a un grupo monoparental y el 92.11% dependían económicamente de su par.

El 2022, el MIMP<sup>25</sup>, reporta que en la región Cajamarca el porcentaje de gestación púber de 15 a 19 años es del 15,2%., donde el 13% ya son madres y el 2.3% están embarazadas por primera vez (ENDES-INEI 2022).

A nivel mundial en el 2021, UNICEF consideró 650 millones de matrimonios infantiles, reconocidos como una violación de los derechos humanos, inequidad e injusticia social y un gran obstáculo para el desarrollo nacional<sup>6,8,15</sup> que rara vez contraen compromiso u obligación de la paternidad<sup>5</sup>, ocasionando familias disociadas, madre e hijo(s) abandonados, VBG, aumento de ITS, trabajos mal remunerados los que ocasionan repercusiones y secuelas biopsicosociales, económicas, de salubridad y vitalidad personal al igual que de los hijos<sup>9,12,26</sup>.

En relación a este gran problema de salud pública y de desarrollo, no hemos avanzado en más de 20 años<sup>1</sup>. Según UNFPA, el analizar el plano de la gestación y la gravidez precoz, es el camino decisivo para obrar en la búsqueda de un deseable porvenir<sup>16</sup>; por lo cual se formuló la siguiente pregunta ¿Cuál es el perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022?; siendo el objetivo general de la investigación Determinar el perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022. Los Objetivos Específicos planteados fueron: 1. Identificar la prevalencia del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 - 2022. 2. Determinar las características sociodemográficas del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 - 2022. 3. Identificar la morbilidad intercurrente del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022. 4. Determinar las características gineco obstétricas del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022. 5. Identificar las complicaciones del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022. 6. Determinar las características del Recién Nacido de madres adolescentes en la provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 - 2022.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1. Diseño metodológico**

Para la realización del trabajo se utilizó un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; este planteamiento consecutivo al empleo de métodos de recopilación de antecedentes o datos, facultó reflejar los productos en cifras o representaciones estadísticas<sup>27</sup>.

### **2.2. Población y muestra**

#### **2.2.1. Población**

La población que se consideró para la realización del trabajo fueron las gestantes que ingresaron a los servicios de obstetricia y gineco obstetricia de los establecimientos de salud y hospital, de la provincia de Hualgayoc pertenecientes a la Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca, que fueron 10331 gestantes, durante los años 2018 – 2022, de las cuales 1910 fueron gestantes adolescentes.

#### **2.2.2. Muestra**

La muestra obtenida para el trabajo final, fue censal; la que estuvo conformada por 1910 gestantes adolescentes (según OMS: 10 a 19 años) registradas en los servicios de obstetricia y gineco obstetricia de las diferentes IPRESS, de la provincia de Hualgayoc pertenecientes a la Unidad Ejecutora Salud

Hualgayoc Bambamarca, durante los años 2018 – 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del trabajo de investigación.

### **2.3. Criterios de selección**

#### **Criterios de Inclusión:**

- Historias clínicas de gestantes inmersas en el rango del grupo etario del presente estudio, según OMS: 10 a 19 años.
- Historias clínicas de gestantes adolescentes que realizaron sus atenciones prenatales y de parto en los 57 establecimientos de salud de la jurisdicción de la Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca.
- Historias clínicas de gestantes adolescentes procedentes de la jurisdicción de la provincia de Hualgayoc.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Historias Clínicas de adolescentes que acuden a los 57 establecimientos de salud de la jurisdicción de la Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc Bambamarca, por causas distintas al embarazo.
- Historias Clínicas o registros incompletos, ilegibles o deterioradas.

### **2.4. Técnicas de recolección de datos**

La técnica es la observación y el instrumento la ficha de recolección de datos que permitieron obtener información directa y retrospectiva de fuentes secundarias como: el SIVIGYP, archivos físicos y digitales de registro de áreas inmersas como son materno, sala de partos, sala de operaciones, neonatología y hospitalización, además de SIS y RENIEC, que se encuentran en las diferentes IPRESS, hospital y coordinaciones de salud materno

neonatal y adolescente de la UESH-BCA de la población seleccionada para el presente estudio.

Las variables utilizadas en el trabajo final para conocer el perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en la provincia de Hualgayoc, fueron las:

- I. Características sociodemográficas que cuentan con 05 indicadores y 14 ítems.
- II. Características gineco obstétricas, que cuentan con 09 indicadores y 42 ítems.
- III. Características del Recién Nacido, que cuenta con 05 indicadores y 19 ítems.

## **2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

La información obtenida de la ficha de recolección de datos, se registró en la respectiva matriz Excel del software del paquete estadístico IBM - SPSS versión 25.0, para la respectiva exportación, procesamiento y análisis de la información, lo que permitió la realización de las tablas y cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes absolutos que nos arrojaron los resultados encontrados en la presente investigación.

## **2.6. Aspectos éticos**

El presente estudio de investigación se basó en la aplicación de los 04 principios de bioética como son:

**Justicia:** Porque se aplicaron y respetaron los respectivos derechos que ostentan este grupo poblacional, evitando con ello la discriminación, sesgo, limitación de oportunidades e injusticias en la adolescente embarazada en la sociedad.

**No maleficencia:** Este estudio de investigación no produce ningún daño intencionado por qué no se trabajó con personas si no con información de las diferentes variables de investigación que se obtuvieron de las respectivas historias clínicas de las pacientes adolescentes identificadas o seleccionadas para el presente estudio.

**Beneficencia:** Porque esta investigación permitió identificar y conocer la magnitud del problema de salud pública y sus respectivas características en la población objetivo de la provincia, logrando brindar mejoras en su atención, prevención, cambios de estilos de vida y mejorando los indicadores que buscan las normas técnicas nacionales, los ODS (3,4,5), los planes multisectoriales para la prevención del embarazo en adolescentes y los objetivos emblemáticos presentados en CADE 2016.

**Respeto a la autonomía:** Como el estudio es retrospectivo, no se requiere consentimiento informado y solo se debe completar una ficha de recolección utilizando registros médicos.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1.** Prevalencia del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc - Cajamarca 2018 - 2022.

GESTANTE	2018		2019		2020		2021		2022		TOTAL	
	n°	%	N	%								
<b>Adolescente</b>	<b>396</b>	<b>19.5</b>	<b>385</b>	<b>19.6</b>	<b>373</b>	<b>18.2</b>	<b>391</b>	<b>17.6</b>	<b>365</b>	<b>17.7</b>	<b>1910</b>	<b>18.5</b>
<b>No Adolescente</b>	1635	80.5	1576	80.4	1678	81.8	1831	82.4	1701	82.3	8421	81.5
<b>TOTAL</b>	<b>2031</b>	<b>100.0</b>	<b>1961</b>	<b>100.0</b>	<b>2051</b>	<b>100.0</b>	<b>2222</b>	<b>100.0</b>	<b>2066</b>	<b>100.0</b>	<b>10331</b>	<b>100.0</b>

En la **Tabla 1**. En relación a la prevalencia del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc, en el periodo del 2018 al 2022; este se encontró el 18.5%, observando además que esta fue mayor en el 2019 con un 19.6% y menor en el 2021 con un 17.6%.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc - Cajamarca 2018 - 2022.

<b>Características sociodemográficas</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	10 a 14 años	92	4.8
	15 a 17 años	854	44.7
	18 a 19 años	964	50.5
<b>Grado de Instrucción</b>	Sin Instrucción	7	0.4
	Primaria	433	22.7
	Secundaria	1304	68.3
	Superior No Universitaria	129	6.8
<b>Procedencia</b>	Superior Universitaria	37	1.9
	Urbana	592	31.0
	Rural	1318	69.0
<b>Estado Civil</b>	Soltera	174	9.1
	Conviviente	1656	86.7
	Casada	80	4.2
<b>Ocupación</b>	Ama de Casa	1358	71.1
	Estudia	465	24.3
	Trabaja	87	4.6
<b>TOTAL</b>		<b>1910</b>	<b>100.0</b>

En la **Tabla 2.** Las características sociodemográficas del embarazo en adolescentes, predominaron en el grupo etario de 18 a 19 años en un 50.5% y del 4.8% encontrado en el grupo de 10 a 14 años; contó con instrucción general un 99.6%, de las cuales el 68.3% fue instrucción secundaria, la procedencia dominante fue el área rural en un 69.0%, el estado civil fue de convivencia en un 86.7% y la ocupación dominante fue la de ama de casa en un 71.1%.

**Tabla 3.** Morbilidad intercurrente del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc - Cajamarca 2018 - 2022.

<b>Morbilidad intercurrente</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
	Ninguno	1152	60.3
	Antecedente Infección del Tracto Urinario (ITU)	336	17.6
	Anemia crónica	201	10.5
<b>Morbilidad Intercurrente en el Embarazo</b>	Causas no identificadas	177	9.3
	COVID 19 (+)	32	1.7
	Violencia Basada En Género	12	0.6
	<b>TOTAL</b>	<b>1910</b>	<b>100.0</b>

En la **Tabla 3** resaltaron la predominancia de las morbilidades intercurrentes en un 39.7%, como los antecedentes de infección urinaria (ITU) en el 17.6%, anemia crónica en un 10.5%, causas no identificadas (no conocidas en otros antecedentes) 9.3%, COVID 19 (+) (1.7%), así como la VBG en un (0.6%) y el 60.3% no presentaron morbilidad intercurrente alguna.

**Tabla 4.** Características gineco-obstétricas del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc - Cajamarca 2018 - 2022.

<b>Características gineco obstétricas</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Menarca</b>	Menarca Normal	1899	99.4
	Menarca Tardía	11	0.6
<b>Andría</b>	01 Pareja	1143	59.8
	02 Parejas	548	28.7
	03 a + Parejas	219	11.5
<b>Edad 1era. Relación Sexual</b>	11 - 14 Años	647	33.9
	> 15 Años.	1263	66.1
<b>Método Anticonceptivo</b>	Si	586	30.7
	No	1324	69.3
<b>Gestaciones</b>	Primigesta	1648	86.3
	Secundigesta	237	12.4
	Tercigesta	23	1.2
	> De 03 Gestaciones	2	0.1
<b>Atención Pre Natal (APN)</b>	Sin APN	20	1.1
	< 06 APN	673	35.2
	≥ 06 APN	1217	63.7
<b>Trimestre De Gestación A La Captación.</b>	Ier. Trimestre	1131	59.2
	II do. Trimestre	671	35.1
	III er. Trimestre	108	5.7
	Aborto	48	2.5
<b>Finalización Del Embarazo</b>	Pre Termino	59	3.1
	Término	1786	93.5
	Post Termino	17	0.9
<b>TOTAL</b>		<b>1910</b>	<b>100.0</b>

En la **Tabla 4.** En relación a las características gineco obstétricas, observamos que la menarca es normal en un 99.4%, la andría fue del 59.8% de 01 pareja y 40.2% de 2 a + parejas. La primera relación sexual fue del 66.1% en adolescentes  $\geq$  de 15 Años y el 33.9% entre los 11 a 14 años; el 69.3% no uso MAC; se embarazaron por primera vez el 86.3%, el 13.7 % ya eran madres o estuvieron embarazadas anteriormente, el 98.9% contó con APN, de las cuales el 63.7% presentaron  $\geq$  06 APN, Las adolescentes fueron captadas oportunamente en un 59.2% en el Ier. Trimestre y el 35.1% en el II do Trimestre de gestación; El embarazo fue a término en un 93.5%, pre termino 3.1%, aborto 2.5% y post termino en 0.9%.

**Tabla 5.** Complicaciones del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc - Cajamarca 2018 - 2022.

<b>Complicaciones</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Complicaciones en el embarazo</b>	Ninguna	1246	65.2
	Trastornos Hipertensivos del Embarazo	154	8.1
	Amenaza de Aborto	137	7.2
	Amenaza de Parto Pre Término	98	5.1
	Sufrimiento Fetal Agudo	64	3.4
	Incompatibilidad Céfalo Pélvica (ICP)	31	1.6
	Estrechez Pélvica	29	1.5
	Trabajo de Parto Disfuncional (TPD)	28	1.5
	Distocia de presentación	27	1.4
	Hiperémesis Gravídica	27	1.4
	Macrosomía fetal	19	1.0
	Ruptura prematura de membranas (RPM)	17	0.9
	Prematuridad	14	0.7
	Cesárea Anterior	11	0.6
	COVID 19 (+)	8	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>1910</b>	<b>100.0</b>	

En la **Tabla 5**. Al respecto de las complicaciones encontramos a los trastornos hipertensivos del embarazo, representado por la pre eclampsia severa en un 8.1%, amenaza de aborto en el 7.2%, amenaza de parto pre término 5.1%, sufrimiento fetal agudo 3.4%, incompatibilidad céfalo pélvica relacionada con la talla baja en el 1.6%, estrechez pélvica 1.5%, trabajo de parto disfuncional 1.5%, distocia de presentación en el 1.4%, hiperémesis gravídica 1.4%, macrosomía fetal 1.0%, ruptura prematura de membranas en un 0.9%, prematuridad en el 0.7%, cesareadas anteriores 0.6% y el COVID 19 (+) en un 0.4%, a diferencia del 65.2 % que no presentaron complicación alguna.

**Tabla 6.** Características del recién nacido del embarazo en adolescentes en la Provincia de Hualgayoc - Cajamarca 2018 - 2022.

<b>Características del Recién Nacido</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Parto</b>	Vaginal	1583	85.0
	Abdominal	279	15.0
<b>Sexo del Recién Nacido</b>	Masculino	993	53.3
	Femenino	869	46.7
<b>Peso del Recién Nacido</b>	< 1000 gr.	8	0.4
	1000 - 1499 gr	58	3.1
	1500 - 2499 gr.	221	11.9
	2500 - 3999 gr.	1558	83.7
	≥ 4000 gr.	17	0.9
<b>Condición al Nacimiento</b>	RN. Normal	1736	93.2
	RN. Deprimido	106	5.7
	Óbito fetal	20	1.1
	Ninguna	1581	84.8
	Patologías no identificadas	122	6.6
	Síndrome de distrés respiratorio	38	2.0
	Ictericia neonatal	32	1.7
	Retardo de crecimiento Intrauterino (RCIU)	28	1.5
	Asfixia neonatal	24	1.3
	Síndrome de aspiración neonatal	18	1.0
<b>Patología del Recién Nacido</b>	Sepsis neonatal	5	0.3
	Hipoglucemia	5	0.3
	Malformación congénita	5	0.3
	Retinopatía de la prematuridad	4	0.2
	<b>TOTAL</b>	<b>1862</b>	<b>100.0</b>

En la **Tabla 6.** Entre las características del recién nacido de las embarazadas adolescentes, observamos que su parto presentado fue vaginal en un 85.0% y el 15.0% abdominal, el sexo del recién nacido predominante fue masculino en un 53.3%, El 83.7% presentó peso normal y un 15.4% fue de bajo peso al nacer, la condición del nacimiento se consideró normal en un 93.2%, deprimido 5.7% y óbito fetal el 1.1%, las patologías más frecuentes fueron las no identificadas en un 6.6%, Síndrome de distrés respiratorio 2.0%, ictericia neonatal 1.7%, RCIU 1.5%, asfixia neonatal 1.3%, síndrome de aspiración neonatal 1.0% entre otras, así mismo, el 84.8% de los recién nacidos, no presentaron patología alguna.

#### IV. DISCUSIÓN

La OMS, considera a la adolescencia entre los 10 y 19 años<sup>1,2</sup>; clasificándola en dos ciclos o fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años), ambas de amplia importancia por el logro de la mayor cantidad de indicadores propias de esta etapa de vida<sup>2,3,4</sup>. Sin embargo, también se han categorizado de diferentes formas, las cuales varían según el nivel de neurodesarrollo así como las diferentes implicancias en la salud y el comportamiento; por lo cual es frecuente dividir a la adolescencia en tres fases: temprana (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-19 años)<sup>2,4</sup>. Así mismo, considera que la maternidad precoz pone en riesgo directo la salud de la madre adolescente y del recién nacido, causando un impacto en el entorno inmediato y en la sociedad en general por la reproducción de familias tempranas debido a su inmadurez biológica, existiendo un mayor riesgo de mortalidad neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer, así como el riesgo del incremento del abandono de la escuela, menores posibilidades de alcanzar un empleo e ingresos dignos, vulnerabilidad, exclusión y desigualdad; el cual siempre está presente en personas de menor rango educativo y condición económica<sup>5,6,7</sup>.

La prevalencia del embarazo en adolescentes de la Provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022, obtenida fue del 18.5% a diferencia del 22.7% encontrado por Monteza<sup>21</sup> en Chota y el 11.6% por Flores<sup>24</sup>. En Arequipa, ambos en Perú, a diferencia del 12.3% encontrado por Thapa et al.<sup>23</sup>. En Nepal.

En lo referente a las características sociodemográficas del embarazo en los adolescentes, encontramos que el grupo etario fue en su mayoría entre 18 a 19 años (adolescencia tardía) en un 50.5%, a diferencia de los resultados obtenidos por Huanca<sup>28</sup> 88%, D' Añari<sup>29</sup> 87.41% y el 74.8% de Vásquez<sup>20</sup>, todos estos estudios realizados en Perú, frente al 60% encontrados por Gálvez et al.<sup>30</sup> y Llanos et al.<sup>31</sup> en Venezuela y Ecuador respectivamente. Asimismo, se encontró que el grupo de 15 a 17 años (adolescencia media) presentó un 44.7%; casi la mitad de la población de estudio, resultados menores al 77% obtenido por Rivera<sup>32</sup> y el 82.9% encontrado por Flores<sup>24</sup>, todos en Perú, frente al 56.6% encontrado por Vinuesa<sup>33</sup>, estudio realizado en el vecino país de Ecuador.

El grupo de 10 a 14 años (adolescencia temprana), obtuvo un porcentaje del 4.8%, a diferencia del 16.6% encontrado por Vinuesa<sup>33</sup> en Ecuador.

El grado de instrucción dominante fue el secundario en un 68.3%, del 99.6% de púberes gestantes que recibieron instrucción a diferencia de los encontrados como antecedentes, tales como el 95.3% obtenido por D' Añari<sup>29</sup>; el 74% por Vásquez<sup>20</sup>; el 60% referido por Llanos et al.<sup>31</sup>; el 58% por Cordero<sup>22</sup>. El 57.8% por Gálvez et al.<sup>30</sup>; el 51.52% por Cherres<sup>34</sup>; el 52.4% encontrado por Ruiz<sup>35</sup>; el 51.52% el referido por Monteza<sup>21</sup> y el 61.8% obtenido por Flores<sup>24</sup>. a diferencia del encontrado en el estudio de Espínola et al.<sup>17</sup>. Quien concluye “..... en lo referente al grado educativo los procedentes de la sierra y selva solo ostentan niveles de estudio elemental y pertenencia al quintil bajo inferior de opulencia económica”.

El área de procedencia dominante de la gestante adolescente, fue la rural en un 69%, porcentaje ratificado por los estudios realizados por Alava et al.<sup>36</sup> en Ecuador y Monteza<sup>21</sup> en Perú, donde identifican la gran ascendencia de la adolescente de

zona rural; a diferencia de las encontradas en el área urbana como el 74.12% de D' Añari<sup>29</sup> y el 69.7% de Flores<sup>24</sup>, en Perú respectivamente.

El estado civil que predominó fue el 86.7% de convivencia, porcentaje alto similar a los encontrados por Cherres<sup>34</sup> 90.91%; Vásquez<sup>20</sup> 75.3% y el 70.4% correspondiente a Flores<sup>24</sup>, frente al 54.4% de Cordero<sup>22</sup>. En lo referente al estado civil de soltera, encontramos que alcanzó un 9.1% similar al encontrado en los estudios de Gálvez et al.<sup>30</sup> y Rivera<sup>32</sup>; respectivamente, así como al 68.24% de D' Añari<sup>29</sup>.

El nivel de ocupación de dominio, es el de ama de casa en un 71.1%., frente al 98.6% obtenidos por Vásquez<sup>20</sup> y Monteza<sup>21</sup>; a diferencia del 24.3% que continuó con sus estudios, dato que se reitera en el 49% obtenido por Rivera<sup>32</sup>., respectivamente. Así mismo el nivel de obligación obtenido en el presente estudio fue del 4.6%; dato que se refuerza con el 28.27% encontrado por Cherres<sup>34</sup>., a diferencia del 50.4% obtenido por Thapa et al.<sup>23</sup> y el 48.7 encontrado por Flores<sup>24</sup>., es por ello que Cherres<sup>34</sup> atribuye esta cualidad a que “... el adolescente no trabaja por depender directamente de su pareja”

Las diferentes características sociodemográficas encontradas permiten conocer y ratificar las ya conocidas inequidades presentes en la gran problemática de la salud pública que representa el embarazo en los adolescentes, el cual ha sido y sigue siendo estudiado con la perspectiva de darle solución paulatina y progresiva a nivel mundial., muchas de estas características están siendo disminuidas escalonadamente en su magnitud, tal es el caso de la educación, la que es evidenciable en algunas regiones del Perú, por la disminución y erradicación progresiva del analfabetismo, a diferencia de las que persisten aún en nuestras púberes procedentes de nuestra área rural a diferencia de la urbana; las cuales

ostentan un quintil o nivel de opulencia económica que se ven obligadas a abandonar los estudios y prematuramente conformar unirse civilmente para conformar una familia, la cual mayormente no es duradera y que puede ser origen de problemas familiares, por ello al estar en búsqueda de un trabajo para hacer frente a sus necesidades, expectativas y exigencias personales, son presas de abuso , explotación, mal pagadas y afrentadas en sus derechos., todo lo plasmado es también corroborado con otros estudios realizados<sup>3,13,15,24</sup>.

Según los diferentes estudios realizados, manifiestan que existe un descenso lento y gradual de este gran problema, ello se corrobora con todos los antecedentes encontrados; pero lo que no reconocen en su amplia magnitud de importancia, es que mientras el embarazo en adolescentes desciende en el grupo etario ( > de 15 años ), este se encuentra aumentando en otro grupo, más precoz y de mayor peligro ( < de 15 años ), el cual al no saberlo enfrentar y no realizar actividades preventivas concomitantes con el área del adolescente púber, nos desencadenará un gran causal de morbilidad materna y perinatal, por ser considerado esta etapa como precoz y no preparada para la labor maternal.

En relación a la morbilidad presente o intercurrente en el transcurso de la gestación en este estudio, fue del 39.7%, frente al 52.97% de Monteza<sup>21</sup>, 23% de Rivera<sup>32</sup> y el 20.7% de Vásquez<sup>20</sup>; las morbilidades intercurrentes predominantes fueron las que presentaron antecedentes de Infección urinaria (ITU) en el 17.6%, dato sobresaliente detallado por Monteza<sup>21</sup>, así también se encontró anemia crónica en un 10.5%, a diferencia del 57.4% obtenido por Vásquez<sup>20</sup> y el 46% de Rivera<sup>32</sup>; causas no identificadas o no especificadas en el 9.3%, COVID 19 (+) en un 1.7%, VBG en el 0.6% y que el 60.3% de las adolescentes embarazadas no presentaron morbilidad intercurrente alguna.

La Menarca<sup>37</sup>; predominantemente encontrada y referida como normal (11 a 14 años), fue del 99.4%, frecuencia aceptable como el 81.18% del grupo etario de 12 a 13 años obtenido por D' Añari<sup>29</sup>, al igual que el 58.2% en el grupo etario de 13 años encontrado por Cordero<sup>22</sup>; y el 64.5% entre los 9 a 12 años obtenido por Flores<sup>24,34,38,39,40,41</sup>.

La andrúa obtenida es del 59.8% correspondiente a 01 sola pareja; al igual al 56.47% obtenido por D' Añari<sup>29</sup>; así mismo la andrúa de 2 a + parejas encontrada fue del 40.2%, datos corroborados por los encontrados por D' Añari<sup>29</sup>, 43.43% y el 51.5% de Cordero<sup>22</sup>.

En lo referente a la primera relación sexual en la adolescente, se encontró que fue del 66.1%, en el grupo etario de  $\geq$  de 15 años, a diferencia del 35% en las adolescentes de 15 años obtenido por Cordero<sup>22</sup>; y el 70.59% obtenido por D' Añari<sup>29</sup>, en el grupo de  $\geq$  de 14 años; estos porcentajes son corroborados por otros estudios realizados como el de Ruiz<sup>35</sup>. Quien manifiesta que fue entre los (14.8 +/- 1.4 años), así como el 82.89% obtenido por Flores<sup>24</sup> y el 24.25% encontrado por Cherres<sup>34</sup>, en las adolescentes de 14 años. El estudio también arrojó un dato llamativo y preocupante como el 33.9% que tuvo su primera actividad sexual entre los 11 a 14 años.

El uso de métodos contraceptivos en la gestante adolescente arrojó un no uso del 69.3%, porcentaje de rango similar al 66.7%, obtenido por Gálvez et al.<sup>30</sup>; igualmente al 61.6% encontrado por Vinueza<sup>33</sup>; el 45.46% referido por Cherres<sup>34</sup>; lo atribuye a su deficiencia de obtención, así mismo al 65% y 77.5% obtenidos por Thapa et al.<sup>23</sup>. y Flores<sup>24</sup> respectivamente, a diferencia del 30.7% que refiere que, si lo usó, pero que le falló por un mal uso del MAC o que dejó de usarlo por desear salir nuevamente embarazada.

La paridad presente en la investigación realizada, arrojó un 86.3% de adolescentes embarazadas por primera vez, rango superior a los reportados como el 46.6% de Vinueza<sup>33</sup>; el 45% de Huanca<sup>28</sup> y el 76.8% de Vásquez<sup>20</sup>; sin embargo, se encontró a un 13.7% de adolescentes que ya eran madres o estuvieron embarazadas anteriormente a diferencia de los encontrados como el 55% de Huanca<sup>28</sup>; el 53.3% de Vinueza<sup>33</sup> y el 97.8% de Gálvez et al.<sup>30</sup>, así como el referido por Monteza<sup>21</sup>., respectivamente.

La Gestante adolescente, contó con un 98.9% de APN; de la cual el 63.7% fue controlada ( $\geq 06$  APN), característica similar al 79% obtenido por Rivera<sup>32</sup> y el 58.8% encontrado por Vásquez<sup>20</sup>, así mismo, se obtuvo un 35.2% de gestante no controlada o con APN incompleta, característica corroborada igualmente por Monteza<sup>21</sup>.

La captación de la embarazada fue oportuna en un 59.2% en el I. Trimestre y 35.1% en el II Trimestre de gestación, frente al 45.4% reportado en el II Trimestre por Vásquez<sup>20</sup>.

La finalización del embarazo fue término en un 93.5%, frente al 59% de Rivera<sup>33</sup>; también corroborado por Vásquez<sup>20</sup> y Monteza<sup>21</sup>; así mismo fue pre término en un 3.1%; a diferencia del 32% encontrado por Rivera<sup>32</sup>. Así mismo, se obtuvo un porcentaje de finalización del embarazo en un 2.5% de aborto y 0.9% de post termino.

Las complicaciones durante el embarazo se presentaron en un 34.8%, las que en su mayoría son causas referenciales de parto abdominal (Cesárea), como los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), representados por la preeclampsia severa (THE) en un 8.1%, frente al 9% encontrado por Cordero<sup>22</sup> y el 20% de Gálvez et al.<sup>30</sup>; amenaza de aborto en un 7.2%, amenaza de parto prematuro 5.1%,

datos corroborados por los encontrados por Monteza<sup>21</sup>; sufrimiento fetal agudo 3.4%, ICP 1.6% dato relacionado con la talla baja; frente al 1% obtenido por Huanca<sup>28</sup>; estrechez pélvica 1.5%, trabajo de parto disfuncional 1.5%, distocia de presentación 1.4%, Hiperémesis gravídica 1.4%, Macrosomía fetal 1%, RPM 0.9%, prematuridad 0.7%, frente a los referenciados en los trabajos de Gálvez et al.<sup>30</sup> y Monteza<sup>21</sup>; cesárea anterior 0.6%, COVID 19 (+) 0.4% y que el 65.2% no presentaron complicación alguna.

Las características gineco obstétricas nos dan a conocer la realidad de la salud reproductiva en la población embarazada adolescente inmersa en el presente estudio, del cual resaltan los cuadros mórbidos reiterativos al igual que en la mayoría de investigaciones tales como: la suspensión de la gestación (abortos), partos precoces, inmaduros o prematuros, insuficiencia de aporte de hierro, nutrición inadecuada, infecciones epidemiológicas, presencia de complejos mórbidos y sistémicos, trastornos hipertensivos, etc.; así mismo los cuadros clínicos de empeoramiento de la salud como consecuencia de las morbilidades presentadas, que conllevan a la elección de la vía de culminación del embarazo o parto. Estas características son las que fueron identificadas en las diferentes APN de los embarazos, muchos de ellos no planificados por la desidia y carencia de entrada de la adolescente a las áreas de prestación sanitaria genital reproductiva, para el conocimiento de su cuerpo, así como para que valore el uso o no uso de los métodos de contracepción, que permitiría la postergación del inicio de la actividad sexual, la no presencia de matrimonios o uniones a temprana edad, las interrupciones de la continuidad de la gestación, o en la adolescente comprometidas informalmente, evitar el embarazo reiterativo a tan precoz edad.

En lo referente a las características del recién nacido del embarazo en adolescentes, encontramos que su parto fue vaginal en un 85.0% vaginal a diferencia del 68% obtenido por Rivera<sup>33</sup> y el 59% de Huanca<sup>28</sup>; así mismo la vía abdominal (cesárea) estuvo presente en el 15.0% frente al 56.9% obtenido por Vásquez<sup>20</sup>; al 41% encontrado por Huanca<sup>28</sup> y al 32% referido por Rivera<sup>33</sup>, respectivamente.

El sexo del recién nacido que predominó fue el masculino en un 53.3%, a diferencia del 46.7% del sexo femenino; el 83.7% fueron RN. de peso normal frente al 78% encontrado por Huanca<sup>28</sup>; el 15.4% fueron RN. de bajo peso al nacer, a diferencia del 21% obtenido por Huanca<sup>28</sup>; el 0.9% fueron RN. macrosómico, frente al 1% referido por Huanca<sup>28</sup>; la condición del RN. al nacimiento fue normal en el 93.2%, deprimido en el 5.7% y recién nacido muerto en el 1.1%; las patologías se presentaron en el 15.2%; a diferencia del 43.24% obtenido por Monteza<sup>21</sup>. Siendo las más frecuentes las no especificadas en el 6.6%, el síndrome de distres respiratorio 2.0%, ictericia neonatal 1.7%, RCIU 1.5%, asfixia neonatal 1.3%, síndrome de aspiración neonatal 1.0%, 0.3% para cada una de las patologías como las malformaciones congénitas, sepsis neonatal e hipoglucemia, la retinopatía de la prematuridad en el 0.2%. No se presentó ninguna patología en el 84.8%.

Las particularidades que se obtuvieron del recién nacido, son al final los resultados de los cuidados y atenciones recibidos por la gestante adolescente durante el transcurso gestacional, el cual, por ser considerado no normal, puede ser el causante directo de recién nacidos de bajo peso, prematuros, malformaciones congénitas, morbimortalidad, etc.

En conclusión, referimos que las diversas peculiaridades tanto sociales, demográficas, médicas, gineco obstétricas, económicas, culturales, etc.;

conjuntamente con las del recién nacido, representan elementos de importancia tanto para la salud mental y psicológica de la adolescente y del binomio madre – niño, por representar una amenaza implícita, las cuales si no son atendidas pueden ser causal de morbilidad de la púber no embarazada, así como materna, neonatal y perinatal.

## V. CONCLUSIONES

1. La Prevalencia del embarazo adolescente fue el 18.5%.
2. Características sociodemográficas: edad de 18 a 19 años, con educación secundaria, procedencia rural, convivientes y amas de casa.
3. Las morbilidades intercurrentes del embarazo presentaron antecedentes de infección urinaria (ITU) y anemia crónica.
4. Las características gineco -obstétricas, menarca entre los 11 a 14 años, andría 01 pareja, primera relación sexual > de 15 años, no usaron métodos anticonceptivos, primigestas, con atenciones prenatales así mismo el embarazo fue a término.
5. Presentaron complicaciones como trastorno hipertensivo del embarazo (THE), representados por la pre eclampsia severa, amenaza de aborto, amenaza de parto pre término (APPT), sufrimiento fetal agudo entre otros.
6. Características del recién nacido son: nacieron por parto vaginal, sexo masculino; peso normal; condición al nacimiento normal y presentaron patologías síndrome de distrés respiratorio, ictericia neonatal, RCIU, asfixia neonatal, síndrome de aspiración neonatal, malformaciones congénitas, sepsis neonatal, hipoglucemia, entre otras.

## VI. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el trabajo integrado multidisciplinario, multisectorial y de la comunidad, en las instituciones educativas y domicilios con la finalidad de que reciban una enseñanza y atención integral, aprendiendo a reconocer sus derechos, deberes sexuales y reproductivos, aplicando sus responsabilidades que deben asumir como factores de prevención de la gestación púber; desterrando los mitos machistas y de creencias de ser una tradición cultural.
2. Tonificar el trabajo institucional y extra institucional, así como implementar la atención en los servicios diferenciados del área de la salud del adolescente, donde se le otorgue una información veraz y oportuna mitigando el estigma y exclusión que dificultaban el fácil acceso al servicio de salud. Esto se realizará capacitando al personal de salud en la atención integral multidisciplinaria logrando identificar los factores y/o conductas de riesgo que ameriten su disminución, mediante la acción de herramientas y métodos preventivos, promocionales y recuperativos, para la disminución de esta gran problemática de salud pública.
3. Analizar el manejo de las diferentes tácticas y regímenes públicos que buscan disminuir los índices de alto grado de riesgo de las complicaciones gineco obstétricas de la gestación adolescente, categorizada como población frágil.

4. Parapetar la labor del profesional de la salud, de las características del recién nacido, estimulando la investigación, disminuyendo sus indicadores negativos y aumentando sus factores protectores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uriguen AC, Gonzáles JR, Espinoza J, Hidalgo TM, García FR, Gallegos MH, et al. Embarazo en la adolescencia: ¿La nueva “epidemia” de los países en desarrollo?. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2019 [citado 12 de agosto de 2023]; 38(3): 232-245. Disponible de: [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft\\_3\\_2019/20\\_embarazo\\_a\\_adolescencia.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_3_2019/20_embarazo_a_adolescencia.pdf)
2. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP). Prevención del embarazo en adolescentes: Situación y Perspectivas al 2021 [Internet]. 2017 [citado 16 de julio de 2023]. Disponible de: [https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2017/documentos/05/reporte\\_de\\_seguimiento\\_concertado\\_entre\\_estado\\_y\\_sociedad\\_civil\\_20\\_05\\_2017\\_0.pdf](https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2017/documentos/05/reporte_de_seguimiento_concertado_entre_estado_y_sociedad_civil_20_05_2017_0.pdf)
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016 – 2030) Informe del Director General [Internet]. 2019 [citado 18 de febrero de 2024]; Disponible de: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_30-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_30-sp.pdf)
4. UNICEF. Adolescentes: ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. 2020 [citado 18 de julio de 2022]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>

5. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. 2022 [citado 03 de noviembre de 2023]; Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
6. UNICEF. Adolescentes: ¿Cómo se desarrolla el cerebro de un adolescente? [Internet]. 2020 [citado 18 de julio de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.unicef.org/uruguay/como-se-desarrolla-el-cerebro-de-un-adolescente#:~:text=El%20cerebro%20adolescente%20es%20especialmente,con%20los%20sentimientos%20de%20recompensa.>
7. Guevara E. Derechos sexuales y derechos reproductivos. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2020 [citado 15 de marzo de 2024]; 9(1):7–8. Disponible de: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/183#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%20los%20Derechos,de%20Oportunidades%20entre%20mujeres%20y>
8. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP). Prevención del embarazo en adolescentes en el actual contexto de emergencia por COVID – 19 – Un problema de salud pública, desarrollo, desigualdad y derechos humanos. 2017 [citado 13 de octubre de 2023]; Disponible de: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-03-02/07-reporte-prevembarazoenadolescentesenelcontextodecovid19-cen-20102020.pdf>
9. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2020 [Internet]. INEI – Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019 [citado 16 de julio de 2023]. Disponible de: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>

10. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pre término en adolescentes. Rev. Obstet Ginecol Venez [internet]. 2008 [citado 17 de julio de 2023]; 68(3):141-143. Disponible de:  
[https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322008000300002](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002)
11. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue. Plan Andino para la Prevención y Reducción del Embarazo en Adolescentes 2017 – 2022 [Internet]. Lima – Perú; 2017 [citado 22 de julio de 2023]. Disponible de:  
<https://orasconhu.org/es/content/plan-andino-de-prevenci%C3%B3n-y-reducci%C3%B3n-del-embarazo-en-adolescentes-2017-2022>
12. Unicef for every child. Towards Ending Child Marriage: Global trends and profiles of progress [Internet]. 2021 [citado 09 de julio de 2023]. Disponible de:  
<https://data.unicef.org/resources/towards-ending-child-marriage/>.
13. PROMSEX. Salud, Sexualidad, Solidaridad: Es momento de prevenir el embarazo adolescente en el Perú [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2024]; Disponible de: <https://promsex.org/es-momento-de-prevenir-el-embarazo-adolescente-en-el-peru/>
14. Chacón Olivas, AG. Complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto 2016-2017 [tesis de especialidad en Internet]. Iquitos – Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2019 [citado 16 de setiembre de 2023]. 48p. Disponible de:  
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5970>
15. UNFPA. 2023. Perú: maternidad en niñas entre 10 y 14 años creció 14% en 2022 [Internet]. Marzo del 2023 [citado 20 de julio de 2023]. [1 pantalla].

- Disponible de: <https://peru.unfpa.org/es/news/per%C3%BA-maternidad-en-ni%C3%B1as-entre-10-y-14-a%C3%B1os-creci%C3%B3-14-en-2022>
16. Los Ángeles Times. Expertas advierten que embarazo adolescente en Latinoamérica sigue al alza [Internet]. 2021 [citado 15 de setiembre de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2021-09-20/expertas-advierten-que-embarazo-adolescente-en-latinoamerica-sigue-al-alza>
17. Espínola-Sánchez MA, Racchumí-Vela A, Arango-Ochante P, Minaya-Léon P. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2024]; 8(2):14-20. Disponible de: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/articulo/view/149>
18. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y el joven adulto. [Internet]. 12 de agosto de 2022 [citado 16 de diciembre de 2023]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
19. UNICEF. Niñas, Niños y Adolescentes en el Perú. Análisis de su situación al 2020. Resumen Ejecutivo. Informe del SITAN al 2020 [Internet]. Febrero del 2022 [citado 18 de julio de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.unicef.org/peru/informes/situacion-de-ninas-ninos-y-adolescentes-en-el-peru>
20. Vásquez Gamarra, Marianella Noemí. Perfil Epidemiológico De Las Gestantes Adolescentes Atendidas En El Hospital Regional Docente De Trujillo. Enero - diciembre 2017 [tesis de titulación en Internet]. Trujillo – Perú: Universidad

- Privada Antenor Orrego; 2019 [citado 16 de enero de 2024]. 51p. Disponible de:  
<https://hdl.handle.net/20.500.12759/5948>
21. Monteza Peralta, E. Adolescencia Como Factor De Riesgo Para Complicaciones Maternas Y Perinatales. Hospital José H. Soto Cadenillas - Chota, 2017 [tesis de maestría en Internet]. Chiclayo – Perú: Universidad de Chiclayo; 2019 [citado 10 de febrero de 2023]. 81p. Disponible de:  
<http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/210>
22. Cordero Tenorio, Carlos Marlon. Factores de riesgo epidemiológicos asociados a embarazo adolescente en el instituto nacional materno perinatal en el periodo 2017 – 2018 [tesis de titulación en Internet]. Lima – Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. [citado 12 de marzo de 2024]. 47p. Disponible de:  
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2890?show=full>
23. Thapa P, Thapa P, Shrestha DB, Budhathoki P, Karki B, Mahat B. Teenage pregnancy and the sociodemographic attributes as a major contributor: Findings from an urban referral center in Nepal. World J Obstet Gynecol [Internet]. 2021 [citado 23 de enero de 2024]; 10(2):16-25. Disponible de:  
<https://www.wjgnet.com/2218-6220/full/v10/i2/16.htm>
24. Flores Cutipa, Carla Liliana. Frecuencia y factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el hospital Goyeneche – Arequipa, durante la emergencia sanitaria por COVID 19, marzo 2020 – marzo 2021 [tesis de titulación en Internet]. Arequipa – Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021 [citado 12 de marzo de 2024]. 45p. Disponible de:  
<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1b11c67d-e276-4523-ae0e-ec9bac62934d/content>

25. Plataforma del Estado Peruano. Resumen Regional de Cajamarca [internet]. 2022 [citado 11 de julio de 2023]. Disponible de: <http://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/resumen2/Resumen-Cajamarca.pdf>
26. Figueroa Oliva DA, Negrín García VA, Garcell Fernández ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Rev. Cienc. Méd. Pinar Rio [Internet]. 2021 [citado 23 de enero de 2024]; 25(5): e5051. Disponible de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1351922>
27. Investigalia [Internet]. Investigación: El enfoque cuantitativo de investigación; 2019 [citado el 23 de noviembre de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://investigaliacr.com/investigacion/el-enfoque-cuantitativo-de-investigacion/>.
28. Huanca Calla KR. Factores de Riesgo que Influyen en la Vía de Culminación del parto en Adolescentes Atendidas en el Hospital de Apoyo Sandia de enero a diciembre, 2017 [tesis de especialidad en internet]. Juliaca – Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019 [citado 10 de febrero de 2024]. 84p. Disponible de: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4208>
29. D' Añari Cabrera JR. Factores Biosociodemográficos asociados al embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el HRHDE, abril – mayo 2019 [tesis de titulación en Internet]. Arequipa – Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019 [citado 16 de julio de 2023]. 60p. Disponible de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8868>
30. Gálvez F, Rodríguez BA, Lugones M, Altunaga M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 22 de julio de 2023]; 43(3): 15-27. Disponible de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-901311>

31. Llanos ES, Miniet AML. Factores que influyen en el embarazo de adolescentes. FACSALUDUNEMI [Internet]. 2019 [citado 12 de setiembre de 2023]; 3(4):36 - 42. Disponible de: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/923>
32. Rivera Meléndez, LR. Características de las gestantes adolescentes con pre eclampsia del Hospital el Carmen, 2017 y 2018 [tesis de especialidad en Internet]. Huancavelica – Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado 16 de julio de 2023]. 53p. Disponible de: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/97ffb08c-4a0b-4737-9c18-ac4f148bd908/content>
33. Vinueza M, Bello H. Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas [Internet]. Dominio De Las Ciencias; 2018 [citado 12 de setiembre de 2023]; 4(1):311-21. Disponible de: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/743/html>
34. Cherres Morales L del C. Factores que predisponen al embarazo precoz y grado de satisfacción sobre el control prenatal en las gestantes adolescentes atendidas en el establecimiento de salud I - 4 Consuelo de Velasco - Piura 2016 [tesis de titulación en Internet]. Piura – Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2017 [citado 16 de julio de 2023]. 92p. Disponible de: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/2508>
35. Ruiz Gómez, YS. Epidemiología del embarazo en adolescentes en el Hospital Sergio E. Bernales. Enero 2017 [tesis de titulación en Internet]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [citado 16 de julio de 2023]. 49p. Disponible de: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/ed694789-b1ce-488e-ad75-6af6d189a3b1/content>

36. Alava Lucas G. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años. Estudio a realizar en el Hospital Matilde Hidalgo De Procel, en el periodo de enero a diciembre del 2017 [tesis de titulación en Internet]. Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018 [citado 16 de julio de 2023]. 69p. Disponible de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30849>.
37. Healthwise. Cigna healthcare. Menarca [Internet] [citado 02 de agosto 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/menarca-aa52216spec>
38. Wikipedia La enciclopedia libre en español. Menarquia [Internet]. 2021 [citado 18 de julio 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Menarquia>
39. Medline Plus en español. Información de salud para usted. Pubertad [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU); 2021 [citado 18 de julio 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://medlineplus.gov/spanish/puberty.html#:~:text=Pubertad%20es%20el%20momento%20de,y%20ni%C3%B1as%20de%20manera%20distinta>
40. NICHD. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), NIH: Embarazo saludables, Niños saludables. Vidas optimas y saludables [internet]. Pubertad y pubertad precoz: Información sobre el tema; 2015 [citado 18 de julio 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/puberty/informacion>
41. Ayuda en acción [Internet]. Embarazo en la adolescencia: causas y riesgos; 27 de noviembre 2022 [citado 10 de julio de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/embarazo-adolescencia/>

## VII. ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA PROVINCIA DE HUALGAYOC – CAJAMARCA 2018 – 2022

CÓDIGO: ...../...../.....

#### I. Características sociodemográficas:

- a. Edad: .....
- b. Grado de instrucción: Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior no universitaria ( ) Superior universitaria ( )
- c. Lugar de procedencia: Rural ( ) Urbana ( )
- d. Estado civil: Soltera ( ) Conviviente ( ) Casada ( )
- e. Ocupación: Ama de casa ( ) Estudia ( ) Trabaja ( )

#### II. Características gineco obstétricas:

- f. Morbilidad intercurrente del embarazo: Anemia crónica ( ) VBG ( ) COVID 19 (+) ( )  
Antecedentes de ITU ( ) Otras causas (mencione): ..... Ninguna ( )
- g. Menarca: .....
- h. ANDRIA: 01 Pareja ( ) 02 Parejas ( ) 03 Parejas a + ( )
- i. Edad de 1era. Relación sexual: .....
- j. Uso de MAC: Si ( ) No ( )
- k. G: ..... P: ..... FUP: .../.../..... Edad Gestacional: ..... Sem.
- l. Atención prenatal: Si ( ) No ( ) N°: ... Trimestre de Captación : ( I ) ( II ) ( III )
- m. Complicaciones: Pre eclampsia ( ) ICP ( ) Estrechez pélvica ( ) RPM ( ) SFA ( )  
Amenaza de aborto ( ) Distocia de presentación ( ) Trabajo de parto disfuncional ( )  
Macrosomía fetal ( ) Cesárea anterior ( ) Hiperémesis Gravídica ( ) COVID 19 (+) ( )  
APPT ( ) Prematuridad ( ) Ninguna ( )
- n. Finalización del embarazo: Aborto ( ) Pre término ( ) Término ( ) Post término ( )

#### III. Características del recién nacido:

- o. Parto: Abdominal ( ) Vaginal ( )
- p. Sexo del recién nacido: M ( ) F ( )
- q. Peso del recién nacido: < 1000 gr. 1000 - 1499 gr. ( ) 1500 – 2499 gr. ( )  
2500 – 3999 gr. ( ) ≥ 4000 gr. ( )
- r. Apgar del recién nacido al 1': 0 – 3 ( ) 4 – 6 ( ) 7 – 10 ( )

- s. Patología del recién nacido: Síndrome Distres Respiratorio ( ) Ictericia ( ) RCIU ( )  
Asfixia Neonatal ( ) Síndrome de aspiración neonatal ( ) Malformación Congénita ( )  
Otras causas no especificadas ( ) Ninguna ( )

## ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definiciones Conceptuales	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Características		Socio demográficas	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 – 14 Años.</li> <li>• 15 – 17 Años.</li> <li>• 18 – 19 Años</li> </ul>	Proporción
			Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin instrucción.</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior no universitaria</li> <li>• Superior universitaria.</li> </ul>	Nominal
			Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rural.</li> <li>• Urbana.</li> </ul>	Ordinal
			Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera.</li> <li>• Conviviente.</li> <li>• Casada.</li> </ul>	Nominal
			Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa.</li> <li>• Estudia.</li> <li>• Trabaja.</li> </ul>	
	Son el conjunto de atributos específicos que están presentes en		Morbilidad intercurrente del embarazo: - Anemia crónica - Antecedentes de ITU - VBG	SI ( ) NO ( ) SI ( ) NO ( )	Nominal

	una población sujeta a investigación, las cuales son medibles.	Gineco obstétricas.	- COVID 19 (+) - Otras causas: ¿Cuál? ..... - Ninguna	SI ( ) NO ( )	
			Menarca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 – 11 Años.</li> <li>• 12 – 14 Años.</li> <li>• 15 – 19 Años.</li> </ul>	Proporción
			ANDRIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 pareja sexual</li> <li>• 2 parejas sexuales</li> <li>• 3 a + parejas sexuales</li> </ul>	Intervalo
			1era. Relación sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 – 13 Años.</li> <li>• 14 – 16 Años.</li> <li>• 17 – 19 Años.</li> </ul>	Proporción
			Método anticonceptivo	SI ( ) NO ( )	Nominal
			Paridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulípara</li> <li>• Primípara</li> <li>• Secundípara a +</li> </ul>	
			Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; a 22 sem.</li> <li>• 23 a 27 sem.</li> <li>• 28 a 36 sem.</li> <li>• 37 a 42 sem.</li> <li>• &gt; de 42 sem.</li> </ul>	Intervalo
			Atención Pre Natal	SI ( ) NO ( )	

			Trimestre de Captación de la gestante.	I ( ) II ( ) III ( )	
			Complicaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sufrimiento fetal agudo (SFA).</li> <li>• Pre eclampsia (THE).</li> <li>• Incompatibilidad Céfaló Pélvica (ICP).</li> <li>• Estrechez pélvica.</li> <li>• Distocia de presentación.</li> <li>• Trabajo de parto disfuncional.</li> <li>• Macrosomía fetal.</li> <li>• Ruptura prematura de membranas</li> <li>• Cesárea anterior.</li> <li>• Prematuridad.</li> <li>• COVID (+).</li> <li>• Otras causas no especificadas.</li> <li>• Ninguna.</li> </ul>	SI ( ) NO ( ) SI ( ) NO ( )	Nominal
			Finalización del embarazo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto.</li> <li>• Pre término.</li> <li>• Término.</li> <li>• Post término.</li> </ul>	SI ( ) NO ( ) SI ( ) NO ( ) SI ( ) NO ( ) SI ( ) NO ( )	
			Parto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdominal.</li> <li>• Vaginal.</li> </ul>	SI ( ) NO ( ) SI ( ) NO ( )	
			Sexo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> </ul>	SI ( ) NO ( )	

		Recién Nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Femenino</li> </ul>	SI ( ) NO ( )	Nominal
			Peso:	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 1000 gr.</li> <li>1000 - 1499 gr.</li> <li>1500 - 2499 gr.</li> <li>2500 - 3999 gr.</li> <li>&gt; o = 4000 gr</li> </ul>	Intervalo
			Apgar al minuto	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 - 3</li> <li>4 - 6.</li> <li>7 - 10.</li> </ul>	Ordinal
			Patologías del RN <ul style="list-style-type: none"> <li>Sind. De Distres respiratorio.</li> <li>Ictericia.</li> <li>RCIU.</li> <li>Asfixia neonatal.</li> <li>Sind. De Aspiración neonatal.</li> <li>Malformaciones Congénitas.</li> <li>Otras complicaciones no especificadas.</li> <li>Ninguna.</li> </ul>	SI ( ) NO ( ) SI ( ) NO ( )	Nominal

## ANEXO 3: CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE APLICÓ EL INSTRUMENTO.



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
UNIDAD EJECUTORA SALUD HUALGAYOC - BAMBAMARCA



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

**MAD: 07950644**

Bambamarca, 03 de julio de 2023.

**CARTA N° 013 - 2023 -GR-CAJ/UESH-BCA-DG.**

Sra:  
**Dra. ROSA VILLAR VILLEGAS**  
Decana de la Facultad de Obstetricia y Enfermería  
Universidad San Martín de Porres  
Presente. -

**ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN**

**REF. : CARTA N° 300-2023-D-FOE-USMO**

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez visto el documento de la referencia, le informo que es política de la Unidad Ejecutora Salud Hualgayoc – Bambamarca, brindar apoyo a su personal que se encuentra laborando en nuestra entidad, para poner en práctica investigaciones que conlleven a la buena marcha de la organización, por lo que:

En mi calidad de director de la UESH-BCA, **AUTORIZO** a **TOMAS SERRANO OTOYA**, identificado con DNI N.º 16588574, egresado de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad San Martín de Porres. Al desarrollo del trabajo académico titulado "Perfil Epidemiológico del Embarazo en Adolescentes en la Provincia de Hualgayoc – Cajamarca 2018 – 2022".

Comprometiéndonos a brindarle todas las facilidades correspondientes para el desarrollo de su trabajo académico, en los EE.SS. de la jurisdicción de la UESH-BCA.

Sin otro particular, me despido de usted, no sin antes expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

JCGS/DG.  
UESALUD-H-BCA



Jr. San Carlos N° 151 - Bambamarca - Hualgayoc-Cajamarca,