



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**EMBARAZO ADOLESCENTE REINCIDENTE Y MORBILIDAD
MATERNO PERINATAL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE 2018-2019**

**PRESENTADO POR
KOTTY MAGALY PUENTE BERROSPI**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**ASESOR
MGTR. JORGE LUIS MEDINA GUTIERREZ**

**LIMA – PERÚ
2019**



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**EMBARAZO ADOLESCENTE REINCIDENTE Y MORBILIDAD
MATERNO PERINATAL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE 2018-2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR

KOTTY MAGALY PUENTE BERROSPI

ASESOR

MGTR. JORGE LUIS MEDINA GUTIERREZ

LIMA, PERÚ

2019

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	5
1.5 Viabilidad y factibilidad	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos básicos	22
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	24
3.1 Formulación de la hipótesis	24
3.2 Variables y su operacionalización	24
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	26
4.1 Tipos y diseño	26
4.2 Diseño muestral	26
4.3 Técnicas y procesamiento de recolección de datos	28
4.4 Procesamiento y análisis de datos	28
4.5 Aspectos éticos	29

CRONOGRAMA 30

PRESUPUESTO 31

FUENTES DE INFORMACIÓN 32

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumento de recolección de datos
3. Formato de juicio de expertos

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El embarazo adolescente representa un problema de salud pública, no solo por su intenso efecto en la trayectoria de la vida de las adolescentes por obstaculizar su adecuado desarrollo psicosocial, sino también, al riesgo de muerte que tienen las adolescentes menores de 16 años representado cuatro veces las cifras de mujeres entre los 20 a 30 años. Del mismo modo la tasa de mortalidad neonatal, diferenciándose en un 50% mayor, sobre las mujeres adultas jóvenes⁽¹⁾. En el mundo, la población adolescente representa aproximadamente, unos 16 millones entre los 15 a 19 años, y 1 millón de adolescentes menores de 15 años se convierten en madres anualmente; estas cifras se relacionan la procedencia de países de bajos y medianos ingresos⁽²⁾.

Todos los embarazos y partos representan un riesgo, a pesar que muchos de ellos se desarrollan sin incidente alguno. Aproximadamente, el 15% manifiesta alguna complicación de todas las mujeres gestantes, quienes demandan otro tipo de atención de calidad y quirúrgica, para salvaguardar su vida⁽³⁾. El embarazo adolescente se asocia con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna⁽⁴⁾. En 2008, hubo un estimado de tres millones de abortos ilegales entre las adolescentes en todo el mundo⁽⁵⁾.

Anualmente, un aproximado de 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años queda embarazada y 2 millones de ellas son menores de 15 años. Para el 2016, se estima 252 millones de adolescentes provenientes de diferentes partes del mundo, de estas se calcula que unos 38 millones son sexualmente activas y no anhelan procrear dentro de los siguientes dos años⁽⁴⁾.

América Latina y el Caribe son las subregiones, consideradas poseedoras de la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo, con 66,5 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años durante el período 2010-2015, frente al

promedio de una tasa mundial de 46 nacimientos por 1000 adolescentes en ese grupo etario⁽⁴⁾.

En el caso de Estados Unidos y Canadá, las tasas de fecundidad son menores, puesto que se ha observado una disminución progresiva en los últimos 10 años. De manera específica, Estados Unidos ha demostrado una reducción significativa de la fecundidad en este grupo poblacional, puesto que el descenso ha sido del 8% entre el 2014 y 2015, donde se encuentran incluidas las adolescentes hispanas en un 8% y negras no hispanas en un 9%; por otro lado, en algunos países, las poblaciones indígenas son las que tienen mayor número de embarazos precoces, ya que los censos indican las mujeres de estas edades, también se embarazan progresivamente en dichas zonas rurales⁽⁴⁾.

En Sudamérica, los países que registran el mayor número de adolescentes, son Colombia, Perú y Venezuela con respecto a la población de adolescentes en la subregión andina las que representan el 71% durante el 2016. Entre los países, que registran mayor número de nacimientos por parte de madres adolescentes son Bolivia con un 22.6% de variación entre 1970-75 / 2010-15; seguido de Venezuela con 13.35% y Ecuador con 10.4%. En el caso del Chile y Perú registran 6.6% y 3.9% respectivamente⁽⁶⁾. Argentina registró 728 035 nacidos vivos, y 99 324 fueron madres menores de 20 años; lo que en promedio equivale a 272 partos por día, en porcentaje alcanza el 13.8% del total⁽⁷⁾.

Además, acompaña un problema sobre agregado y consecuente a la situación del embarazo adolescente; la reincidencia, la cual se caracteriza por su atribución en el aumento de riesgos para el desarrollo eutócico de la maternidad; es así que involucra al control prenatal tardío e inconstante, resultados irreversibles en el parto y puerperio a comparación de mujeres adultas. Las nuevas gestaciones en madres adolescentes en un periodo intergenésico menos de los 2 años o 24 meses, conlleva a batallar con un estrés posparto mayor, sin omitir los resultados negativos que se pueden presentar al mismo tiempo durante el parto⁽⁸⁾.

En Colombia, la reincidencia alcanza el 19% en madres adolescentes dentro los 15 y 16 años de edad, se asocia al bajo nivel educativo, al sexual y reproductivo que poseen las mujeres en esta etapa de su vida; además, la diferencia entre el desarrollo del primer y segundo embarazo se diferencian en sus cuidados y riesgos⁽⁹⁾.

En Perú, se estima que las cifras de adolescentes alcanzan el 5.8%; y de esto el 2.8% es de género femenino, coincidiendo así con Bolivia⁽⁶⁾. La gestación reincidente en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se halla vulnerable entre las edades de 16 a 19 años y en el anhelo de lograr la gestación es negativa en el 78.3%⁽¹⁰⁾.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, reporta una asociación con las cesáreas en adolescentes, $p=0.013$; $OR=2.20$ ⁽¹¹⁾. En el Programa Proama registra el 61% con baja escolaridad y abandono de la escuela⁽¹²⁾. Puerta M (2017), postula otros factores influyentes en la reincidencia del embarazo adolescentes, considerando a la violencia, las concepciones y valoraciones negativas, el sentimiento de culpa ante el aborto y la maternidad en su vida, el no uso de métodos anticonceptivos debido a la pareja, la idealización de la pareja, crianza inadecuada y el rechazo de los padres en la primera gestación⁽¹³⁾. El riesgo de morbilidad no deja de ser indenne al embarazo adolescente repetitivo. Poma VG (2016), reveló ausencia de significancia estadística durante el periodo del embarazo; sin embargo, durante el parto obtuvo asociación con la cesárea, las distocias presentadas en el parto y las lesiones del canal vaginal; en cuanto al puerperio, la infección del tracto urinario alcanzó asociación⁽¹⁴⁾. Esteves SN (2015), incluyó otros factores de morbilidad durante el embarazo, como la anemia gestacional en un 31%, infección de tracto urinario con el 27.6%, amenaza de aborto en 24.1%, ruptura prematura de membranas 10.3% y oligoamnios 6.9%; respecto al parto, el trabajo disfuncional del mismo alcanzó el 13.8% y los desgarros perineales un 6.9%; en el puerperio; existe el riesgo de presentar anemia en un 44.8%, ITU en el 24.1%, atonía uterina un 6.9% y endometritis 3.4%⁽¹⁵⁾.

Los factores mencionados líneas arriba, comprenden no solo el peligro de complicaciones que se pueden dar en las distintas etapas de la gestación en una

adolescente, sino también, la seguridad vital de la madre, que prima fundamentalmente. Evitando así, el sufrimiento de sus familias y de sí mismas. A diario se lucha de manera multidisciplinaria, para reducir las tasas de mortalidad materna antecedidas de factores mórbidos; ya que, estos trágicos finales se producen generalmente en sociedades de bajos ingresos y por lo tanto son prevenibles. Los objetivos de desarrollo sostenible, respaldan una meta en la reducción de mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 a nivel mundial; trabajando conjuntamente con la “Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”; la consecuencia primordial de la morbimortalidad materna es la pobreza que produce y la todos los problemas sociales que carga con ella ⁽¹⁶⁾. Por ello es importante disminuir el riesgo de factores mórbidos para las madres adolescentes, siendo su condición gestacional repetitiva para desarrollar complicaciones obstétricas con alto grado de probabilidad de un deceso fatal.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, brinda la atención integral de la madre adolescente dentro de sus instalaciones, en 2018 registró 192 atenciones en el Área de Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia de la Niña Adolescente, representando una concentración del 3.6% de las atenciones por consultorio externo en todo el nosocomio. Además, cuenta con un Módulo de Atención de Maltrato Infantil y Adolescente (MAMIS), por ende, el Hospital Nacional Hipólito Unanue, afronta una problemática importante respecto a la situación reproductiva de las adolescentes que acuden para su atención en cualquiera de las tres etapas: prenatal, el parto y el puerperio; del mismo modo, enlazado está el Servicio de Atención en Neonatología, para atender los cuidados normales y patológicos a los recién de las adolescentes, este servicio registró un total de 2557 atenciones en consultorio externo en el 2018, lo que representa el 1.4% de la concentración de la atención en todo el hospital. La atención de madre adolescente y niño está a cargo de la responsabilidad del personal del Hospital Nacional Hipólito Unanue, los que se ocupan de los casos eutócicos y patológicos las 24 horas ⁽¹⁷⁾, por ende, es indispensable la atención oportuna y manejo de los factores de riesgo que prevengan resultados mórbidos maternos y perinatales en dicho nosocomio.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el embarazo adolescente reincidente y la morbilidad materno perinatal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre el 2018 y 2019?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre embarazo adolescente reincidente y la morbilidad materno perinatal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre el 2018 y 2019.

Objetivos específicos

Identificar las comorbilidades maternas y perinatales.

Establecer los grupos de embarazo adolescente reincidente y no reincidente según los criterios de inclusión.

Relacionar el embarazo adolescente reincidente y no reincidente con la morbilidad materno perinatal.

1.4 Justificación

El presente trabajo de investigación, abarca un tema muy importante y controversial de salud pública, con un notable aumento progresivo durante los últimos años, en el caso nacional y mundial. Por lo tanto, el aporte teórico, práctico, social y técnico normativo será fructíferos.

En el campo teórico, conocer y establecer a la gestación a repetición como un factor de morbido será beneficioso para ampliar los conocimientos científicos del equipo multidisciplinario a cargo de las adolescentes; ya que, no solo primará la atención de la situación gestacional, sino, atribuirá a la búsqueda de la prevención con mayor énfasis en dicha población obstétrica repetitiva. Ya que, por normativas técnicas nacionales e internacionales el enfoque primordial es dirigido hacia la prevención de

la primera gestación en las adolescentes, más no, el grupo de madres adolescentes en riesgo de una próxima gestación queda a la deriva con un manejo muy carente. Considerando, además, los riesgos de morbilidad perinatal en la misma magnitud de los maternos, es indispensable definir aquellas complicaciones que pueden conllevar a decesos fatales de ambos blancos que son la madre y el producto fetal y/o neonatal. En todo momento se debe prevenir la mortalidad de ambos; se tiene de conocimiento que la muerte materna genera pobreza y múltiples problemas sociales adyacentes; por ende, los países en vías de desarrollo comparten el reto de disminuir las tasas anuales a fines de las metas trazadas por los objetivos del milenio para la liberación de dicha carga biológica y social que generan el fallecimiento materno y neonatal.

En el país, la situación epidemiológica de las gestaciones adolescentes aún no ha sido resuelta; por el contrario la tasa anual va en curva ascendente; y sobre agregando los factores de morbilidad materna y perinatal, la información aportada del presente trabajo de información servirá como dato importante para su manejo a nivel nosocomial y en comunidades; especialmente el área urbana por la ubicación del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en la zona del Agustino, donde la afluencia de adolescentes es continua y su manejo en la atención de ellas debe ser especializada con base científica. He allí la importancia de desarrollar la presente investigación en madres adolescentes con gestaciones reincidentes en dicho nosocomio para conocer su influencia como factor de morbilidad materna y perinatal.

1.5 Viabilidad y factibilidad

La realización de este estudio será viable, porque se solicitará con antelación la documentación y autorizaciones necesarias para la realización y ejecución del estudio; además ello, permitirá tener acceso a los de información para su evaluación.

Adicionalmente, este estudio será factible, porque se contarán con los recursos materiales (la investigadora será quien elabore y diseñe el

instrumento a utilizar para la colección de información), humanos (la investigadora será quien recolecte la información asegurando la calidad de los datos) y económicos (el estudio será autofinanciado completamente por la investigadora) necesarios para la elaboración del estudio desde su inicio hasta su fin.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Turgal M et al., en 2018, compararon los resultados maternos y neonatales entre madres adolescentes multíparas y adultos, en un estudio de cohorte retrospectivo de más de 11 años. Realizaron una división de dos grupos de adolescentes multíparas menores de 18 años de edad y el grupo control entre 19-29 años. Los resultados revelaron que la semana gestacional al momento del parto fue significativamente menor en el grupo de adolescentes (38.37 ± 2.17) $p=0.014$. La tasa de natalidad prematura alcanzó el 12.6% y la hemorragia posparto un 5.7%, en el grupo de estudio. Por ende, las gestaciones adolescentes en multíparas tienen mayores riesgos de parto prematuro, bajo peso al nacer y hemorragia posparto⁽¹⁸⁾.

Maravilla J et al; en 2017, su estudio evaluó el incremento de complicaciones maternas por repetición del embarazo entre adolescentes en Filipinas, fue un estudio transversal en cuatro ondas entre 1998-2013 con una muestra de 2518 mujeres nulíparas y no gestantes entre 15 a 44 años. Observaron ausencia de asociación entre el embarazo y el bajo peso al nacer entre madres adolescentes, con aumento del riesgo en el segundo embarazo (OR: 10.49, IC 95% 4.00-27.49), complicaciones en el trabajo de parto de adolescente entre los 11 a 19 años (OR: 3.61, IC 95% 1.61-8.09). Concluyendo que los embarazos repetitivos adolescentes implica complicaciones laborales independientes del IPI⁽¹⁹⁾.

Abass A y Mahmound A, en 2016, evaluaron el impacto de la primera y segunda gestación adolescente en los resultados fetales y maternos, así como la prevalencia de complicaciones obstétricas en este grupo etario, fue un estudio retrospectivo, en 1200 madres menores de los 20, considerado como grupo de estudio y el grupo control conformado por 2400 madres entre los 20 y 35 de edad. Los resultados revelaron sobre el grupo de estudio, una prevalencia de controles de atención prenatal adecuadas (55% $P = 0.001$); preeclampsia se presentó en un 10% de los adolescentes $p = 0,001$. El parto instrumental y cesárea fueron mayores en el grupo

de adolescentes con 20% $p = 0.05$. Finalmente concluyeron que el embarazo adolescente es un factor de riesgo de preeclampsia, anemia, parto vaginal, instrumental y cesárea⁽²⁰⁾.

Cruz E, en 2016, determinó los resultados maternos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidos en una sala de maternidad de un hospital nicaragüense; mediante un estudio descriptivo, de corte transversal en 100 gestantes adolescentes recurrentes. Los resultados mostraron un grupo etario de 17 a 19 años alcanzó el 83%; las complicaciones maternas fueron: la infección de tracto urinario en el 20%, anemia y preeclampsia un 14% para ambas. Las complicaciones neonatales, la prematuridad alcanzó el 11%, la sepsis, la asfixia y el retraso de crecimiento intrauterino 6% respectivamente. Finalmente, concluyó que el embarazo adolescente conlleva complicaciones maternas como perinatales, con más riesgo en la segunda gestación⁽²¹⁾.

Tamur H et al., en 2015, evaluaron los factores que afectan los resultados perinatales en las segundas gestaciones de madres adolescentes. Investigación retrospectiva, longitudinal, realizada en 66 adolescentes durante su periodo de parto del primer y segundo embarazo. Respecto a los cuidados intensivos neonatales tasa de ingreso en la unidad (UCIN), tasa de preeclampsia, bajo peso al nacer neonatal y Apgar de 5 minutos las puntuaciones <7 , fueron significativamente más altas en el primer embarazo que en el segundo ($p < 0.001$). La edad en el primer embarazo ≤ 16 años (OR=1.5; $p < 0.01$), un intervalo menor de 18 meses entre nacimientos (OR=1.4; $p < 0.04$), presencia de complicaciones gestacionales en el primer embarazo (OR=1.9; $p < 0.01$), y las complicaciones perinatales en el primer embarazo (OR=1.3; $p < 0.01$). Concluyeron que los indicadores en los segundos embarazos adolescentes fueron asociados a menores resultados adversos a comparación de la primera gestación⁽²²⁾.

Poma V, en 2018, determinó la reincidencia de embarazo adolescente como factor de riesgo de morbilidad materna en el Hospital Rezola de Cañete en 2016, fue un estudio analítico, transversal, en una muestra conformada por 108 adolescentes gestantes

representando los casos, y los controles fueron 108 primigestas. Los resultados revelaron el 88.9% eran adolescentes reincidentes entre la edad de 17 a 19 años; periodo intergenésico ≥ 2 años representó el 59%; sin embargo, durante el parto encontró asociación significativa en cesárea ($p=0,021$; OR 1,96); distocias de progresión del parto ($p=0,000$, OR 0,15); y lesiones del canal vaginal ($p=0,037$, OR 0,82). Mientras que en el puerperio, determinó asociación en infección del tracto urinario ($p=0,000$, OR=0.34). Finalmente extrapoló la existencia de la relación significativa entre la reincidencia de embarazo adolescente en el parto y el puerperio con la morbilidad materna⁽¹⁴⁾.

Bravo P 2019, determinó los factores asociados al embarazo en adolescentes y su reincidencia, mediante una investigación analítica de casos y controles, retrospectivo, con una muestra de 180 historias clínicas en el Hospital de Ventanilla. El análisis sobre los factores sociodemográficos, reveló asociación del embarazo adolescente y su reincidencia respecto a la ocupación estudiante ($p=0.029$, OR=1.882); mientras que los factores familiares asociados al embarazo en adolescentes y su reincidencia fueron el alcoholismo en el hogar ($p=0.022$, OR=3.630). Respecto a los factores sexuales y reproductivos asociados al embarazo en adolescentes y su reincidencia fueron la edad de inicio de la primera relación sexual ($p=0.037$, OR=2.800). El análisis reveló asociación entre los factores sociodemográficos, familiares, sexuales y reproductivos, significativos con el embarazo en adolescentes y su reincidencia ($p \leq 0,05$)⁽²³⁾.

Aparicio J y Salcedo S en 2019, determinaron por medio de su investigación las complicaciones obstétricas en multigestas adolescentes, estudio de casos y controles, con una muestra de 1383 historias clínicas de gestantes adolescentes, de las cuales 334 tuvieron morbilidad, especialmente la anemia con 50.3% seguida de infección vaginal en un 18.7% y la rotura prematura de membranas en 11.4%. Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre multigesta adolescente e hipertensión inducida por el embarazo, ($p=0,032$; OR=0,54). Por lo consiguiente, la condición de multigesta en la adolescencia protege en el 46% de los casos a padecer de una

hipertensión inducida por la gestación; ya que no existe diferencia de otras morbilidades entre las primigestas y las multigestas adolescentes⁽²⁴⁾.

Siña R en 2017, por medio de su investigación determinó los factores de riesgo en la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital “Santa Rosa” de Puerto Maldonado, en 2017; en un estudio no experimental, retrospectivo y descriptivo en una muestra de 97 embarazadas. Los resultados determinaron que la edad de 17 a 18 años representó el 68.4%, la menarquía se dio entre los 9 a 12 años en un 92.78%, además observó la falta de uso de método anticonceptivo en un 67.35%, el número de embarazos previos a 1 gestación en 70.10%, antecedente de aborto se dio en un 52.58%, la edad de la pareja mayor o igual de 19 años fue de 69.07%. Concluyó que, la influencia de los factores sociodemográficos, gineco-obstétricos y psicosociales influyentes en el embarazo reincente en las adolescentes del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado⁽²⁵⁾.

Steves S en 2015, Lima, determinó las complicaciones maternas asociadas según embarazo atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales Collique, en un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. En una muestra de 29 según digestas adolescentes. Las complicaciones maternas observadas en el segundo embarazo fueron: Anemia durante el embarazo en un 31%, infección del tracto urinario en 27.6%, amenaza de aborto en 24.1% de los casos, atonía uterina en un 6.9% y endometritis en 3.4%. Por lo tanto, una segunda gestación en adolescentes constituye una condición de alto riesgo obstétrico para desarrollar complicaciones maternas⁽¹⁵⁾.

2.2 Bases teóricas

Adolescencia

Definición de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como una etapa crítica del desarrollo físico y psicosocial de la persona con relevancia en el aspecto sexual y reproductivo⁽⁴⁾. La segunda década de la vida, es como lo denomina las

Naciones Unidas; y la OMS, han establecido la edad de los adolescentes, comprendida entre 10 y los 19 años⁽²⁶⁾.

La palabra “adolescencia” deriva del término latín *adolescere*, tiene de significado crecer, madurar; esta etapa precisamente, involucra una infinidad de cambios que conducen a la madurez del individuo. Es el intervalo de la transición entre la infancia a la edad adulta; lo que ha conllevado a generar sub etapas de la misma⁽²⁷⁾.

Etapas según la OMS

Adolescencia temprano: 10 a 13 años.

Adolescencia media: 14 a 16 años.

Adolescencia tardía: 17 a 19 años ⁽²⁸⁾.

La vulnerabilidad durante la adolescencia

Es un período vulnerable, por la aparición de conductas de riesgo, que conllevan a consecuencias en el ámbito de la salud, económico y social. En la actualidad se han establecido programas para garantizar la información y servicios prestados; buscando lograr la potencia de los factores protectores con el propósito de reducir dichas conductas inadecuadas⁽²⁹⁾.

Sin embargo, no solo es una etapa de vulnerabilidad, al mismo tiempo fluctúan las oportunidades, otorgando posibilidades de desarrollo, gracias al enfrentamiento de nuevos riesgos y situaciones vulnerabilidades; es en esos momentos donde fluye su capacidad de desarrollar sus potencialidades⁽²⁹⁾.

Las características de esta etapa son la presencia de madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema⁽⁴⁾.

La comprensión de la conducta adolescente y de los influyentes, es primordial el abordaje del entorno de convivencia, como influyente en el desarrollo de su conducta y sus relaciones sociales; por lo tanto, la familia, los grupos de pares, el centro de estudios, las actividades de ocio que atraviesan un cambio constante, intervienen en el desarrollo de la conducta⁽²⁹⁾.

La sexualidad durante la adolescencia

Está basada en el sexo biológico y es construida por parte de la sociedad. En la adolescencia son el conjunto de sentimientos, afectos y preferencias que experimentan todas las personas durante esta parte del ciclo vital. Además, es caracterizada por un periodo de riesgo y el comportamiento para asumir estos riesgos en la sexualidad; que representa a la vez una parte integral de nuestras vidas, expresándose en diversas maneras. Está conformada por los componentes mencionados a continuación⁽³⁰⁾:

Orientación sexual.

Identidad sexual.

Creencias, sentimientos, actitudes y valores.

Conocimiento sexual.

Comportamiento sexual ⁽³⁰⁾.

En el desarrollo del adolescente, su bienestar sexual y la sexualidad que desarrolla conforman componentes fundamentales de su salud integral. Se acepta la sexualidad intrínseca en todos los seres humanos y su evolución durante la infancia y la adolescencia, como base para la salud sexual de la vida adulta. La adaptación a los cambios sexuales y protección de su salud, incluyen salud reproductiva, convirtiéndose en uno de los mayores retos de los adolescentes, como el caso del género⁽³⁰⁾.

Conductas sexuales normales en la adolescencia

En la adolescencia las conductas sexuales son acentuadas en cada etapa individualmente, esto marcará un límite conductual respecto a la evolución de su sexualidad:

Adolescencia temprana: Juegos sexuales.

Adolescencia Media: Experimentos sexuales.

Adolescencia Tardía: Ejercicio sexual ⁽³¹⁾.

Una conducta sexual saludable en la población adolescente, es reflejado por la consistencia de los valores aplicados en las consecuencias de su toma de decisiones sexuales; como por ejemplo la prevención de un embarazo no deseado, por medio de la abstinencia hasta alcanzar madurez emocional, el uso de métodos anticonceptivos y prevención” de “ITS/SIDA por métodos de barrera, entre otras conductas⁽³⁰⁾.

Concepción de los padres sobre la sexualidad adolescente

En la investigación de Afanador, reveló la persistencia del conservacionismo social, abarcando la dimensión moral y autoritaria presente en el periodo de transición, llamado adolescencia; producto del evolucionismo social referido de la dificultad de parte de los padres para aceptar a sus hijos como seres sexuados de derecho. Por el contrario ellos ejercen un adoctrinamiento, la formación sexual crítica y reflexiva con el propósito de afrontar a la sociedad cambiante⁽³²⁾.

El embarazo adolescente

Definición del embarazo adolescente

Hace referencia a todos los embarazos que se desarrollan durante el periodo de la adolescencia, entre los 15 a 19 años de edad según la OMS a nivel mundial y en el Perú, entre los 10 a 17 años de edad⁽³³⁾.

Según la OMS, anualmente el registro de partos anuales en madre adolescentes se da entre los 15 y 19 años con una cifra aproximada de 16 millones de adolescentes. El producto de los nacimientos de los recién nacidos representan aproximadamente el 11% del total de nacimientos a nivel mundial; y lo más alarmante es su ocurrencia en países en desarrollo en un 95% ⁽⁵⁾. Dicho esto, está considerado como un problema social o público, esto es, en su conjunto porque involucra a la sociedad y no solamente a las personas y familias involucradas⁽³⁴⁾.

La gestación durante la adolescencia, condiciona el desarrollo de las niñas en transición a ser adultas, debido a que no se encuentran en la edad adecuada para asumir la responsabilidad de un embarazo y a su vez las familias, los compañeros sexuales no garantizan el apoyo suficiente para otorgarle condiciones óptimas para ella y su hijo(a), sobre agregado a esta situación su estado biológico corporal no supe las demandas nutricionales y fisiológicas que ejerce el feto durante la gestación⁽³⁴⁾.

Las variables útiles para la comprensión del embarazo y la maternidad durante el periodo de la adolescencia involucra a ⁽³⁵⁾:

La edad de inicio de relaciones sexuales.

La edad de la nupcialidad.

El uso de anticonceptivos ⁽³⁵⁾.

Epidemiología del embarazo adolescente en el Perú

En el Perú, el embarazo adolescente en el 2017 representó el 13.4% a nivel nacional; en el área urbana fue de 10.7% y en el área rural alcanzó el 23.2%. Las regiones que registran los porcentajes más altos de embarazos adolescentes se ubican en la Selva; entre ellos Loreto alcanzó el 30.4% de registro de primer embarazo en madres de 15 a 19 años de edad, seguido de Amazonas con un 23.8%, muy similar es el caso de Ucayali en un 23.1% y en cuarto lugar la región de San Martín en un 20% ⁽³⁵⁾.

En la actualidad, se ha registrado un aumento de los embarazos adolescentes con un intervalo de edad entre los 15 y 19 años. En un estudio de ENDES 2017, detectó un incremento en las cifras correspondientes del año anterior (2016) de once regiones, como es el caso de Lima Metropolitana con un aumento de 3.4%, Moquegua en un 1.8%, Amazonas aumento su cifra del 2016 de 19.9% a un 23.8%; Ayacucho tuvo un incremento del 2.2%, La Libertad incrementó de 14.8 a 16.8%; Cajamarca también tuvo un aumento en su cifra de 16.7 a 18.5%, Huancavelica y Junín sufrieron un leve aumento del 0.6%, en Tacna se registró una variación de 0.8% mayor que

la cifra anterior, Arequipa registró un incremento del 0.3%, y el caso de Puno fue el menor variación con 0.1% para el 2017⁽³⁵⁾.

Dentro del marco de la III Conferencia de Población y Desarrollo de América Latina y El Caribe, realizada en Lima en 2018, los países de la región señalaron la urgencia de impulsar políticas y acciones para prevenir el aumento progresivo de los embarazos en la adolescencia, debido a la reducción frustra resultante hasta el momento⁽³⁵⁾.

Factores de incremento del embarazo adolescente

Barreras culturales, económicas, sociales y geográficas

Inciden en alta prevalencia del embrazo tempranos de zonas rurales en situación de pobreza. Sin embargo, el riesgo de embarazos es mayor en zonas rurales a comparación de las zonas urbanas; ya que, en el área rural 23 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años se embarazan por primera vez versus el 11 de cada 100 en la zona urbana ⁽³⁵⁾. La pobreza es otro factor de riesgo en las gestaciones en la adolescencia; según el End es 2017, 24 de cada 100 adolescentes en estado de pobreza ha desarrollado gestación a comparación de las zonas no pobras donde el registro de embarazos es 4 de cada 100⁽³⁵⁾.

La limitación al acceso educativo y la deserción escolar

Se considera como un factor protector a la educación y sus diferentes niveles, en la reducción de posibilidades de gestación. En el nivel primaria, 45 de cada 100 adolescentes ha desarrollado gestación; en secundaria, 12 de cada 100 niñas ha gestado, en el nivel universitario la cifra es 7 de cada 100 ha estado gestando; todo lo opuesto de las personas sin educación donde la cifra representa 32 adolescentes por cada 100 ha tenido gestación⁽³⁵⁾.

La discriminación y vulnerabilidad de niñas y adolescentes indígenas en zonas rurales

La población indígena no posee acceso a la educación y se le asocia con un mayor atraso y/o deserción escolar, conlleva a las tradicionales uniones nupciales tempranas y por consecuencia; gestaciones precoces⁽³⁵⁾.

Incongruencia entre el limitado acceso a métodos anticonceptivos (MAC) y la iniciación sexual a temprana edad

En el 2017 INEI – ENDES determinó el inicio precoz promedio de los embarazos antes de cumplir los 18 en mujeres entre los 20 y 49 años; en el área rural la edad de inicio fue 16 años a menos, y en la selva antes de 15 años a menos. Respecto a los métodos anticonceptivos, los métodos modernos están al alcance en 48 de cada 100 adolescentes (hombre y mujer) en unión heterogéneas entre los 15 y 19 años de edad; y las adolescentes sexualmente activas registran el uso de anticonceptivos modernos en una razón de 69/100⁽³⁵⁾.

El embarazo reincidente o repetitivo

La gestación reincidente durante la adolescencia es un problema de salud pública importante por su complejidad problemática que involucra el bienestar de la madre en sí, y para sus hijos. Conlleva a un incremento del riesgo en las madres en un ámbito sanitario y social⁽⁸⁾.

Los riesgos que se producen en la salud de la adolescente, no sólo se refiere al periodo intergenésico corto, el cual se da en 11 meses o menos en un 36.6%; dicho esto conlleva a las otras gestaciones, creando multiparidad en un promedio del 6.8%; pues este grupo de adolescentes no suelen hacer uso de los métodos anticonceptivos en un 79.5%. Su edad e inmadurez y la carga biológica, psíquica y social interfieren en el desarrollo normal de la gestación; por tanto, no es asombroso el inicio del control prenatal posterior a las 12 semanas gestacionales en un 59.4%⁽⁸⁾.

Genera un riesgo de retraso social por no culminar sus estudios en un 15.6% o estancarse en escolaridad básica en un 67.7%, siendo el 5.2% edades menores de los 15 años. La convivencia temprana se da en un 64.7%⁽⁸⁾, marcando el inicio a otros problemas sociales asociados como la violencia familiar y el feminicidio. Además, esta condición premedita tener una tasa de participación laboral baja y por lo tanto ingresos mínimos a su hogar.

Factores que conllevan a la reincidencia del embarazo adolescente

Entre los factores influyentes para la reincidencia de gestación en adolescentes, se ha dividido en tres dimensiones diferentes⁽¹⁰⁾:

Factores biológicos individuales ⁽¹⁰⁾:

Las edades entre los 16 y 19 años.

Inicio precoz de las relaciones sexuales, menor de 15 años de edad.

Gestación previa muy precoz, menor de 15 años de edad.

Refugio en la pareja por carencia de la figura paterna y sentimiento de falta de cariño.

Factor de proyecto de vida ausente ⁽¹⁰⁾:

Deserción escolar.

Aumento de tiempo de ocio.

Desinterés de trabajar o generar ingresos económicos.

Distribución tradicional de roles en función del género (machismo).

Factor cultural familiar y creencias ⁽¹⁰⁾:

Falta de información sobre métodos anticonceptivos.

Uso inadecuado de los métodos anticonceptivos.

Sentimiento de culpa por pérdida de una primera gestación.

Percepción de la maternidad como realización con la pareja para construir una familia.

El riesgo de muerte materna y neonatal

La edad de la madre es un factor de riesgo obstétrico y de mortalidad materna y neonatal, especialmente en aquellas <15 años de edad. Los registros del 2017, demostraron que el 16% de defunciones maternas ocurrió en mujeres <19 años, considerando el incremento del porcentaje en relación a los años anteriores: 2016 (14.3%), 2015(12.0%), 2014 (13.6%) y 2013 (8.9%); estos datos tienen una tendencia ascendente⁽³⁵⁾.

La reincidencia gestacional adolescente como factor de morbilidad materna y neonatal

Morbilidad materna

Estudios internacionales y nacionales han estudiado la gestación reincidente durante la adolescencia como un factor de morbilidad durante los tres periodos de la gestación; prenatal, parto y puerperio. Sin embargo la edad ha sido el determinante sinérgico de la presentación de los factores mórbidos en las madres adolescentes⁽³⁶⁾.

Predisposición a otras enfermedades por reincidencia de embarazo adolescente en las tres etapas de la gestación:

Prenatal

La reincidencia se asocia a un alto riesgo obstétrico, en estos casos es posible encontrar ⁽¹⁵⁾

Anemia gestacional: 31%

ITU durante el embarazo: 27.6%

Amenaza de aborto: 24.1%

Ruptura Prematura de Membranas: 10.3%

Oligoamnios: 6.9%

Parto

La expulsión del producto pueden presentarse con complicaciones a pesar de haber tenido una gestación previa.

Cesárea: OR= 1.96 [1,10-3,4] ⁽¹⁴⁾.

Parto distócico 1.8% ⁽¹⁵⁾.

Desgarros perineales: 6.9% ⁽¹⁵⁾.

Preeclampsia: 10% ⁽²⁰⁾.

Puerperio

En promedio de 40 días posteriores al parto, los riesgos aún persisten en esta población, estos factores de riesgos se pueden observar en el nosocomio y en el hogar durante la recuperación.

Anemia en el posparto: 44.8% ⁽¹⁵⁾.

ITU posparto: OR 0,34 IC 95% [0,19-0,62] ⁽¹⁴⁾.

Endometritis: 3.4% ⁽¹⁵⁾.

Atonía Uterina: 6.9% ⁽¹⁵⁾.

Morbilidad perinatal

La tercera parte de los recién nacidos de madres adolescentes con embarazos consecutivos, suelen presentar complicaciones mórbidas ⁽²¹⁾.

Prematuridad: Ocurre en el 115 de gestante adolescentes reincidentes ⁽²¹⁾.

Bajo peso al nacer: El peso mayor de 2500gr se ha dado en un 85%, por lo tanto su diferencia presento bajo peso al nacer ⁽²¹⁾.

Apgar bajo: en promedio un apgar 7'9 en el 93% de casos ⁽²¹⁾.

Óbito fetal: Generalmente no guarda mucha diferencia de las gestaciones en madres adultas ya que su etología es funicular⁽²⁰⁾.

Sepsis, asfixia y restricción de crecimiento intrauterino: Es posible observarlos en el 6%, individualmente o en el mismo caso neonatal⁽²¹⁾.

Abordaje del embarazo adolescente

Para prevenir el embarazo precoz, según la OMS se debe cumplir con los ítems a continuación:

1. Restringir el matrimonio antes de los 18 años.
2. Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años.
3. Incentivar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes.
4. Reducir las relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes.

Prevenir los resultados reproductivos adversos:

5. Reducir el aborto ilegal en las adolescentes
6. Aumentar el uso de la atención de calidad antes y durante la atención prenatal, el parto y postparto ⁽⁵⁾.

2.3 Definición de términos básicos

Adolescencia: Se denomina al periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce posterior a la niñez y antes de desarrollar la edad adulta, entre el rango de los 10 y los 19 años ⁽²⁸⁾.

Embarazo adolescente reincidente: Es el embarazo desarrollado entre los 10 y 19 años de edad a repetición de una gestación anterior independientemente del tipo de finalización de la gestación⁽²⁾.

Morbilidad materno perinatal: Este concepto hace referencia a la complicación que ocurre para el estado de salud de la madre y el niño durante el embarazo, el parto y el puerperio, y pone en riesgo la vida de ambos; requieren de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte ⁽³⁷⁾.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Hi: El embarazo adolescente reincidente se relaciona significativamente con la morbilidad materno-perinatal. Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2018-2019.

Ho: El embarazo adolescente reincidente no se relaciona significativamente con la morbilidad materno-perinatal. Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2018-2019.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable		Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Independiente	Embarazo adolescente reincidente.	Ocurrencia de una segunda gestación o más en la adolescente previamente embarazada.	Cualitativa	Gestante adolescente	Nominal	Sí No	Historia clínica
	Dependiente	Morbilidad materno	Durante el embarazo	Cualitativa	Patologías en el embarazo	Nominal	Anemia Amenaza de aborto Infección inducida por el embarazo Oligoamnios Ruptura prematura de membranas Amenaza de parto pre término Otros
Durante el parto			Cualitativa	Patologías en el parto	Nominal	Trabajo de parto disfuncional Parto pre término Parto por vía cesárea Lesiones de canal vaginal Desgarros perineales Retención placentaria Otros	Historia clínica
Durante el puerperio			Cualitativa	Patologías en el puerperio	Nominal	Anemia Infección del tracto urinario Atonía uterina Hemorragia puerperal Endometritis Infección de herida operatoria Otros	Historia clínica
Morbilidad perinatal		Cualitativa	Patologías que se presentan en el recién nacido de la gestante adolescente.	Cualitativa	Patologías en el recién nacido	Nominal	Apgar bajo Bajo peso al nacer Prematuridad Óbito fetal Pequeño para edad gestacional Otros

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: Observacional, ya que solo se analizarán los datos en su propio entorno sin realizar algún tipo de manipulación.

Según el alcance: Analítico, pues se pretenderá demostrará una posible asociación o relación entre las variables en estudio (embarazo adolescente reincidente y morbilidad materno-perinatal).

Según el número de mediciones de las variables de estudio: Transversal, ya que no se realizará seguimiento a las variables en análisis, puesto que no se pretenderá medir ningún efecto.

Según el momento de la recolección de datos: Cohorte retrospectiva, de cohorte porque la población a analizar en general está expuesta al factor de estudio (embarazo adolescente) y retrospectiva porque la exposición al factor ya ha ocurrido antes de la realización del estudio.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Población de estudio

Gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre enero de 2018 a diciembre de 2019.

Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se usó la fórmula de comparación de proporciones, considerando un nivel de confianza del 95% y potencial de prueba del 80%. Según Poma V ⁽¹⁾, el 82.4% de gestantes adolescentes reincidentes presentaron lesiones del canal vaginal. Se considerará la relación entre grupos de 1 a 1. “A continuación se presenta la fórmula usada:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

Nivel de confianza 95%:	$Z(1-\alpha) = 1,960$
Poder de la prueba 80%:	$Z(1-\beta) = 0,842$
Prevalencia grupo cohorte expuesto:	$p1 = 0,824$
Prevalencia grupo cohorte no expuesto:	$p2 = 0,630$
Promedio de la prevalencia:	$p = (p1+p2)/2 = 0,727$
Tamaño de la muestra:	$n = 82$

Por lo tanto, la muestra estará conformada por 164 gestantes adolescentes, de las cuales 82 serán multíparas (grupo expuesto) y 82 serán primíparas (grupo no expuesto).

Muestreo o selección de la muestra

El tipo de muestreo será probabilístico y la técnica será el aleatorio simple. Es decir se seleccionarán 82 historias clínicas de gestantes adolescentes multíparas y 82 historias clínicas de gestantes adolescentes primíparas, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de selección**Criterios de inclusión****Grupo expuesto**

Historias clínicas de gestantes adolescentes multíparas que hayan sido atendidas en el hospital de estudio durante enero de 2018 a diciembre de 2019.

Grupo no expuesto

Historias clínicas de gestantes adolescentes primíparas que hayan sido atendidas en el hospital de estudio durante enero de 2018 a diciembre de 2019.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de gestantes adolescentes que hayan sido referidas a otros centros sanitarios que no hayan realizado sus atenciones prenatales y atención del parto en la institución de estudio, y con datos ilegibles para la recolección de la información.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

La técnica de recolección a utilizar será la documental, para ello se socializará la documentación brindada por las entidades correspondientes, al servicio de archivos para tener acceso a las historias clínicas de las gestantes adolescentes que cumplan con los criterios de selección. Luego de identificar y seleccionar las historias, los datos a analizar serán colocados en una ficha de recolección, que la propia investigadora elaboró, esta ficha estará conformada por las siguientes secciones:

- A. Datos maternos (edad, grado de instrucción, estado civil)
- B. Embarazo adolescente reincidente
- C. Morbilidad materna (durante el embarazo, parto y puerperio)
- D. Morbilidad perinatal

Este instrumento al tratarse de una ficha de recolección será validado mediante un juicio de expertos, a quienes se les solicitará la evaluación de su contenido y luego se hallará la concordancia de sus respuestas mediante una prueba binomial (ver anexos).

Cada una de las fichas será codificada para su respectiva identificación, debido a que la recolección será realizada por la propia investigadora, no será necesaria la evaluación de la calidad del llenado, por ende los datos serán vaciados en una hoja de cálculo para su análisis y obtención de resultados.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se elaborará una base de datos en el programa SPSS 25, la cual pasará por un control de calidad de registros para el posterior análisis estadístico.

Análisis descriptivo

Para el caso de las variables cualitativas (embarazo adolescente reincidente, morbilidad materna durante el embarazo, durante el parto, durante el puerperio, morbilidad perinatal) se calcularán frecuencias absolutas (n) y relativas (%) y para las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar).

Análisis inferencial

Para determinar si el embarazo adolescente es un factor asociado a la morbilidad materno perinatal se realizará la prueba Chi- Cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%, donde un valor $p < 0.05$ será considerado significativo.

Presentación de resultados

Los resultados se presentarán en tablas simples y dobles, acompañadas de gráficas como la de barras y/o circulares. Se utilizará el programa Microsoft Excel 2013.

4.5 Aspectos éticos

Se solicitarán los permisos y autorizaciones al Comité de Ética e Investigación de la Universidad de San Martín de Porres y a la Dirección del Hospital Nacional Hipólito Unanue, para la elaboración completa del estudio de investigación.

Por tratarse de un estudio retrospectivo no habrá contacto directo con las gestantes adolescentes; por ende, no será necesario un consentimiento informado, y la información será obtenida de las historias clínicas, dicha información será colocada en una ficha de recolección que ha sido elaborada por la investigadora y está codificada para evitar colocar los nombres y apellidos de las gestantes, salvaguardando de esta manera su identidad.

De llegar a una fase de publicación, los datos obtenidos serán manipulados solo por personal allegado a la investigación.

CRONOGRAMA

Pasos	2019			2020			
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
Redacción final del proyecto de investigación	X						
Aprobación del proyecto de investigación		X					
Recolección de datos			X	X			
Procesamiento y análisis de datos				X			
Elaboración del informe					X		
Correcciones del trabajo de investigación					X	X	
Publicación del artículo científico							X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Materiales de escritorio	300
Soporte especializado (investigador, asesor, digitador, estadístico, personal de recolección)	2300
Anillado y CD	250
Transcripción	200
Impresiones	250
Logística	500
Refrigerio y movilidad	130
Total	3930

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2009 junio; 87: 405-484.
2. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2018. Citado el 17 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
3. Mathai M, Sanghvi H, Guidotti RJ. Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto. Manual de manejo. Ginebra: OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente; 2003.
4. Organización Panamericana de la Salud. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. OMS/OPS; UNICEF; 2018. Report No.: ISBN: 978-92-75-11976-1.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Ginebra: OMS; 2011.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Diagnóstico de Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina 2017. Informe situacional. Lima: Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, Comisión Andina de Salud Integral del Adolescente; 2017.
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). "Estadísticas de los Hechos Vitales de la Población Adolescente en la Argentina". Informe estadístico. Argentina: UNICEF; 2018.
8. Gonzalez A. E. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2016; 81(5): 354-359.
9. Knudson Montoya I, Martínez Torres L. Causas de reincidencia de embarazos de las adolescentes asociados al conocimiento sobre los servicios en salud sexual y reproductiva entre barrios del Distrito de Cartagena, enero a julio 2013. Tesis de

- posgrado. Cartagena: Universidad de Cartagena, Facultad de Ciencias Económicas; 2013.
10. Calle Salazar EE. Percepción de los factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis de Maestría. Lima: Universidad de Ciencias Aplicadas, Escuela de Posgrado; 2015.
 11. Yauri Quispe YP. Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre-niño “San Bartolomé” durante el año 2014. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015.
 12. Tantera S, Hernández R, Flores E, Retamar A, Malisani L, Meritano J. Reincidencia de Embarazo Adolescente. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2017; 3(2): 106-118.
 13. Puerta Mas M. Factores que influyen en la reincidencia de embarazo adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal, mayo - junio 2017. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2017.
 14. Poma García VG. Reincidencia del Embarazo Adolescente como Factor de Riesgo de Morbilidad Materna en el Hospital Rezola de Cañete. Tesis de Grado. Lima: Universidad San Martín de Porres, Escuela Profesional de Obstetricia; 2016.
 15. Esteves Bermejo SN. Complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes Hospital Sergio E. Bernales Colli1que, octubre-diciembre 2014. Tesis de grado. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2015.
 16. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Online].; 2019 Citado el 18 de octubre de 2019. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
 17. Hospital Nacional Hipólito Unzué. Estadísticas HNHU. [Online].; 2018. Citado el 21 de octubre de 2019. Disponible en <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/oficina-de-estadistica/estadisticas/>.

18. Turgal M, Seven B, Icer B, Gultekin IB, Kucukozkan T. Is Multiparity in Adolescent Pregnancies Associated with Adverse outcome? *Gynecol Obstet Reprod Med*. 2018 marzo; 24(3): 124-128.
19. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. 2017.
20. Abass Mitwaly AB, El Saman AM. Maternal and Fetal ourcomes of First and second pregnancy in adolescents: a restrospective study. *Medical Journal of Obstetric and Gynecology*. 2016 april; 4(2): 1078-1084.
21. Cruz Díaz EA. Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a Noviembre 2015. Tesis de posgrado. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Hospital Alemán Nicaragüense; 2016.
22. Timur H, Topçu H, Kokanalı M, Topçu S, Erkılınç S, Uygur D, et al. Factors Affecting Perinatal Outcomes of Second Pregnancy of Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2015 Mayo.
23. Bravo Hinostroza P. Fcatores asociados al embarazo en Adolescentes y su reincidencia, Hospital de Ventanilla-Lima; enero a junio 2017. Tesis de Grado. Huaraz: universidad Nacional "Santiago Antúnez de Mayolo", Facultad de Ciencias Médicas; 2019.
24. Aparicio Ponce JR, Salcedo Hermoza ST. Complicaciones obstétricas en multigestas adolescentes. *Diagnóstico*. 2019 enero-marzo; 58(1): 17-23.
25. Siña Rivera RA. Fcatores de Riesgo en la Reincidencia de embarazo en las adolescentes atendiad en el Hospital "Santa Rosa" de Puerto Maldonado durante el año 2017. Tesis de grado. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La adolescencia: Una época de oportunidades. EE.UU: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2011; 2011.

27. Moreno A. La Adolescencia Barcelona: UOC; 2016.
28. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Online].; 2019. Citado el 18 de octubre de 2019. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
29. Borrás Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. Correo Científico Médico. 2014 enero-marzo; 18(1).
30. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Adolescencia: Manual clínico. Manual. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2012. Report No.: ISBN: 978-99967-684-0-8.
31. López Piedra JMGAJ, López Corral J. La sexualidad en la adolescencia. Fases, características, conflictos y sus afrontamientos. Trabajo de investigación. Artemisa, Cuba: Centro Provincial de Información, Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.
32. Afanador Castañeda HA. Concepciones sobre sexualidad en adolescentes y padres, a partir de psicodramas. Universidad Autónoma de Manizales. 2017 diciembre; 24(43): 87-108.
33. Ministerio de Salud del Perú. Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. Documento Técnico. Lima: MINSA, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral; 2017.
34. Penagos Velásquez GS. Cambios en la vida de los mujeres adolescentes a consecuencia de los embarazos y partos de sus hijas/os nacidos entre los años 2002 y 2004 en Medellín. Investigación. Medellín: Alcaldía de Medellín, Red de Prevención del Embarazo Adolescente en Medellín; 2007.
35. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Embarzo en Adolescentes y Niñas en el Perú. Informe epidemiológico. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA y del Instituto Peruano de Paternidad Responsable-INPPARES, Alerta N°1-2018 - Seguimeinto Concertado entre estado y Sociedad Civil/MCLCP; 2018.

36. Muñoz Bocanegra RA. Gestación adolescente como factor de riesgo para morbilidad obstétrica durante el perioso 2011-2013 en el Hospital Belén de Trujillo. Tesis de grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2015.
37. Toste ÁM, Hinojosa Álvarez MdC, al e. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011 setiembre- octubre; 49(3).
38. Poma V. Reincidencia del embarazo adolescente como factor de riesgo de morbilidad materna en el Hospital Rezola de Cañete, 201 Lima; 2018.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Titulo	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Embarazo adolescente reincidente y morbilidad materno perinatal. Hospital Hipólito Unanue 2018-2019	¿Cuál es la relación entre el embarazo adolescente reincidente y la morbilidad materno perinatal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre el 2018 y 2019?	<p>Objetivo general Determinar la relación entre embarazo adolescente reincidente y la morbilidad materno perinatal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue entre el 2018 y 2019.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar las comorbilidades maternas y perinatales. Establecer los grupos de embarazo adolescente reincidente y no reincidente según los criterios de inclusión. Relacionar el embarazo adolescente reincidente y no reincidente con la morbilidad materno perinatal.</p>	<p>Hi: El embarazo adolescente reincidente se relaciona significativamente con la morbilidad materno-perinatal. Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2018-2019.</p> <p>Ho: El embarazo adolescente reincidente no se relaciona significativamente con la morbilidad materno-perinatal. Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2018-2019.</p>	Observacional Analítico transversal, cohorte retrospectivo	<p>Población de estudio Gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre enero de 2018 a diciembre de 2019.</p> <p>Procesamiento de datos Se realizará la prueba Chi-Cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%.</p>	Ficha de recolección

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____

N° de ficha: ____

A. Datos maternos

Edad: _____ años

Grado de instrucción: Sin instrucción ()
Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa ()

Estado civil: Sin pareja () Con pareja () Conviviente ()

B. Embarazo adolescente reincidente: Sí () No ()

Número total de gestaciones: _____

Primigesta () Secundigesta () Multigesta ()

C. Morbilidad materna

Durante el embarazo		
Morbilidades	Sí	No
Anemia		
Amenaza de aborto		
Infección del tracto urinario		
Hipertensión inducida por el embarazo		
Oligoamnios		
Ruptura prematura de membranas		
Amenaza de parto pre término		
Otros		

Durante el parto		
Morbilidades	Sí	No
Trabajo de parto disfuncional		
Parto pre término		
Parto por vía cesárea		
Lesiones de canal vaginal		

Desgarros perineales		
Retención placentaria		
Otros		

Durante el puerperio		
Morbilidades	Sí	No
Anemia		
Infección del tracto urinario		
Atonía uterina		
Hemorragia puerperal		
Endometritis		
Infección de herida operatoria		
Otros		

D. Morbilidad perinatal

Morbilidades	Sí	No
Apgar bajo		
Bajo peso al nacer		
Prematuridad		
Óbito fetal		
Pequeño para edad gestacional		
Otros		

3. Formato de juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Sí	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello