

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA COMO
FACTOR DE RIESGO PARA BAJO PESO AL NACER**

AUTORA: Claudia Cecilia Muñoz García

ASESOR: Dr. René Alcántara Ascón

TRUJILLO – PERU

2017

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. DANIEL JUGO TORRES
PRESIDENTE

Dr. RAVELO PELAEZ RODRIGUEZ
SECRETARIO

Dr. HUGO VICUÑA RIOS
VOCAL

Dr. RENÉ AUGUSTO ALCÁNTARA ASCÓN
ASESOR

DEDICATORIA

A mis padres Víctor Hugo e Ynés por haber depositado su confianza en mí y haberme dado la oportunidad de cumplir uno de mis sueños.

A mí querida abuelita Rogelia por haber estado presente en cada uno de mis viajes y recibirme con la misma alegría y entusiasmo como si fuera el primer día.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme una familia maravillosa y por permitirme vivir y disfrutar este momento.

A mis padres por su amor incondicional.

A mis hermanos Víctor Raúl y Andrea Carolina por su cariño.

Al doctor René Augusto Alcántara Ascón quien tuvo la gentileza de ser mi asesor de tesis y de brindarme sus enseñanzas a lo largo de mi formación profesional.

RESUMEN

Objetivo: Establecer si el embarazo en la adolescencia temprana es un factor de riesgo para bajo peso al nacer.

Material y método: Se realizó una investigación observacional de casos y controles en 255 recién nacidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2010 a 2015. El grupo de casos lo conformaron 85 recién nacidos con bajo peso y el grupo control 170 recién nacidos con peso adecuado. Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS 23. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, se calculó el OR como la medida de asociación, con un IC del 95% y un test de Chi cuadrado para contrastar la hipótesis, y suponiendo que $p < 0.05$ la diferencia es estadísticamente significativa.

Resultados: Al asociar el embarazo en la adolescencia temprana al bajo peso al nacer no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.4431$; OR = 1.32; IC del 95%, 0.73 – 2.39, $\chi^2 = 0.593$).

Conclusión: No hay asociación entre el embarazo en la adolescencia temprana y el bajo peso al nacer.

Palabras Claves: Embarazo en la adolescencia temprana; bajo peso al nacer.

ABSTRACT

Objective: To establish if pregnancy in early adolescence is a factor of risk for a low birth weight.

Materials and methods: Observational case-control research was carried out on 255 newborns at “Hospital Belén de Trujillo” from 2010 to 2015. The group of cases was comprised of 85 low birth weight newborns and the control group of 170 newborns with suitable weight.

The data were processed using the statistical program “SPSS 23”. A descriptive analysis of data was performed, the OR was calculated as the association measure, with an IC of 95% and a Chi square test to verify the hypothesis and assuming that $p < 0.05$, the difference is statistically significant

Results: There is no association statistically significant between low birth weight and early adolescence pregnancy ($p = 0.4431$; OR = 1.32; IC del 95%, 0.73 – 2.39, $\chi^2 = 0.593$).

Conclusion: There is no association between the early adolescence pregnancy and the low birth weight.

Key Words: Early adolescence pregnancy; low birth weight.

INDICE

| | |
|--------------------------------------|----|
| DEDICATORIA..... | 4 |
| AGRADECIMIENTO..... | 5 |
| RESUMEN..... | 6 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| INDICE..... | 8 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| II. MATERIAL Y MÉTODO..... | 16 |
| III. RESULTADOS..... | 24 |
| IV. DISCUSIÓN..... | 30 |
| V. CONCLUSIONES..... | 33 |
| VI. RECOMENDACIONES..... | 34 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 35 |
| ANEXOS..... | 38 |

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Teórico

El peso al nacer es sin duda el factor pronóstico más importante para que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo satisfactorio a lo largo de su vida, por tal motivo se considera a la tasa de bajo peso un indicador general de salud (1).

La definición de bajo peso al nacer (BPN) según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el peso del recién nacido (RN) menor de 2500 gr independientemente de su edad gestacional y es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, sobre todo de la neonatal (2,3); debido a la relación directa que existe entre el bajo peso y la morbimortalidad infantil, se plantea que la mortalidad infantil es 40 veces mayor en los recién nacidos de bajo peso que en aquellos nacidos con peso normal y a término, aumentando esta cifra a 200 veces en aquellos niños con un peso menor de 1 500g (4).

La OMS (4,5) manifiesta que uno de cada 6 niños nace con bajo peso, llegando a más de 20 millones de nacimientos cada año, lo que equivale al 17% de todos los nacimientos del mundo. Más del 96% de estos nacimientos ocurren en el mundo en desarrollo, lo cual demuestra que está asociado con las condiciones socioeconómicas de pobreza (1).

Con respecto a la incidencia de BPN, existen grandes variaciones entre regiones (1). En Estados Unidos llegó hasta 7%, Reino Unido 6%, España 5%, Finlandia, Islandia, Lituania 4% y Suecia 3,6%. Situación contraria a la que se vive en naciones en vías de desarrollo como en Guatemala donde las cifras fueron alrededor del 40%, en algunas regiones de la India y Bangla Desh 50% (6).

Las proporciones más altas de bajo peso al nacer corresponden a Asia meridional 74% y a África subsahariana 65% (1). Según el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el 2009 la incidencia de bajo peso al nacer en el Perú fue del 10% (7).

La incidencia de BPN a nivel de los hospitales del Ministerio de Salud del Perú se encuentra en el promedio latinoamericano y se debe al deficiente estado de nutrición materna, bajo estado socioeconómico y padecimientos maternos asociados (7). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011 (8) en el Perú el 12.5% de las adolescentes

ya es madre entre los 15 a 19 años ⁽⁷⁾. A pesar de los logros alcanzados en el sistema de salud peruano, el BPN sigue siendo un problema en nuestro país (7).

El BPN ha constituido un enigma para la ciencia a través del tiempo y el tratar de descifrarlo sigue siendo un reto (9); se han realizado numerosas investigaciones acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provoca (10). Todas las investigaciones coinciden en reconocer que su causa es multifactorial, y que la prevención primaria consiste en la identificación y corrección de los factores de riesgo (11).

El conocimiento de estos factores de riesgo y su repercusión pueden servir como punto de partida para la implementación de un programa de detección y prevención del BPN, basado en la educación masiva (11).

Los factores de riesgo del BPN más identificados en las investigaciones son: la infección vaginal durante el embarazo, los antecedentes de abortos provocados y la mala nutrición materna (5). Otro de los factores predisponentes a tener en cuenta lo constituye la edad materna, debido a que se ha demostrado que por debajo de los 20 años los órganos femeninos no han alcanzado la madurez total que le permita llevar a término la gestación con el menor riesgo (1). Dos grandes entidades con diferentes causas y pautas de manejo contribuyen a su aparición: el nacimiento pretérmino, aquel que ocurre antes de las 37 semanas de la gestación y la restricción del crecimiento intrauterino, donde el peso del recién nacido se encuentra por debajo del estimado como normal a la edad del nacimiento (7,12).

Los avances en la atención médica neonatal han reducido considerablemente la tasa de mortalidad asociada con el BPN (1). Sin embargo este hecho sigue siendo importante, ya que se ha demostrado que aquellos niños que nacen con bajo peso y sin secuelas aparentes, en un 10 – 20% de los casos se detectan problemas posteriormente en sus años escolares (13) tales como retraso mental, problemas de aprendizaje, parálisis cerebral, pérdida de la vista y audición, además de alteraciones del sistema inmunológico y a tener, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías (1). Aún se desconoce qué tan bajo debe ser el peso al nacer para contribuir a estos trastornos en la adultez (1). Todo lo anterior justifica la necesidad de brindar mejores condiciones al recién nacido (10).

En Julio del 2013 la Organización Mundial de la Salud llevó adelante una campaña a nivel mundial para disminuir el embarazo en la adolescencia, señalando que cerca de 16 millones de adolescentes se embarazan y paren cada año, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos, concluyendo que la muerte fetal y neonatal son 50 % mayores en madres niñas o adolescentes que entre mujeres de 20 a 29 años y es más probable el bajo peso al nacer (14).

Para la OMS adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica (15–17). Sus límites han sido fijados entre los 10 y 19 años (16–18). Así mismo a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas, con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo: 1. Adolescencia temprana aquella comprendida entre los 10 a 14 años, 2. Adolescencia media entre los 15 y 16 años y 3. Adolescencia tardía entre los 17 y 19 años (17).

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados (18). Un porcentaje amplio ya tiene actividad sexual, y los países están tratando cada vez más de abordar la controvertida cuestión de la educación sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR) (19).

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, (18) y tiende a ser una consecuencia derivada de las dificultades que hay en el acceso a la información sobre sexualidad y los métodos anticonceptivos; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento (19).

La mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas, sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años (19).

El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias de salud, psicológicas, sociales y económicas (20), tales como un menor nivel de escolaridad, mayor número de hijos y aumento de la probabilidad de casarse más de una vez (21), que afectan a la futura madre,

su pareja y al bebé (20). Esto se debe a la inmadurez biopsíquica que caracteriza la edad (22).

Los adolescentes son un sector de la población que tiene un riesgo reproductivo elevado, y si está asociado un embarazo el riesgo es superior, pudiendo desarrollar la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto pretérmino y una nutrición insuficiente (20,23,24).

1.2. Antecedentes

Llama la atención el impacto de la malnutrición materna en la población de adolescentes embarazadas, según Pérez Sánchez (25) en un estudio de seguimiento inicial en 1990, se encontró que el 19.4% se clasificó como enflaquecidas al momento del parto y el 15% de los recién nacidos de este grupo tuvo bajo peso al nacer, lo cual es 5 veces más que la frecuencia de niños de bajo peso en las adolescentes con nutrición normal.

En el año 2000 Gonzáles Hernández y col (26) realizaron un estudio descriptivo y comparativo con todas las madres adolescentes (menores de 20 años) y sus hijos nacidos en el Hospital Gineco Obstétrico de Guanabacoa durante 1995 a 1997, grupo de estudio ($n = 78$), el grupo comparativo estuvo conformado por gestantes entre 20 y 34 años ($n = 108$). En el estudio se observó que el 10,3% del grupo de estudio tuvo recién nacidos con bajo peso, ante el 0,9% de las mujeres en edades óptimas para la gestación. Resultado muy significativo $p < 0,001$; $RR = 12,88$ $IC (1,65 < RR < 100,4)$.

Estudios publicados por Pérez (27) en el 2001 en Cuba reporta embarazos en la adolescencia y su relación con el recién nacido de bajo peso, una investigación retrospectiva realizada en el Policlínico Comunitario “Ernesto Guevara de la Serna” durante 1994 a 1998, la muestra estuvo constituida por 90 embarazadas adolescentes, de ellas 12 era menores de 16 años para el 14% y 39 tenían entre 16 -17 y 18 – 19 respectivamente para el 43% en ambas. Al realizar el análisis se encontró que de las 90 adolescentes el 18% presentaron recién nacidos con bajo peso (16).

En otro estudio descriptivo de corte transversal publicado en el 2001 por Verdura (28) en Argentina halló que del total de partos registrados (1 668) el 24% correspondió a madres adolescentes (394) y de todas las madres adolescentes el 15% tuvieron bebés con bajo peso

al nacer, concluyendo que del total de hijos de madres adolescentes un amplio porcentaje fueron de recién nacidos de bajo peso al nacer.

Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer es el título de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de serie de casos publicado el 2011 por San José Pérez y col (12) durante el periodo comprendido de enero 2005 a diciembre del 2010 en cuya muestra se incluyó a 62 recién nacidos con bajo peso. Al realizar el análisis estadístico se observó que del total de 62 casos el 22,58% nacieron de madres menores de 20 años.

En el 2014 Gabinda y col (5) publicaron un estudio observacional de casos y controles de pacientes atendidos en el Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado” de Pinar del Río durante Enero a Junio del 2010, la muestra estuvo conformada por 360 gestantes, el grupo de casos incluyó a mujeres que tuvieron un recién nacido con un peso inferior a 2 500 gramos (n = 120) y el grupo control incluyó a aquellas que tuvieron a un recién nacido con peso superior o igual a 2 500 gramos (n = 240). Al realizar el análisis se encontró que del grupo de estudio el 22,5% nacieron de madres adolescentes comparado con el 19,6% del grupo control con un Odds Ratio (OR: 1,19) y un intervalo de confianza (IC 95%), no encontrándose diferencias significativas, pese a ello, los hijos de madres adolescentes tuvieron 1,19 veces más probabilidades para que sus hijos desarrollen bajo peso al nacer.

En el año 2014 Veloso et al (29) publicaron un estudio tipo cohorte sobre las tendencias y factores asociados del bajo peso al nacer en el noreste de Brasil, para ello utilizaron los datos del registro de nacimiento, en el estudio fueron incluido 2 426 nacimientos en los años 1997/98 y 5 040 en el 2010. Encontraron que el bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento intrauterino y las tasas de nacimientos prematuros no fueron diferentes entre las dos cohortes. A pesar de esto, los datos del registro de nacimiento mostraron una tasa de BPN creciente hasta el 2001. Se observó una reducción significativa el porcentaje de madres adolescentes. Las variables asociadas con el BPN en 1997/98 fueron la edad materna (<18 años), el tabaquismo materno durante el embarazo y la primiparidad.

La revisión de la literatura nos remonta a un estudio longitudinal prospectivo del tipo cohorte publicado el 2015 por Salvador (30) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en 1992 a 1994 en donde se clasificó a la muestra en 3 grupos: grupo 1: adolescencia temprana (10 - 15 años), grupo 2: adolescencia tardía (16 – 19 años) y grupo 3: madre sin riesgo por edad

(20 – 35 años). En el periodo de estudio se atendió 12 657 partos de los cuales 116 eran adolescentes tempranas (0,9%), 1 802 adolescentes tardías (14,2%) y 9 808 tenían edades entre 20 – 35 años (77,5%). Al analizar el bajo peso al nacer su presencia fue del 14,2% en las adolescentes tempranas (16), del 8,2% en adolescentes tardías (147) y del 7,0% en madres de edad adecuada (680), es así que en la adolescencia temprana se determinó riesgo con significancia estadística con un valor de $p < 0,05$ para bajo peso al nacer.

Dada esta situación, la atención a la adolescente embarazada y futura madre, debe ser vital para garantizar el desarrollo del proceso madre e hijo (20).

1.3. Justificación

El incremento de los índices de maternidad adolescente es un motivo de preocupación y lo más alarmante es que se produce cada vez a edades más tempranas. A la maternidad en la adolescencia temprana se le asocia su inmadurez biológica y emocional que determina que sus órganos reproductores no hayan alcanzado su pleno desarrollo lo cual significa riesgos para la salud de la madre y la del niño.

La investigación es **conveniente** (31) debido a que nos sirve para tomar conciencia acerca de las consecuencias que tiene embarazo en la adolescencia temprana en el recién nacido, haciendo énfasis en la prevención de éstos y con ello disminuir la frecuencia de trastornos del desarrollo.

La investigación tiene **relevancia social** (31) ya que a partir de nuestros resultados se podrán llevar a cabo más investigaciones y de esta manera evaluar los riesgos que trae consigo un embarazo en la adolescencia temprana. Las personas que se beneficiarán de ella será la población en general.

Además tiene **valor teórico** (31) debido a que la mayoría de los estudios se enfocan en la etapa adolescente (10 – 19 años) y son pocos los que especifican la adolescencia temprana y su relación con el bajo peso al nacer.

1.4. Problema

¿Es el embarazo en la adolescencia temprana un factor de riesgo para bajo peso al nacer?

1.5. Hipótesis

1.5.1 H₀: El embarazo en la adolescencia temprana no es un factor de riesgo para bajo peso al nacer.

1.5.2 H₁: El embarazo en la adolescencia temprana es un factor de riesgo para bajo peso al nacer.

1.6. Objetivos

1.6.1 General:

- Establecer si el embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo para bajo peso al nacer.

1.6.2 Específicos:

1. Determinar la incidencia de embarazos en la adolescencia temprana.
2. Determinar la incidencia de bajo peso al nacer.
3. Determinar la incidencia de bajo peso al nacer en embarazos en la adolescencia temprana.
4. Determinar si existe una asociación entre el embarazo en la adolescencia temprana y el bajo peso al nacer.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Población de estudio

2.1.1 Población Diana o Universo: Todas las historias clínicas y carnés perinatales de los recién nacidos de mujeres de 10 – 25 años atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2010 – 2015.

2.1.2 Población de Estudio: Todas las historias clínicas y carnés perinatales de los recién nacidos de mujeres de 10 – 25 años atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2010 – 2015 que cumplan con los criterios de selección propuestos para este estudio.

2.2. Criterios de Selección

2.2.1. Criterios de inclusión:

- **Definición de Caso:**

- Recién nacidos con peso mayor a 1 500 gr y menor a 2 500 gr.
- Recién nacidos con bajo peso con historias clínicas completas.

- **Definición de Control:**

- Recién nacidos con peso mayor o igual a 2 500 gr y menor a 4 000 gr.
- Recién nacidos sin bajo peso con historias clínicas completas

2.2.2. Criterios de exclusión:

- Recién nacidos de mujeres cuyas edades sean mayores de 25 años.
- Recién nacidos atendidos en otros hospitales.
- Recién nacidos de gestación gemelar.
- Óbito Fetal
- Historias clínicas con letras ilegibles.

2.3. Muestra

2.3.1. Unidad de análisis: Historias clínicas y carnés perinatales de los pacientes seleccionados que cumplan los criterios de inclusión atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2010 a 2015.

2.3.2. Unidad de muestreo: Historias clínicas y carnés perinatales de los pacientes seleccionados que cumplan los criterios de inclusión atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2010 a 2015.

2.3.3. Tamaño muestral:

Para su cálculo se utiliza la fórmula para casos y controles (32).

$$n = \left(\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1-P)(1+r)}{r(p_1 - p_2)^2} \right)$$

$$P = \frac{p_1 + rp_2}{1+r}$$

Donde se tienen los siguientes parámetros:

- a) $Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.96$ Para una seguridad total del 95% ($\alpha = 0.05$).
- b) $Z_{\beta} = 0.84$ Para una seguridad de la prueba del 80% ($\beta = 0.20$).
- c) $p_1 = 0.21$ Proporción de niños con bajo peso al nacer de madres adolescentes.
- d) $p_2 = 0.085$ Proporción de niños con bajo peso al nacer de madres adultas.
- e) $r = 2$ Razón de controles a casos.

$$P = \frac{p_1 + rp_2}{1+r}$$

$$P = \frac{0.21 + 2(0.085)}{1+2}$$

$$P = \frac{0.21 + 0.17}{3}$$

$$P = 0.13$$

Luego:

$$n = \left(\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1 - P) (1 + r)}{r (p_1 - p_2)^2} \right)$$

$$n = \left(\frac{(1.96 + 0.84)^2 (0.13)(0.87) (3)}{2 (0.21 - 0.085)^2} \right)$$

$$n = \left(\frac{(2.8)^2 (0.3393)}{2 (0.125)^2} \right)$$

$$n = \left(\frac{(7.84) (0.3393)}{2(0.015625)} \right)$$

$$n = \left(\frac{2.660112}{0.03125} \right)$$

$$n = 85$$

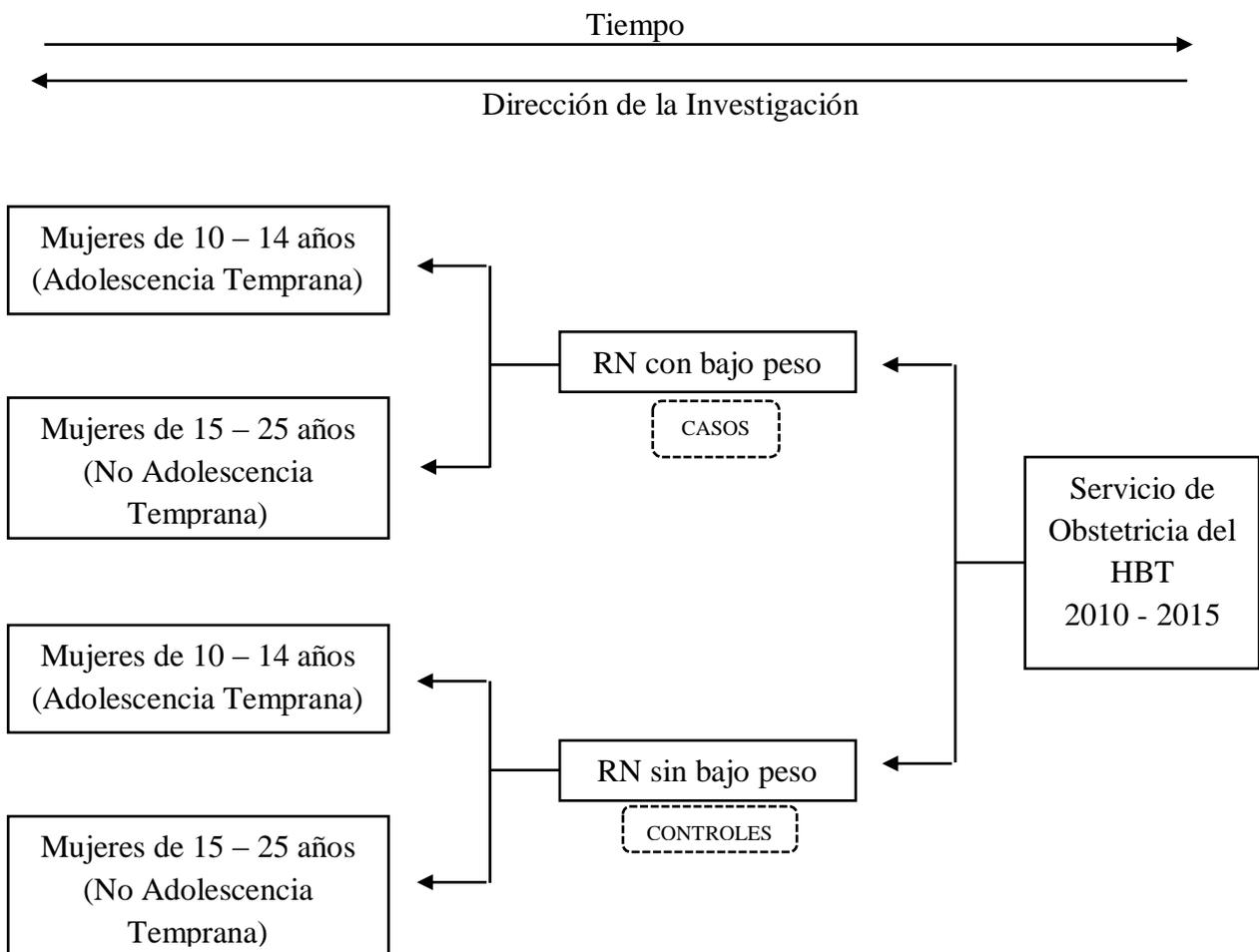
Por tanto:

- El grupo de casos lo conformaron **85** recién nacidos de bajo peso y el grupo control **170** recién nacidos sin bajo peso.
- La muestra fue seleccionada aleatoriamente hasta completar el número correspondiente a cada grupo.

2.4. Diseño del estudio

2.4.1. Tipo de estudio: Estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico, Casos y Controles (33).

2.4.2. Diseño específico



2.5. Variables y Operacionalización de Variables

2.5.1. Variables.

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADOR | ÍNDICE | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--|--|---|--|--------|------------------|--------------------|
| Embarazo en la adolescencia temprana Independiente | Es el embarazo que se produce entre los 10 y 14 años. | Se tomará a la edad de la madre entre: 10 – 14 años | 10 – 14 años 15 – 25 años | Sí/No | Cualitativa | Nominal |
| Bajo Peso al Nacer Dependiente | Según la OMS es el peso del recién nacido mayor de 1500 gr y menor de 2500 gr. | Se tomará al peso del recién nacido entre: >1500 y < 2500g | Peso del RN: >1500 y < 2500g Peso del RN: ≥2500 y < 4000g | Sí/No | Cualitativa | Nominal |

2.6. Procedimiento

1. Se presentó una solicitud al Director del Hospital Belén de Trujillo solicitando aprobación e inscripción del proyecto de investigación, adjuntando una copia del proyecto. (**Anexo 1**)
2. Una vez obtenida la autorización me dirigí al Departamento de estadística del mencionado nosocomio y seleccioné las historias del Servicio de Obstetricia que se encontraban en el periodo de trabajo.
3. Se realizó la distribución de las Historias Clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión por medio de muestreo aleatorio simple; según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio.
4. Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaron en la Ficha de recolección de datos (**Anexo 2**).
5. Dicha Ficha estuvo dividida en 4 partes, y estos a su vez divididos en ítems tales como:
 1. Filiación: dentro de la cual se incluyeron iniciales y número de historia clínica.
 2. Bajo peso en la cual el tipo de respuesta fue de opción dicotómica sí y no.
 3. Embarazo en la adolescencia temprana en la cual el tipo de respuesta fue de opción dicotómica sí y no.Y finalmente la 4° parte se refirió a Datos adicionales como: lugar de residencia que pudo ser local o foránea, nivel de estudios que pudo ser analfabeta, primaria, secundaria o superior, convivencia que pudo ser soltera, casada o con pareja y sexo del recién nacido.
6. Se continuó con el llenado de la Ficha de recolección de datos hasta completar el tamaño muestral en ambos grupos de estudio.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó la técnica documental para lo cual los datos fueron reportados en una ficha de recolección de datos elaborada por la autora en base a los objetivos propuestos.

2.8. Procesamiento y análisis estadístico

Los datos recolectados de las Historias Clínicas fueron registrados en la ficha de recolección de datos y posteriormente fueron almacenados en una base de datos creada en el sistema Excel y se procesaron utilizando el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.

4.8.1 Estadística Descriptiva

Los resultados son presentados en cuadros de doble entrada con número de casos en valores absolutos y relativos porcentuales.

Para facilitar la comprensión de algunos resultados se elaboraron gráficos de barras.

4.8.2 Estadística Analítica

Se aplicó la prueba χ^2 para determinar si existe asociación entre los factores propuestos.

La asociación fue significativa si el valor de p es $< 0,05$.

Para determinar el nivel de asociación entre los factores propuestos se calculó el *Odds Ratio* (OR) puntual e interválico, con una confianza del 95%.

Si el *Odds Ratio* (OR) fue > 1 y el Intervalo de Confianza comprendió valores > 1 ante el factor propuesto se consideró factor de riesgo.

4.8.3 Estadígrafo (34)

| | | Evento | |
|--|----|--------------|---------------------|
| | | Casos BPN | Controles No BPN |
| Exposición | | | |
| Embarazo en la adolescencia temprana | Sí | A | B |
| | No | C | D |

Odds de enfermedad en expuestos: a/b

$$\text{Odds ratio: } \frac{\frac{a}{c}}{\frac{b}{d}} = \frac{a \times d}{c \times b}$$

Odds de enfermedad en no expuestos: c/d

2.9. Consideraciones éticas

Aunque el presente trabajo de investigación no fue experimental se tomó en cuenta varias de las consideraciones éticas que fueron alcanzables.

El trabajo contó con la autorización del comité de Tesis y Dirección del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Además se realizó respetando los lineamientos de **La declaración de Helsinki II** (35) Numerales 7, 9, 11 y 12 sobre las recomendaciones que existen en una investigación científica.

Según la **Ley General de Salud del Perú 1997 N° 26842, Artículo 25** (36) tuvimos en cuenta que toda la información que se obtiene relativa al acto médico tiene carácter reservado y confidencial.

A la par; considerar que según el **Colegio Médico del Perú en el Artículo 48** (37) nosotros daremos a conocer la información proveniente de nuestra investigación.

III. RESULTADOS

En la **Tabla 01**, se muestran las características sociodemográficas de la madre y su relación con el recién nacido de bajo peso.

En cuanto al lugar de residencia, cabe resaltar que un 69.4% de los casos fueron locales, y un 30.6% eran foráneas. En los controles se clasificó como local el 79.4% de la muestra y el 20.6% como foránea. Al analizar se obtuvo un valor de $p = 0.107$ concluyéndose que no hay significancia estadística. ($X^2 = 2.56$, OR = 0.59)

Además se observa los resultados del nivel de estudios, en el grupo de los casos no existieron madres analfabetas, se encontró que el 34.1% tenían primaria, el 56.5% secundaria y el 9.4% superior. En el grupo de los controles se evidenció que el 2.9% eran analfabetas, el 28.2% tenían primaria, el 56.5% secundaria y el 12.4% superior. Encontrándose un valor de $p = 0.31$ con lo cual se demuestra que no hay significancia estadística. ($X^2 = 3.58$)

Así mismo se observa que tanto en el grupo de los casos como de los controles el 29.4% fueron solteras y el 70.6% casadas o convivientes. Al analizar el estado civil y su relación con el bajo peso al nacer se encontró un $p = 0.884$ con lo que se descarta que exista significancia estadística. ($X^2 = 0.021$)

Se muestran las características del sexo del recién nacido, en el grupo de los casos el 47.1% fue masculino y el 52.9% femenino. En el grupo de los controles el 50.6% fue masculino y el 49.4% femenino. Al analizarlo se encontró un valor de $p = 0.69$, concluyendo que no hay significancia estadística. ($X^2 = 0.159$, OR = 0.86)

Entre el 2010 y 2015 se atendieron 22 945 partos, de los cuales 207 (0.9%) correspondieron a madres en la adolescencia temprana. (**Tabla 02**)

En el periodo de estudio de un total de 23 695 recién nacidos, 2 103 (8.9%) neonatos presentaron bajo peso al nacer. (**Tabla 03**)

En el periodo de estudio de un total de 2103 recién nacidos con bajo peso al nacer, 207 (9.8%) fueron de madres en la adolescencia temprana. (**Tabla 04**)

En la **Tabla 05 y Gráfico 01**, se observa que 28.2% de los recién nacidos con bajo peso fueron de madres en la adolescencia temprana y el 71.8% de madres entre 15 y 25 años. En el grupo de los controles se encontró que el 22.9% fueron de madres en la adolescencia temprana y el 77.1% de madres entre 15 y 25 años. Al realizar el análisis se obtuvo un valor $p = 0.4431$, con lo cual demostramos que no existe significancia estadística ($X^2 = 0.593$, OR = 1.32, OR 95% (0.73 - 2.39))

Tabla 01: Características sociodemográficas de la madre y su relación con el bajo peso al nacer

| Características sociodemográficas | BPN | No BPN | χ^2 | p |
|-----------------------------------|------------|-------------|----------|-------|
| Residencia | | | | |
| Local | 59 (69.4%) | 135 (79.4%) | 2.56 | 0.107 |
| Foráneo | 26 (30.6%) | 35 (20.6%) | | |
| Estudios | | | | |
| Analfabeta | 0 (0%) | 5 (2.9%) | 3.58 | 0.31 |
| Primaria | 29 (34.1%) | 48 (28.2%) | | |
| Secundaria | 48 (56.5%) | 96 (56.5%) | | |
| Superior | 8 (9.4%) | 21 (12.4%) | | |
| Estado civil | | | | |
| Soltera | 25 (29.4%) | 50 (29.4%) | 0.021 | 0.884 |
| Casada o Conviviente | 60 (70.6%) | 120 (70.6%) | | |
| Sexo del RN | | | | |
| Masculino | 40 (47.1%) | 86 (50.6%) | 0.159 | 0.69 |
| Femenino | 45 (52.9%) | 84 (49.4%) | | |

Tabla 02: Incidencia de embarazos en la adolescencia temprana

| Año | Partos | Embarazos en la adolescencia temprana | Incidencia (%) |
|-------------|--------|---------------------------------------|----------------|
| 2010 - 2015 | 22945 | 207 | 0.9 |

Tabla 03: Incidencia de bajo peso al nacer

| Año | RN | BPN | Incidencia (%) |
|------------|-------|------|----------------|
| 2010 -2015 | 23695 | 2103 | 8.9 |

Tabla 04: Incidencia de bajo peso al nacer en embarazos en la adolescencia temprana

| Año | BPN | Embarazos en la adolescencia temprana | Incidencia (%) |
|------------|------|---------------------------------------|----------------|
| 2010 -2015 | 2103 | 207 | 9.8 |

Tabla 05: Embarazo en la adolescencia temprana y su relación con el bajo peso al nacer

| Embarazo en la adolescencia temprana | Bajo Peso al Nacer | | | | Total |
|---|--------------------|---------------|----------------------|------|-------|
| | Si (n=85) | | No (n=170) | | |
| | Nro. | % | Nro. | % | |
| Si | 24 | 28.2 | 39 | 22.9 | 63 |
| No | 61 | 71.8 | 131 | 77.1 | 192 |
| | | $X^2 = 0.593$ | $p = 0.4431$ | | |
| | | OR = 1.32 | OR 95% (0.73 - 2.39) | | |

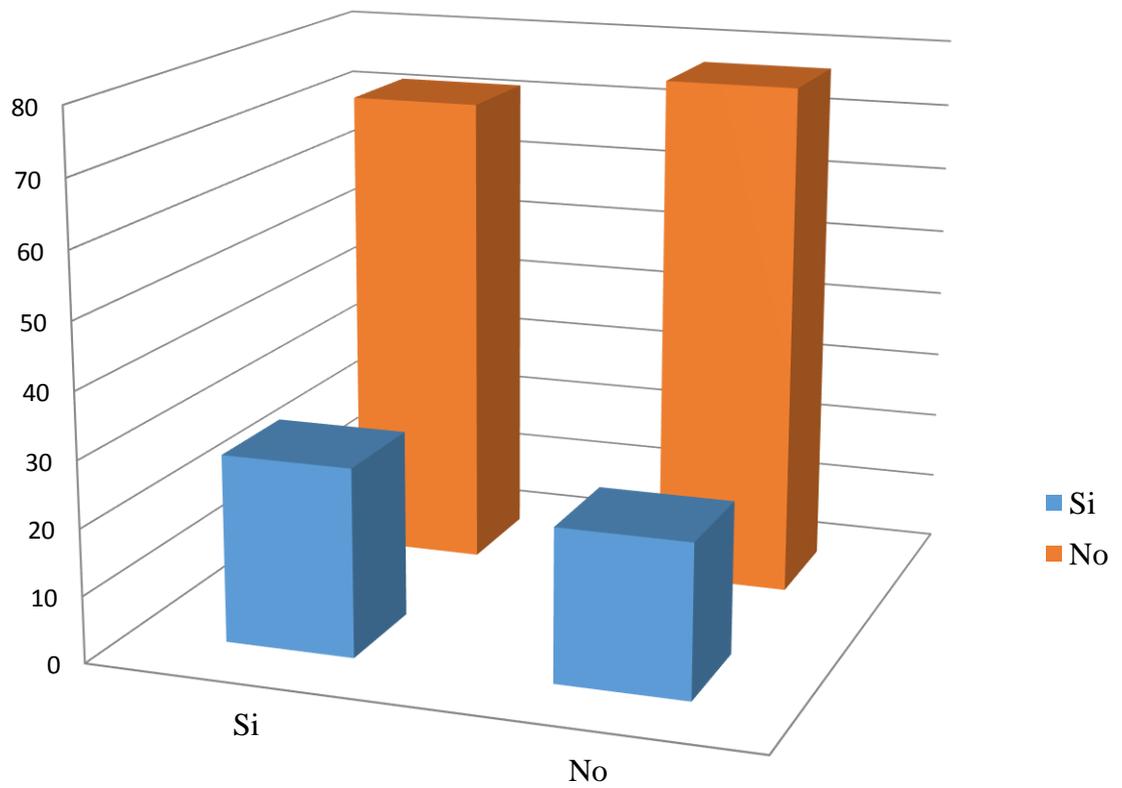


Gráfico 01: Embarazo en la adolescencia temprana y su relación con el bajo peso al nacer

IV. DISCUSIÓN

Para justificar que la muestra sea homogénea se estudió las características sociodemográficas de la madre y su relación con el recién nacido de bajo peso, al analizar el lugar de residencia no encontramos resultados estadísticamente significativos que se relacionen con el bajo peso al nacer ($p = 0.107$; $OR = 0.59$; $X^2 = 2.56$) pero encontramos que en los dos grupos predominaron los que provenían del distrito de Trujillo (local), resultados que probablemente se deban a la accesibilidad que tienen esta población al Hospital Belén, ya que es menos probable que gestantes de otros distritos lleguen a nuestro hospital para atender su parto.

En relación con el nivel de estudios y su relación con el bajo peso al nacer no mostró asociación estadística ($p = 0.31$; $X^2 = 3.58$), resultado que es similar a lo encontrado por Gabinda y col(5). Los mayores porcentajes correspondieron al nivel secundaria coincidiendo el 56.5% en el grupo de estudio y grupo control.

En relación al estado civil tampoco encontramos significancia estadística ($p = 0.884$; $X^2 = 0.021$) y encontramos un resultado igual en ambos grupos, predominando el estado civil casada o conviviente con un 70.6% en ambos grupos.

Al asociar el sexo del bebé con el bajo peso al nacer no se encontró significancia estadística ($p = 0.69$; $OR = 0.86$; $X^2 = 0.159$) pero predominaron los de sexo femenino con un 52.9% en el grupo de los casos y el sexo masculino con un 50.6% en el grupo de los controles.

La adolescencia temprana constituye un periodo de la vida de muchos cambios físicos, mentales, emocionales y sociales.

De los resultados obtenidos a partir de la casuística estudiada, observamos que la cifra encontrada para la incidencia de embarazos en la adolescencia temprana (0.9%) es similar a la obtenida por Salvador (30) realizada en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en la cual durante el periodo de estudio se atendió 12 657 partos, 116 eran adolescentes tempranas (0.9%).

Resultados que discrepan con lo encontrado en el estudio de Romano (38), en donde la incidencia de embarazos de madres adolescentes fue del 20.9%, esta diferencia tan marcada quizás se deba a la muestra tomada, ya que en nuestro estudio sólo calculamos la incidencia

de madres entre 10 y 14 años, y no de la adolescencia en general (10 – 19 años) como lo hizo Fidel Romano.

El bajo peso al nacer es una de las causas más importantes de mortalidad neonatal. La tasa de incidencia de bajo peso al nacer (8.9%) discrepa con el 9.8% encontrado en el estudio de Ticona Rendón (7) al analizar 3563 recién nacidos en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2007, de los que 349 presentaron bajo peso al nacer.

En los dos grupos (estudio y control) predominaron las pacientes con edades comprendidas entre 15 y 25 años, para el 71.8% y el 77.1% en el grupo de casos y controles respectivamente.

En cuanto a la incidencia de bajo peso al nacer en embarazos en la adolescencia temprana se obtuvo el 9.8%.

Al asociar el embarazo en la adolescencia temprana al bajo peso al nacer no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.4431$; OR = 1.32; IC del 95%, 0.73 – 2.39), se encontró que en el grupo de estudio el 28.2% nacieron de madres en la adolescencia temprana comparadas con el 22.9% del grupo control, resultado que coincide con el encontrado por Gabinda y col (5), quienes al realizar el análisis encontraron que del grupo de estudio el 22.5% nacieron de madres adolescentes comparado con el 19.6% del grupo control con un Odds Ratio (OR: 1,19) y un intervalo de confianza (IC 95%), no encontrándose diferencias significativas, pese a ello, los hijos de madres adolescentes tuvieron 1,19 veces más probabilidades que sus hijos desarrollen bajo peso al nacer.

Resultados que además se asemejan a los publicados por Romano (38) en donde en el grupo de adolescentes se encontró que el 8.27% presentó bajo peso al nacer comparado con el 8.57% encontrado en el grupo control, no encontrándose diferencia significativa.

En otro estudio publicado por Pérez Neto (39) avala lo anteriormente comentado en donde el 10.1% de madres adolescentes (10 – 19 años) tuvo recién nacidos con bajo peso y del total de madres adultas (20 – 35 años) el 8.6% tuvo recién nacidos con bajo peso, concluyendo que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la frecuencia de bajo peso al nacer.

Resultados semejantes a lo publicado por Nazario Redondo y col (8), quienes encontraron que el grupo de adolescentes el 6.8% presentó bajo peso al nacer comparado con el 5.8% del grupo de madres de 20 – 29 años, no encontrándose diferencia significativa ($p = 0.05$).

Sin embargo el estudio publicado por Periquet Meriño y col (10) discrepa con estos resultados, ya que al realizar el análisis según edad materna se encontró que predominaron las menores de 20 años, 115 gestantes adolescentes lo que representa el 47.5%, lo cual constituyó un factor de riesgo para el bajo peso al nacer por la inmadurez del sistema reproductor entre otros riesgos.

Dorta y Col (16) encontraron resultados similares, en las gestantes adolescentes de 14 a 19 años, el 21.9% tuvo bebés con bajo peso al nacer, en el grupo de gestantes mayores de 20 años, el 8.5% tuvo bajo peso al nacer, concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre el embarazo en edades tempranas y el bajo peso al nacer ($p < 0.01$; OR = 3.03; IC del 95%, 1.95 – 4.71).

Debido a que los estudios anteriormente citados asocian la adolescencia (10 a 19 años) con el bajo peso al nacer, y teniendo en cuenta que nuestra variable es la adolescencia temprana y a los pocos estudios hechos en esta población, es que con los resultados obtenidos discrepamos con lo encontrado por Ganchimeg et al(40), quienes encontraron el 14.6% de bajo peso al nacer en mujeres con edad $< e = a$ 15 años (OR = 1.21, IC 95% = 1.01 – 1.37) con un valor de $p < 0.05$, encontrándose una asociación estadísticamente significativa. Semejante a lo encontrado por Salvador (30), quien al analizar el bajo peso al nacer su presencia fue del 14.2% en las adolescentes tempranas, es así que en la adolescencia temprana se determinó riesgo con significancia estadística con un valor de $p < 0,05$ para bajo peso al nacer.

V. CONCLUSIONES

1. La incidencia de embarazos en la adolescencia temprana fue del 0.9%.
2. La incidencia de bajo peso al nacer fue del 8.9%.
3. La incidencia de bajo peso al nacer en embarazos en la adolescencia temprana fue del 9.8%.
4. No hay una asociación entre el embarazo en la adolescencia temprana y el bajo peso al nacer.

VI. RECOMENDACIONES

Debido a que existen pocas publicaciones que se realizaron teniendo como variable a la adolescencia temprana es necesario que se realicen nuevos estudios, necesarios para realizar comparaciones con los resultados obtenidos en nuestro estudio con los obtenidos en otros hospitales, distritos y departamentos del Perú.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Baños LG. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012;38(2):238–245.
2. Carvajal CC, Lecha IR. Peso bajo al nacer. Su influencia en la salud durante el primer año de vida. *Pediatría* [Internet]. 2003 [citado 23 de agosto de 2016];70(6). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp036d.pdf>
3. Unicef. Estado mundial de la infancia 2009: [salud materna y neonatal. Nueva York: Unicef; 2008.
4. Montero Mesa M, Dihigo MT, Núñez Valdés L, Salabert Tortoló I, Vega Rodríguez L. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en la provincia Matanzas. 2013. *Rev Médica Electrónica*. 2014;36(4):425–437.
5. Cabinda A, Alessandrini GEA, Padilla ZP, Domínguez AAN. Caracterización de los factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *Pinar del Río, 2010. Panor Cuba Salud*. 2014;9(3):2–8.
6. García Baños LG, López Baños L, Barroso Gutiérrez M, Alonso Sicilia M, Morera Pérez M. Comportamiento del bajo peso al nacer. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2014;40(1):24–34.
7. Rendón MT, Apaza DH, Vildoso MT. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Ginecol Obstet Mex*. 2012;80(2):51–60.
8. Nazario Redondo C, Aracca Alcos F, Ventura Laveriano J, Ventura W. Resultados perinatales en adolescentes nulíparas. Estudio de cohorte retrospectiva. *Prog Obstet Ginecol*. diciembre de 2015;58(10):435-40.
9. Pérez-Rivera RM, Sánchez-Almeida C. Consideraciones epidemiológicas del recién nacido vivo de bajo peso. Estudio de 9 años. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*. mayo de 2010;37(3):95-100.
10. Periquet Meriño M, Pascao Gamboa A, Labaut Ginarte O, Vargas de la Paz L, Mora Nieto J. Algunos factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital General« Orlando Pantoja Tamayo». *Medisan*. 2014;18(1):11–16.
11. Alonso Uría RM, Campo González A, González Hernández A, Rodríguez Alonso B, Medina Vicente L. Seguimiento al hijo de madre adolescente. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2005;21(5-6):1–7.
12. San José Pérez DM, Mulet Bruzón BI, Rodríguez Noda O, Legrá García M. Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2011;37(4):489–501.

13. Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, García León LT. Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2012;38(4):488–498.
14. Lugones Botell M. Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cuba Med Gen Integral.* 2014;30(1):1–2.
15. Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex.* 2015;83:294–301.
16. Dorta E, Molina J, García-Fernández JA, Serra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet.* 2004;31(4):118–123.
17. Mendoza LA, Arias M, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Cáceres C, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(4):271–279.
18. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2012;38(3):333–342.
19. Gázquez M de los ÁR. Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Med Upb.* 2008;27(1):47–58.
20. Rangel Díaz D, González Reyes E, Barrera Hernández M, Pereda Chávez H. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. *Revista de Ciencias Médicas.* 2012;16(4):74-83.
21. Galindo Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. *Desarro Soc.* 2012;(69):133–185.
22. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Rev Cuba Enferm.* 2012;28(1):23–36.
23. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec.* 2008;5(1):42–51.
24. Cunningham F, et al., Embarazo en adolescentes. En *Obstetricia de Williams.* 22.^a ed. México: Edit Mc Graw Hill; 2007.
25. Pérez Sánchez A, Adolescencia y embarazo. En *Obstetricia.* 3.^a ed. Chile: Edit Mediterráneo; 1985.
26. González Hernández A, Alonso Uría RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. *Rev Cuba Pediatría.* 2000;72(1):54–59.

27. Pérez EMR, Rodríguez MM, Vera IM. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. *Rev Cuba Enfermer*. 2001;17(2):101–6.
28. Verdura MJ, Raimundo MC, Coutinho MMF, Rosana G. Bajo Peso al Nacer y Prematuréz en Hijos de Madres Adolescentes de un Centro Maternoneonatal de la Ciudad de Corrientes. *Rev Postgrado Cátedra Med*. 2011;6(205):6–9.
29. Veloso HJF, da Silva AAM, Bettiol H, Goldani MZ, Filho FL, Simões VMF, et al. Low birth weight in São Luís, northeastern Brazil: trends and associated factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:155.
30. Salvador J, Maradiegue E. Gestación en adolescentes: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 1992-1994. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2015;41(3):39–47.
31. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4.^a ed. México: Mc Graw Hill; 2008.
32. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. *Cad Aten Primaria*. 2002;9:148–50.
33. Hernández-Avila M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud Pública México* [Internet]. 2001 [citado 14 de agosto de 2016];43(2). Disponible en: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v43n2/a09v43n2.pdf>
34. Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. *Rev Médica Chile*. 2013;141(10):1329–1335.
35. López PP, Mena CR. Legislación vigente y Ética en Investigación Clínica/Law and Ethics in Clinical Research. *Rev Int Cienc Podol*. 2012;6(2):81.
36. de Salud LG. Congreso de la República [Internet]. Decreto; 1997 [citado 14 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/leyes/LEY_26842.pdf
37. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología [Internet]. 2007. Disponible en: http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/CODIGO_CMP_ETICA.pdf
38. Romano M, Blanc L. Madres adolescentes: ¿Factor de riesgo para bajo peso al nacer y prematuréz. *Rev Posgrado Cátedra Med*. 2008;179:5–7.
39. Perez Neto MIN, Segre CA de M. Comparative analysis of gestations and frequency of prematurity and low birth weight among children of adolescent and adult mothers. *Einstein São Paulo Braz*. septiembre de 2012;10(3):271-7.
40. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. marzo de 2014;121 Suppl 1:40-8.

ANEXOS

ANEXO 1

“Año de la consolidación del Mar de Grau”

SOLICITO: APROBACIÓN E INSCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Ytalo Lino González
Señor Director del Hospital Belén de Trujillo

Por medio de la presente, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar la aprobación e inscripción del proyecto de investigación titulado **“Embarazo en la adolescencia temprana como factor de riesgo para bajo peso al nacer”**.

La investigación se llevará a cabo respetando las consideraciones éticas, contando con la asesoría del Dr. René Augusto Alcántara Ascón del Servicio de Obstetricia del hospital que usted lidera.

Trujillo, 11 de Octubre del 2016

Es justicia que espero alcanzar.

.....
Claudia Cecilia Muñoz García
ID: N° 000087998
Correo: claudiacmg_0410@hotmail.com
Teléfono: 949505505

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. FILIACIÓN

Iniciales:

N° de Historia Clínica:

II. BAJO PESO AL NACER: Variable Dependiente

Si: () $> 1\,500$ gr y $< 2\,500$ gr.

No: () $\geq 2\,500$ gr y $< 4\,000$ gr.

III. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA: Variable Independiente

Si: () 10 – 14 años

No: () 15 – 25 años

IV. DATOS ADICIONALES:

Lugar de residencia:

Local: () Vive en Trujillo

Foránea: () No vive en Trujillo

Nivel de estudios:

Analfabeta: ()

Primaria: ()

Secundaria: ()

Superior: ()

Estado Civil:

Soltera: ()

Casada o Con pareja: ()

Sexo:

Masculino: ()

Femenino: ()