



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES
INTERMEDIAS Y TARDÍAS, ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE
SAN JUAN DE MIRAFLORES – LIMA 2015**

**PRESENTADA POR
MERRILYN LILIA MENDOZA ROMERO**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRÉS

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES
INTERMEDIAS Y TARDÍAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

Para optar el Título Profesional de Obstetricia

Presentado por:

Bachiller Obst. MERRILYN LILIA MENDOZA ROMERO

LIMA - PERÚ

2015

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES
INTERMEDIAS Y TARDÍAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**



ÍNDICE

Página

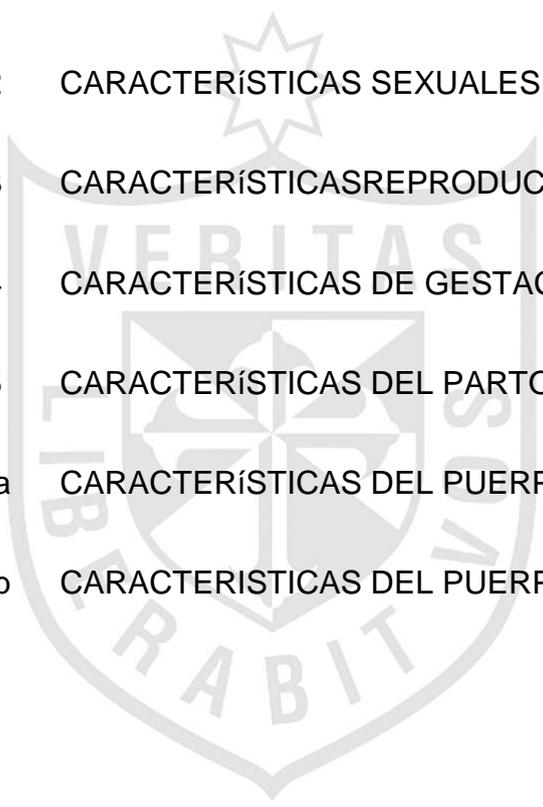
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
RESUMEN	
ABSTRAC	
INTRODUCCIÓN	01
MATERIAL Y MÉTODO	07
2.1 DISEÑO METODOLÓGICO	08
2.2 POBLACIÓN	08
2.3 MUESTRA	08
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	10
2.5 SISTEMA DE VARIABLES	10
2.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	10
2.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	14
2.8 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS	14
2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	15
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	85

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	NOMBRE	PAGINA
TABLA 1	CARACTERÍSTICAS PERSONALES	17
TABLA 2	CARACTERÍSTICAS SEXUALES	21
TABLA 3	CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS	24
TABLA 4	CARACTERÍSTICAS DE GESTACION	27
TABLA 5	CARACTERÍSTICAS DEL PARTO	30
TABLA 6	CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

TABLA	NOMBRE	PAGINA
TABLA 1a	CARACTERÍSTICAS PERSONALES	17
TABLA 1b	CARACTERÍSTICAS PERSONALES	20
TABLA 2	CARACTERÍSTICAS SEXUALES	23
TABLA 3	CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS	26
TABLA 4	CARACTERÍSTICAS DE GESTACION	29
TABLA 5	CARACTERÍSTICAS DEL PARTO	32
TABLA 6a	CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO	36
TABLA 6b	CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO	39



RESUMEN



RESUMEN

Objetivos. Determinar las características de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2015.

Material y método. Estudio descriptivo, comparativo, prospectivo. Población: 171. Muestra: 93. Muestreo probabilístico simple. Instrumento encuesta validada.

Resultados. Predominó del total, entre el grupo adolescente intermedias y tardías, sobre *características personales* edades entre los 17 a 19 años de edad (68.8%); convivientes (58.6% vs 64.1%), amas de casa (58.6% vs 79.7%), con secundaria (86.2% vs 85.9%). *Características sexuales*, menarquia entre 12 a 13 años (58.6% vs 56.3%); inicio de vida sexual entre 14 a 15 años (58.6% vs 35.9%); y una sola pareja sexual (44.8% vs 37.5). *Características reproductivas*, edad de la primera gestación entre 18 a 19 años (48.4%); nuligestas (75.9% vs 75.0%); abortó previamente (71.4% vs 43.8%); intervalo intergenésico entre 18 a 24 meses (28.6% vs 87.5%). *Características de la gestación*, 6 controles prenatales (48.3% vs 64.1%); ninguna complicación (75.9% vs 81.3). *Características del parto*, vía vaginal (86.2% vs 65.6%); edad gestacional a término (86.2% vs 96.9%); episiorrafía ampliada (72.4% vs 48.4%). *Características del puerperio*, normal al alta (100%) recibieron consejería predominando la lactancia materna (93.1% vs 100%); y el anticonceptivo más solicitado fue el inyectable trimestral (6.9% vs 48.4%).

Conclusiones. Se acepta la hipótesis de trabajo que existen diferencias entre las características de las madres adolescentes intermedias y las adolescentes tardías que pudieran ser morbilidades en cuanto a la gestación de las adolescentes, sobre todo las intermedias.

Palabras clave. Características, adolescentes

ABSTRACT

Objectives. Determine the characteristics of intermediate and late teenage mothers attended at the Maria Auxiliadora Hospital in 2015.

Material and method. Descriptive, comparative, prospective. Study Population: 171. Muestra: 93. Probability sampling simple. Validated survey instrument.

Results. He dominated the total, between the intermediate and late adolescent group on personal characteristics aged 17-19 years (68.8%); cohabiting (58.6% vs 64.1%), housewives (58.6% vs 79.7%), secondary (86.2% vs 85.9%). Sexual characteristics, menarche between 12-13 years (58.6% vs 56.3%); beginning of sexual life between 14-15 years (58.6% vs 35.9%); and one sexual partner (44.8% vs 37.5). Reproductive characteristics, age at first pregnancy between 18-19 years (48.4%); nulligravida (75.9% vs 75.0%); previously aborted (71.4% vs 43.8%); birth interval between 18-24 months (28.6% vs 87.5%). Features of gestation, 6 prenatal controls (48.3% vs 64.1%); no complications (75.9% vs 81.3). Features birth vaginally (86.2% vs 65.6%); gestational age at term (86.2% vs 96.9%); Extended episiotomy (72.4% vs 48.4%). Features normal to high (100%) received postpartum counseling predominant breastfeeding (93.1% vs 100%); and the most sought after was the quarterly contraceptive injection (6.9% vs 48.4%).

Conclusions. The working hypothesis that there are differences between the characteristics of teenage mothers intermediate and late morbidity teenagers who might be in terms of adolescent pregnancy, especially early accepted.

Keywords. Features, adolescents



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los y las adolescentes están inmersos en diversas situaciones de riesgos que de cierta manera afecta su salud, especialmente en el aspecto sexual y reproductivo, y necesitan debido autocuidado personal. En los países en desarrollo hay actualmente unos 82 millones de niños/as entre 10 y 17 años de edad, que han tenido relaciones sexuales por diferentes motivos y ello limitan sus oportunidades de vida.¹

La adolescencia período crítico del crecimiento se experimentan notables cambios físicos, sexuales, psicológicos, cognitivos y hormonales que pueden poner en peligro el equilibrio psicofísico del adolescente. Es una etapa de búsqueda de la propia identidad, inseguridad y frecuentes frustraciones en la cual la joven trata de hallar su lugar en el mundo².

En la región de América Latina y el Caribe ocurre 38% de embarazos adolescentes, siendo los nacimientos de madres menores de 20 años cerca del 15%. Cada año 3 millones 300 mil adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo³. De todos los países, que conforman la comunidad de América Latina, Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles. De 591.303 partos en 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años (casi 21% del total); Ecuador, 17% de jóvenes entre 15 y 19 años son madres. En el Perú, existe 12,5% de adolescentes embarazadas, 9.9% son madres y 2.6% están embarazadas por primera vez. La mayor prevalencia de embarazo en adolescentes se encuentra en el área rural del país (19.7%), y regiones de la selva (25.3%). Los mayores porcentajes de adolescentes embarazadas se presenta entre las mujeres

con educación primaria (33.9%) y entre las que se encuentran en el quintil de riqueza inferior (22.4%)⁴.

Solamente en América Latina, la probabilidad de riesgos que corren los y las adolescentes entre 15 y 19 años son dos veces superiores a las de las mujeres mayores de 20 años; un ejemplo es que de las 14 millones de adolescentes que dan a luz cada año, muchas enfrentan graves enfermedades relacionadas con el embarazo y al menos cinco millones se someten a abortos realizados en malas condiciones,⁵ situación de salud que se coliga con inequidades de género.

El embarazo en la adolescencia es un hecho que preocupa a la sociedad en general y a los profesionales de la salud, especialmente a obstetras. Entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y final de la adolescencia. Establecer edad límite para abordar el problema es difícil. La OMS denomina embarazos en adolescentes a los producidos en mujeres menores de 19 años⁶.

Autores afirman que el embarazo adolescente ha sido llamado síndrome del fracaso, o puerta de entrada al ciclo de la pobreza⁷. Consideran que es una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia⁸. Irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo⁹.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2013¹⁰, 13.2% de las adolescentes de 15 a 19 años habían cursado un embarazo. El Censo del 2007¹¹ del Perú, se estimó que hay 160,258 madres adolescentes

entre 12 a 19 años, de las cuales 4,521 tienen edades entre 12 a 14 años y 155, 738 entre 15 a 19 años; por cierto mujeres adolescentes, las cuales deberían estar asistiendo a las escuelas.

Para el año 2013 se evidenció que el inicio de las relaciones sexuales en poblaciones adolescentes es muy precoz; según las estadísticas de ENDES 2013 ¹⁰, se informó que 65%, resultante de causas de esta alta incidencia, es la falta de conocimientos válidos sobre los cambios biológicos de su cuerpo, falta de comunicación, problemas psicológicos y emocionales entre otros, que termina mellando la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Se resalta principalmente el desconocimiento para el autocuidado en la salud sexual y reproductiva.

Entre los factores de riesgo más importantes para un embarazo en la madre adolescente descrito por Pereira ¹¹, se encuentran: situación de pobreza; edad menor a 16 años; no vivir con los padres o solamente con uno de ellos; bajo nivel de educación de la madre; falta de apoyo de un adulto dentro o fuera de la familia; ausencia de un plan de vida; alteraciones emocionales y depresión; uso inconsistente de métodos anticonceptivos y, tener una pareja estable constituye factor de riesgo importante para que la madre adolescente se embarace de nuevo y rápidamente.

Aguilar, Zaguma, García y Meléndez ¹², encontraron en su estudio que las adolescente se encontraban entre 18 y 19 años de edad, con secundaria incompleta, y desean seguir estudiando; el inicio de las relaciones sexuales se da en la adolescencia tardía de 15 a 19 años, no usaron métodos anticonceptivos antes del embarazo; el 19,3% presentó complicaciones y el

12,3% presentó un aborto previo. Son amas de casa en su mayoría, viven con sus parejas, confían más en la pareja, antecedente de ser hija de madre adolescente; y, tienen diversas necesidades sobre el cuidado del recién nacido y su autocuidado.

Okumura, Maticorena, Tejeda y Mayta ¹³, encontró en las adolescentes mayor riesgo de cesárea (OR=1,28; IC95%=1,07-1,53) e infección puerperal (OR=1,72; IC95%=1,17-2,53) en las adolescentes menores de 15 años, así como mayor riesgo (OR=1,34; IC95%=1,29-1,40) de episiotomía en las adolescentes tardías. Asimismo, se identificó un menor riesgo del embarazo adolescente para preeclampsia (OR=0,90; IC95%=0,85-0,97), hemorragia de la 2da mitad del embarazo (OR=0,80; IC95%=0,71-0,92), ruptura prematura de membranas (OR=0,83; IC95%=0,79-0,87), amenaza de parto pretérmino (OR=0,87; IC95%=0,80-0,94) y desgarro vaginal (OR= 0,86; IC95%=0,79-0,93).

Los factores determinantes del embarazo adolescente, en cualquiera de los niveles, se pueden agrupar en factores protectores y factores de riesgo. Los primeros son aquellos que disminuyen la probabilidad del embarazo (por ejemplo, un alto nivel educativo, asistencia escolar y supervisión parental), mientras que los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad del embarazo precoz (falta de acceso a la educación, violencia intrafamiliar, falta de acceso a métodos de control natal, entre otros). El balance entre los factores protectores y los factores de riesgo determina la vulnerabilidad, que se define como “la probabilidad de tener un resultado negativo a partir de la exposición de un conjunto de factores de riesgo, debido a la incapacidad de la persona de hacerles frente” ⁶.

En el Hospital María Auxiliadora vienen presentándose un mayor número de adolescentes que cursan con gestación, de tal manera que se ha incrementado también la morbimortalidad del año 2013 al 2014 se ha observado partos en adolescentes en un 29.9% a 33.8%, lo cual ya es una gran preocupación para los profesionales que allí laboran.

La investigación se justificó porque, permitió identificar las características de las madres adolescentes del Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores; lo cual será en el futuro, de gran utilidad para orientar a las madres gestantes y de esta manera contribuir a mejorar su calidad de vida.

Por lo que formulamos el siguiente problema:

¿Cuáles son las características de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2015?

1.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Comparar las características de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ❖ Comparar las características personales de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

- ❖ Comparar las características sexuales y reproductivas de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora.
- ❖ Comparar las características de la gestación de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora.
- ❖ Comparar las características del parto de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora.
- ❖ Comparar las características del puerperio de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

1.2 HIPÓTESIS

H_a. Existen diferencias entre las características de las madres adolescentes intermedias y las adolescentes tardías, atendidas en el Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores

H₀. No existen diferencias entre las características de las madres adolescentes intermedias y las adolescentes tardías, atendidas en el Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores.



METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

De acuerdo a las características del estudio y el planteamiento de variables la presente investigación fue:

- Nivel descriptivo, comparativo, porque interesa señalar cómo se manifiesta en la población adolescente intermedia y adolescente tardía el tema a investigar para contrastar la hipótesis de trabajo (alterna).
- Corte Transversal, porque las variables fueron estudiadas en un determinado momento.
- Prospectivo, porque la hemos orientado al estudio de sucesos que estuvieron por acontecer.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.2.1 Población

La población lo constituyeron 171 madres adolescentes promedio, controladas y atendidas de parto en los cuatro primeros meses en el Hospital en el año 2015, lo que equivale al 100% de madres adolescentes controladas y atendidas de parto por mes en ese período. Dato proporcionado por la Unidad de Capacitación y Apoyo a la Investigación (UCAIN) del departamento de Gineco Obstetricia.

2.2.2 Muestra

Para obtener el tamaño de la muestra representativa, se utilizó la fórmula estadística de proporciones para la población finita considerando para ello “p” como 0.5, un nivel de confianza de 95% y un error de estimación de 0.1

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseo saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Total de la población (N)	171
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
(Si no tenemos dicha información p=0.5 que maximiza el tamaño muestral)	
TAMAÑO MUESTRAL (n)	93

Por ello, la muestra representativa fueron **93** madres adolescentes a quienes se ha entrevistado

2.2.3 Tipo de Muestreo

Para el desarrollo de esta investigación se usó el muestreo probabilístico, simple aleatorio.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de inclusión

Fueron madres adolescentes entre 14 y 19 años, que en el día de la encuesta se encontraron presentes en el servicio de Hospitalización Obstetricia, y aceptaron en forma libre y voluntaria participar en el estudio. Se halló disponibles sus historias clínicas. De igual manera hayan realizado su control prenatal y atención de parto en la institución.

2.3.1 Criterios de exclusión

Fueron todas aquellas madres adolescentes que por motivo de salud no puedan acceder a la entrevista, o que habiendo aceptado participar desistieron de completarla.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.4.1 Variables:

Variable independiente : Adolescencia intermedia y tardía

Variable dependiente : Características personales, sexuales y reproductivas, de la gestación, del parto y del puerperio

2.4.2 Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA	Instrumento
Variable 1: CARACTERÍSTICAS PERSONALES				
Características personales	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 14 a 15 años • 16 a 17 años • 18 a 19 años 	Intervalo	Ficha cuestionario Historia Clínica
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente 	Ordinal	Ficha cuestionario Historia Clínica
Características personales	Ocupación	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabajador	Nominal	
	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnica • Superior 	Nominal	
Variable 2: CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS				
Características Sexuales	Edad de la menarquia	<ul style="list-style-type: none"> • 10 a 11 años • 12 a 13 años • 14 a 15 años • 16 a 17 años 	Intervalo	Ficha cuestionario Historia Clínica
	Edad de inicio de su vida sexual	<ul style="list-style-type: none"> • 12 a 13 años • 14 a 15 años • 16 a 17 años • 18 a 19 años 	Intervalo	
	Número de parejas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 1 pareja • 2 parejas • 3 parejas • 4 parejas • 5 a más parejas 	Ordinal	
Características Reproductivas	Edad de primera gestación	<ul style="list-style-type: none"> • 14 a 15 años • 16 a 17 años • 18 a 19 años 	Intervalo	Ficha cuestionario Historia Clínica
	Número de	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna 	Ordinal	

Características Reproductivas	gestaciones previas	gestación <ul style="list-style-type: none"> • 1 gestación • 2 gestación • 3 a más gestaciones 		Ficha cuestionario Historia Clínica
	Fin del embarazo anterior <i>(En caso de haber tenido embarazos previos)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Parto • Aborto 	Nominal	
	Espacio entre gestación	<ul style="list-style-type: none"> • <12 meses • 12 meses a < 18 meses • 18 meses a \leq 24 meses 	Nominal	

VARIABLE 3. CARACTERÍSTICAS DE LA GESTACIÓN

Características de la gestación	Número de CPN	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 4 CPN • 5 a 6 CPN • Más de 6 CPN 	Intervalo	Ficha cuestionario Historia Clínica
	Complicaciones durante la gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Inducida por el embarazo • Anemia • Infección urinaria • Amenaza de aborto • Amenaza de parto pretérmino • Ninguna • Otra 	Nominal	

VARIABLE 4. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

Características del parto	Vía de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Cesárea 	Nominal	Ficha cuestionario Historia Clínica
	Tiempo de labor de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de la curva de alerta • Fuera de la Curva de alerta 	Nominal	
	Edad gestacional al momento del parto.	<ul style="list-style-type: none"> • 28 a menos de 37 semanas de gestación. • 37 semanas 	Intervalo	

Características del parto		a 41 semanas de gestación. • 42 o más semanas de gestación.		
	Complicaciones del parto:	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura Prematura de Membranas • Parto Obstruido • Trabajo de parto disfuncional • Episiorrafia • Desgarro Perineal • Desgarro de cérvix 	Nominal	

VARIABLE 5. CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO

	Alta:	Púérpera Normal Púérpera con complicaciones	Nominal	
Características del puerperio	Recibió Consejería sobre:	<ul style="list-style-type: none"> • Signos de alarma • Lactancia materna • Atenciones al recién nacido • Atenciones del puerperio • Nutrición e higiene en general • Planificación familiar • Seguimiento 	Nominal	Ficha cuestionario Historia Clínica Ficha Alta adolescente
	Metodología Anticonceptiva	Solicitó: <ul style="list-style-type: none"> • Inyectable trimestral • Implante Sub dérmico • T de Cu • Mela 	Nominal	

2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa coordinación con las autoridades del Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores, en el mes de Julio se completó la información requerida. La información se recolectó directamente de las madres adolescentes. La recolección de información se realizó de forma directa y participante.

Para la recolección de datos se elaboró un instrumento: Cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual conformo de las siguientes partes:

- ❖ Características personales.
- ❖ Características reproductivas y sexuales.
- ❖ Características de la gestación
- ❖ Características del parto
- ❖ Características del puerperio

2.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez recolectados los datos a través de la encuesta se procedió al ordenamiento y tabulación, ingresando los datos a MS Excel y luego al programa estadístico SPSS versión 21, para realizar análisis estadístico porcentual y de frecuencia. Posteriormente se realizaron gráficos de barras que nos permite tener una visión panorámica de los resultados.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Previa información a las madres adolescentes sobre el estudio a realizar, se les solicitó su colaboración en forma verbal quienes se les hizo firmar un asentimiento de participación (Anexo 2) haciendo énfasis en la confidencialidad de los datos requeridos en el instrumento por ser de uso exclusivo en la investigación.





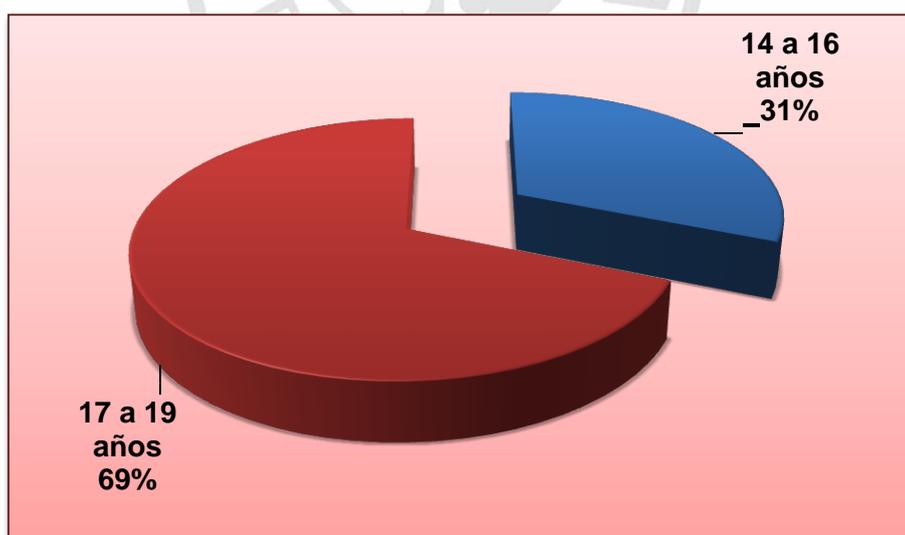
**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**TABLA 1a
CARACTERÍSTICAS PERSONALES**

Edad	Total	
	N°	%
14 a 16 años	29	31.2
17 a 19 años	64	68.8
Total	93	100.0

Observamos en la tabla que del total de la muestra hubieron en predominio adolescentes entre los 17 a 19 años de edad (68.8%).

**GRAFICO 1a
CARACTERÍSTICAS PERSONALES**



**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**TABLA 1b
CARACTERÍSTICAS PERSONALES**

CARACTERÍSTICAS PERSONALES	ADOLESCENTES				Total	
	INTERMEDIAS N°=29		TARDIAS N°=64		N°=93	%
Estado Civil						
<i>Soltera</i>	12	41.4	21	32.8	33	35.5
<i>Casada</i>	0	0.0	2	3.1	2	2.2
<i>Conviviente</i>	17	58.6	41	64.0	58	62.4
Ocupación						
<i>Estudiante</i>	10	34.5	6	9.4	16	17.2
<i>Ama de casa</i>	17	58.6	51	79.7	68	73.1
<i>Trabajadora</i>	2	6.9	7	10.9	9	9.7
Escolaridad						
<i>Primaria</i>	4	13.8	4	6.4	8	8.6
<i>Secundaria</i>	25	86.2	55	86.1	80	86.0
<i>Técnica</i>	0	0.0	3	5.1	3	3.2
<i>Superior</i>	0	0.0	2	2.4	2	2.2

Al análisis estadístico:

Estado Civil :	$\chi^2=1.414$	gl=2	p=0.4931
Ocupación :	$\chi^2=8.861$	gl=2	p=0.0119 (<i>significativo</i>)
Escolaridad :	$\chi^2=3.586$	gl=3	p=0.3098

Se observa en la tabla lo siguiente:

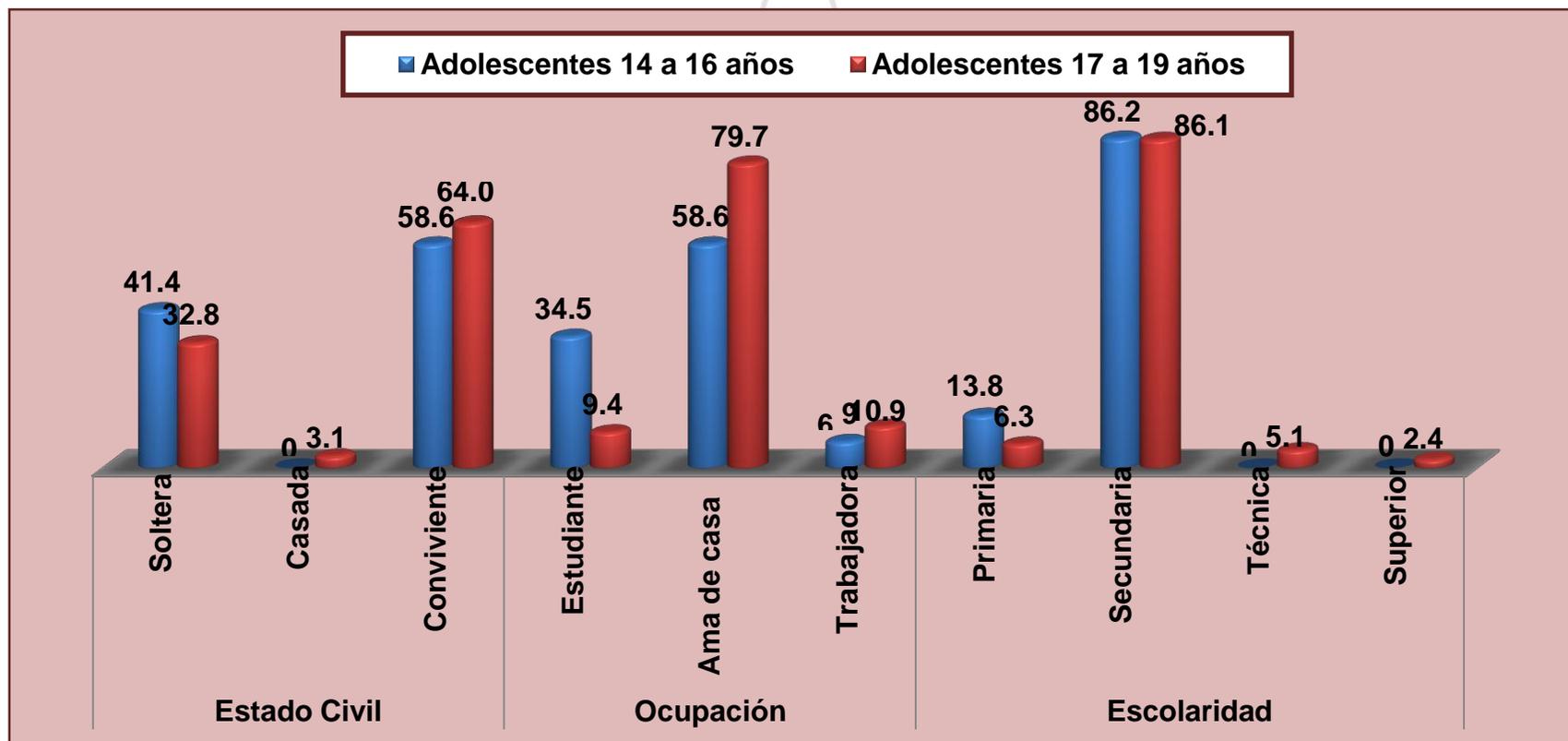
❖ **Estado Civil:** en mayor proporción fueron convivientes con 62.4% en total; de los cuales 58.6% fueron adolescentes intermedias **vs** 64.0% que fueron adolescentes tardías.

❖ **Ocupación:** en mayor proporción fueron amas de casa con 73.1% en total; de los cuales 58.6% fueron adolescentes intermedias **vs** 79.7% que fueron adolescentes tardías (**mayor grado de significancia**).

❖ **Escolaridad:** en mayor proporción fue secundaria con 86.0% en total; de los cuales 86.2% fueron adolescentes intermedias **vs** 86.0% que fueron adolescentes tardías.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES – LIMA 2015

GRAFICO 1b. CARACTERÍSTICAS PERSONALES



**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**TABLA 2
CARACTERÍSTICAS SEXUALES**

CARACTERÍSTICAS	ADOLESCENTES				Total	
	INTERMEDIAS		TARDIAS		N°=93	%
	N°=29	%	N°=64	%		
Edad de la menarquia						
10 a 11 años	8	27.6	11	17.2	19	20.4
12 a 13 años	17	58.6	36	56.3	53	57.0
14 a 15 años	4	13.8	14	21.8	18	19.4
16 a 17 años	0	0.0	3	4.7	3	3.2
Edad de inicio de su vida sexual						
12 a 13 años	9	31.0	3	4.7	12	12.9
14 a 15 años	17	58.6	23	35.9	40	43.0
16 a 17 años	3	10.4	26	40.6	30	32.3
18 a 19 años	0	0.0	12	18.8	11	11.8
Número de parejas sexuales						
1 pareja	13	44.8	24	37.5	37	39.8
2 parejas	9	31.0	22	34.4	31	33.3
3 parejas	6	20.7	12	18.8	18	19.4
4 parejas	0	0.0	3	4.7	3	3.2
5 a más parejas	1	1.1	3	4.7	4	4.3

Al análisis estadístico:

Edad de la menarquia : $\chi^2=3.109$ gl=3 p=0.3751

Edad de inicio de su vida sexual: $\chi^2=24.429$ gl=3 p=0.0000
(significativo)

Número de parejas sexuales : $\chi^2=1.806$ gl=4 p=0.7714

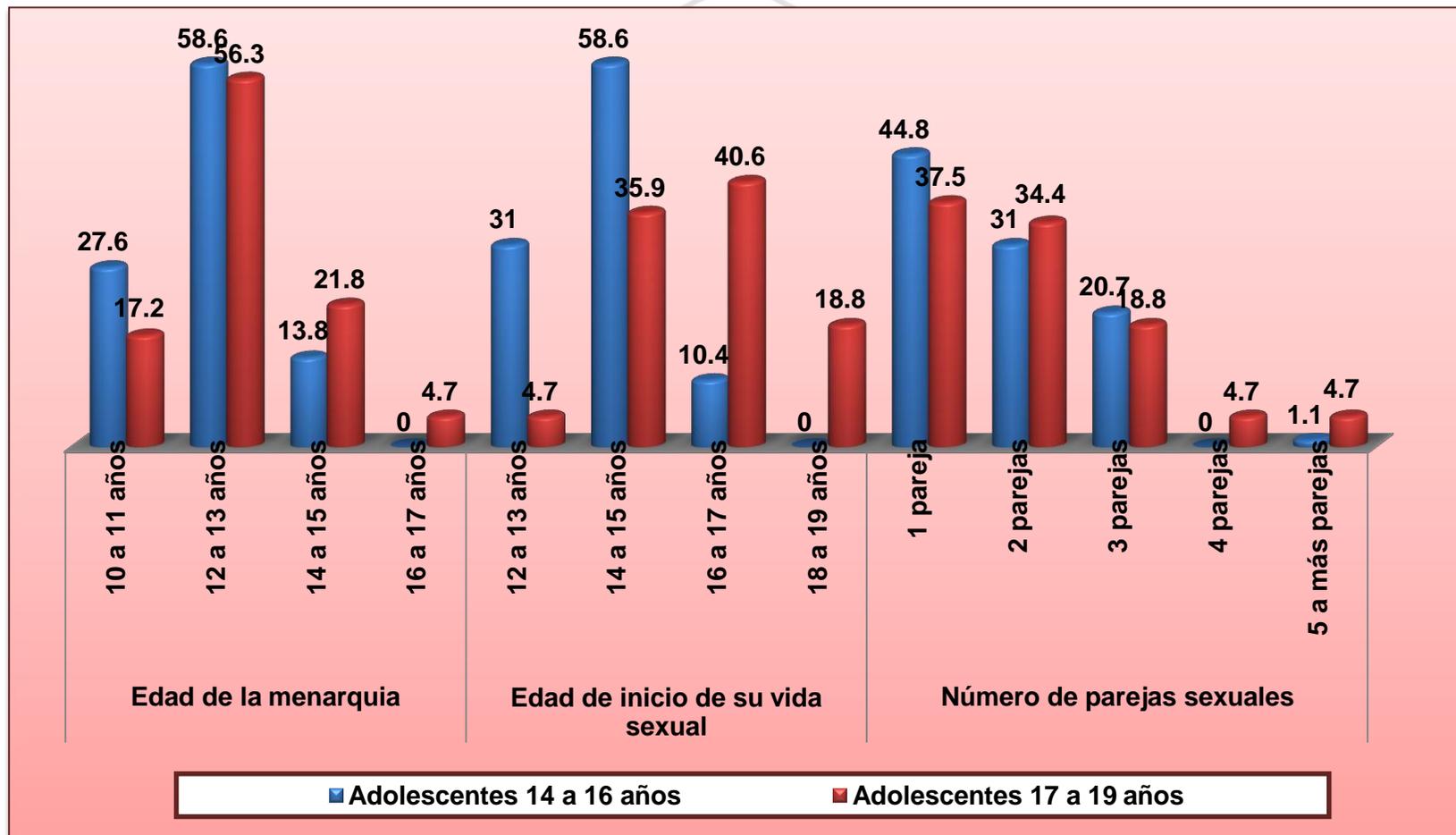
Se observa en la tabla lo siguiente:

❖ **Edad de la menarquia:** en mayor proporción fueron entre 12 a 13 años con 57.0% en total; de los cuales 58.6% fueron adolescentes intermedias vs 56.3% que fueron adolescentes tardías.

❖ **Edad de inicio de su vida sexual:** en mayor proporción fueron entre 14 a 15 años con 43.0% en total; de los cuales 58.6% fueron adolescentes intermedias (**mayor grado de significancia**) vs 40.6% que fueron adolescentes tardías.

❖ **Número de parejas sexuales:** en mayor proporción fue 1 pareja con 39.8% en total; de los cuales 44.8% fueron adolescentes intermedias 37.5% que fueron adolescentes tardías.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES – LIMA 2015
GRAFICO 2. CARACTERÍSTICAS SEXUALES



**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**TABLA 3
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS**

	ADOLESCENTES				Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad de la primera gestación						
14 a 15 años	13	44.8	5	7.8	18	19.3
16 a 17 años	16	55.2	14	21.9	30	32.3
18 a 19 años	0	0.0	45	70.3	45	48.4
Número de gestaciones previas						
Ninguna	22	75.9	48	75.0	70	75.3
1 gestación	7	24.1	15	23.4	22	23.6
2 gestación	0	0.0	1	1.6	1	1.1
Fin del embarazo anterior (En caso de haber tenido embarazos previos)						
Parto	2	28.6	9	56.3	11	47.8
Aborto	5	71.4	7	43.7	12	52.2
Espacio entre gestación (En caso de haber tenido embarazos previos)						
<12 meses	3	42.9	0	0.0	3	13.0
12 meses a <	2	28.5	2	12.5	4	17.4
18 meses a	2	28.6	14	87.5	16	69.6
24 meses						

Al análisis estadístico:

Edad de la primera gestación: $\chi^2=41.377$ gl=2 p=0.0000
(significativo)

Número de gestaciones previas: $\chi^2=24.429$ gl=2 p=0.7949

Fin del embarazo anterior: $\chi^2=1.495$ gl=1
p=0.2214

Espacio entre gestación: $\chi^2= 10.011$ gl=2 p=0.0067
(significativo)

Se observa en la tabla lo siguiente:

❖ **Edad de la primera gestación:** en mayor proporción fueron entre 18 a 19 años con 48.4% en total; de los cuales fueron adolescentes intermedias **(mayor grado de significancia)**.

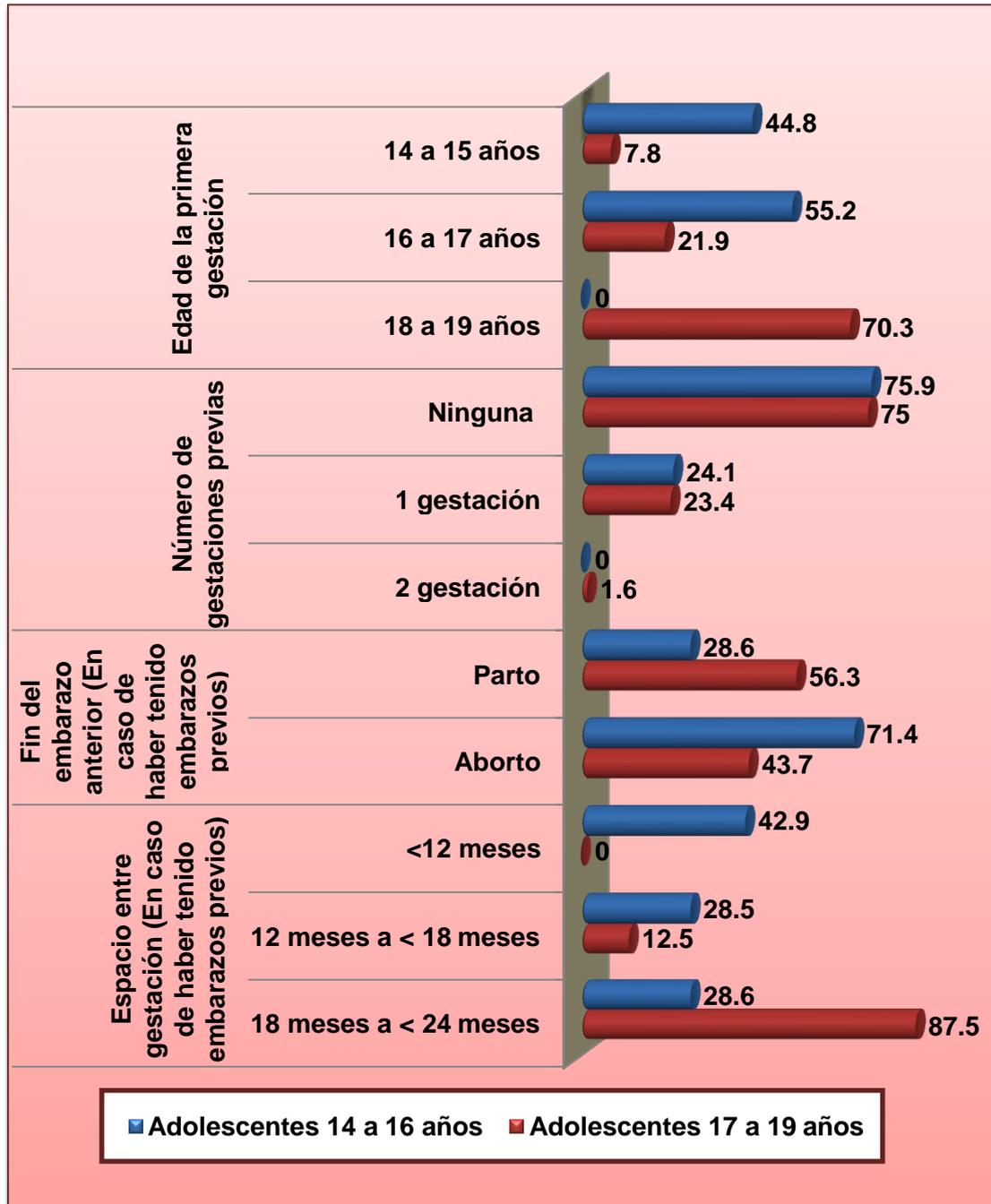
❖ **Numero de gestaciones previas:** en caso de haber tenido embarazos previos, en mayor proporción fue ninguna gestación con 75.3% en total; de los cuales 75.9% fueron adolescentes intermedias vs 75% que fueron adolescentes tardías.

❖ **Fin del embarazo anterior:** en mayor proporción fue aborto con 52.2% en total; de los cuales 71.4% fueron adolescentes intermedias vs 43.7% que fueron adolescentes tardías.

❖ **Espacio entre gestación:** en mayor proporción fue entre 18 a < 24 meses con 69.6% en total; la gestación menor de 12 meses (42.9%) se presentó en adolescentes intermedias vs la gestación entre 18 a < 24 meses 87.5% que fueron adolescentes tardías **(mayor grado de significancia)**.

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**GRAFICO 3
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS**



**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**TABLA 4
CARACTERÍSTICAS DE LA GESTACIÓN**

	ADOLESCENTES				Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Número de CPN						
1 a 4 CPN	10	34.5	13	20.3	23	24.7
5 a 6 CPN	5	17.2	10	15.6	15	16.1
Más de 6 CPN	14	48.3	41	64.1	55	59.2
Complicaciones durante la gestación						
Hipertensión Inducida por el embarazo	2	6.9	3	4.7	5	5.4
Anemia	3	10.3	6	9.4	9	9.6
Infección urinaria	2	6.9	3	4.6	5	5.4
Ninguna	22	75.9	52	81.3	74	79.6

Al análisis estadístico:

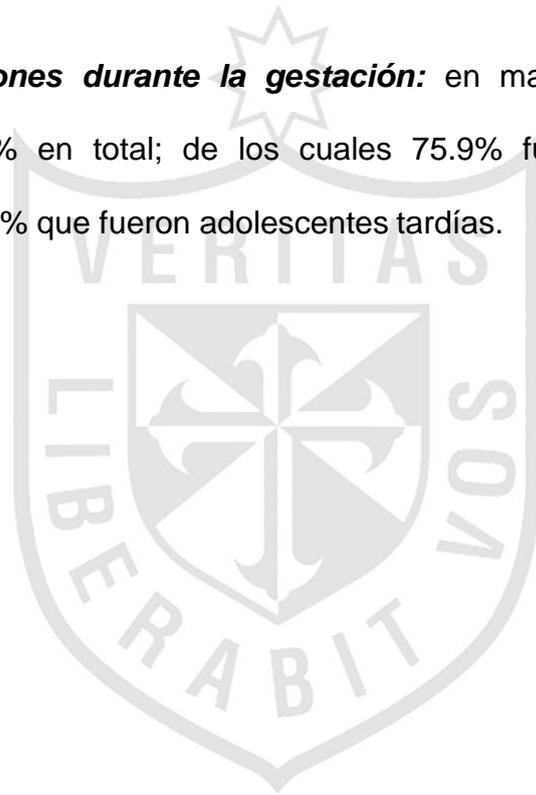
Número de CPN : $\chi^2= 8.159$ $gl=2$ $p=0.0428$
(significativo)

Complicaciones durante la gestación: $\chi^2= 0.454$ $gl=3$ $p=0.9288$

Se observa en la tabla lo siguiente:

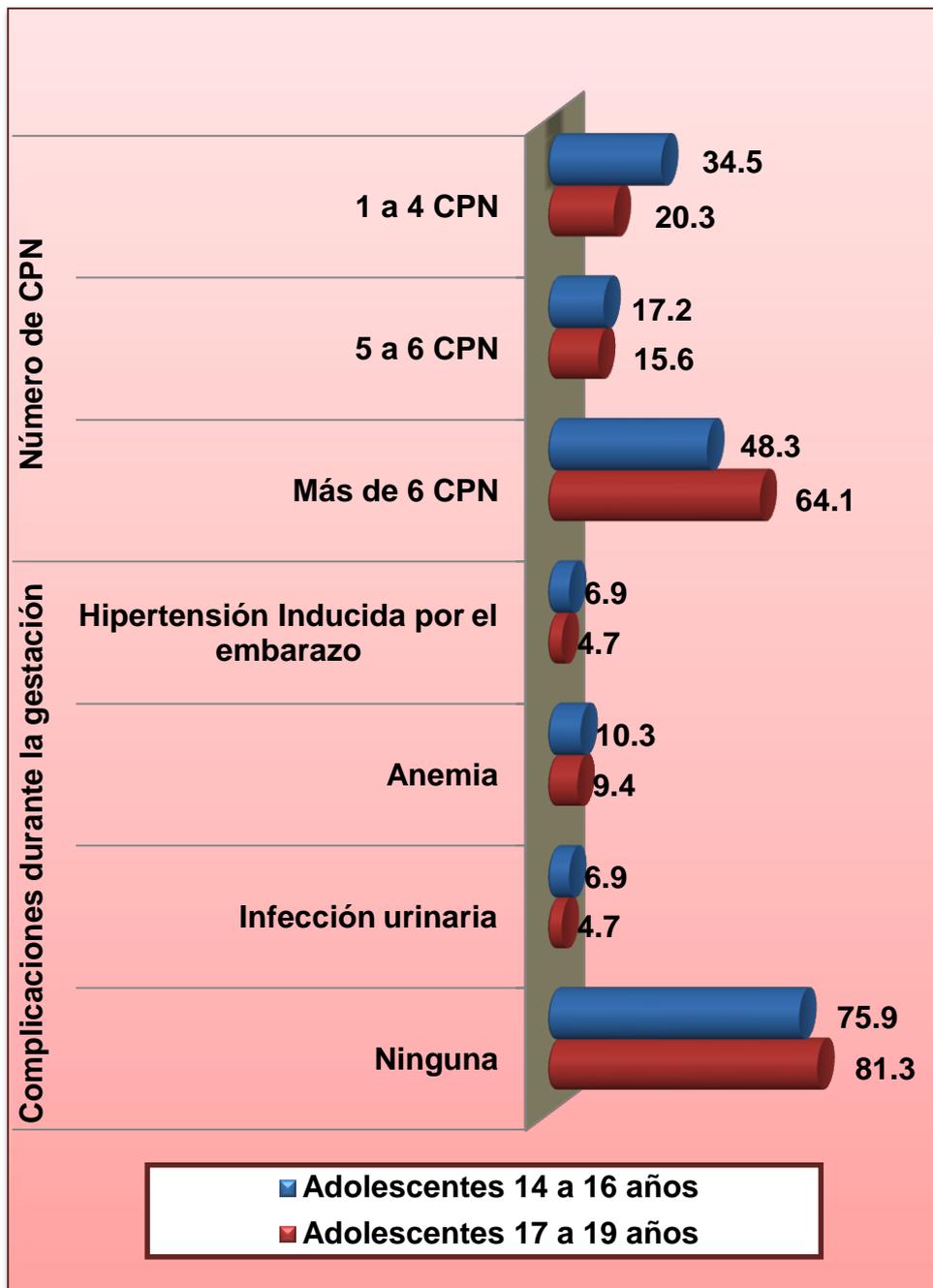
❖ **Numero de CPN:** en mayor proporción fue más de 6 CPN con 59.2% en total; de los cuales 48.3% fueron adolescentes intermedias vs 64.1% que fueron adolescentes tardías (**mayor grado de significancia**).

❖ **Complicaciones durante la gestación:** en mayor proporción fue ninguna con 79.6% en total; de los cuales 75.9% fueron adolescentes intermedias vs 81.3% que fueron adolescentes tardías.



**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**GRAFICO 4
CARACTERÍSTICAS DE LA GESTACIÓN**



**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**TABLA 5
CARACTERÍSTICAS DEL PARTO**

CARACTERÍSTICAS	ADOLESCENTES				Total	
	INTERMEDIAS N°	%	TARDIAS N°	%	N°	%
Vía de parto						
Vaginal	25	86.2	42	65.6	67	72.0
Cesárea	4	13.8	22	34.4	26	28.0
Edad gestacional al momento del parto.						
28 a menos de 37 semanas de gestación.	3	10.3	2	3.1	5	5.4
37 semanas a 41 semanas de gestación.	25	86.3	62	96.9	87	93.5
42 o más semanas de gestación.	1	3.4	0	0.0	1	1.1
Complicaciones del parto:						
Ruptura Prematura de Membranas	4	21.0	22	34.4	26	28.4
Trabajo de parto disfuncional	2	6.6	2	3.1	4	4.8
Episiorrafia ampliada (más desgarro)	20	72.4	31	48.4	54	56.4
Desgarro Perineal IV grado	0	0.0	9	14.1	9	10.4

Al análisis estadístico:

Vía de parto : $\chi^2= 4.197$ gl=1 $p=0.0404$ (*significativo*)

Edad gestacional al momento del parto: $\chi^2= 4.385$ gl=2 $p= 0.1116$

Complicaciones del parto: $\chi^2= 12.548$ gl=3 $p= 0.0057$
(*significativo*)

Se observa en la tabla lo siguiente:

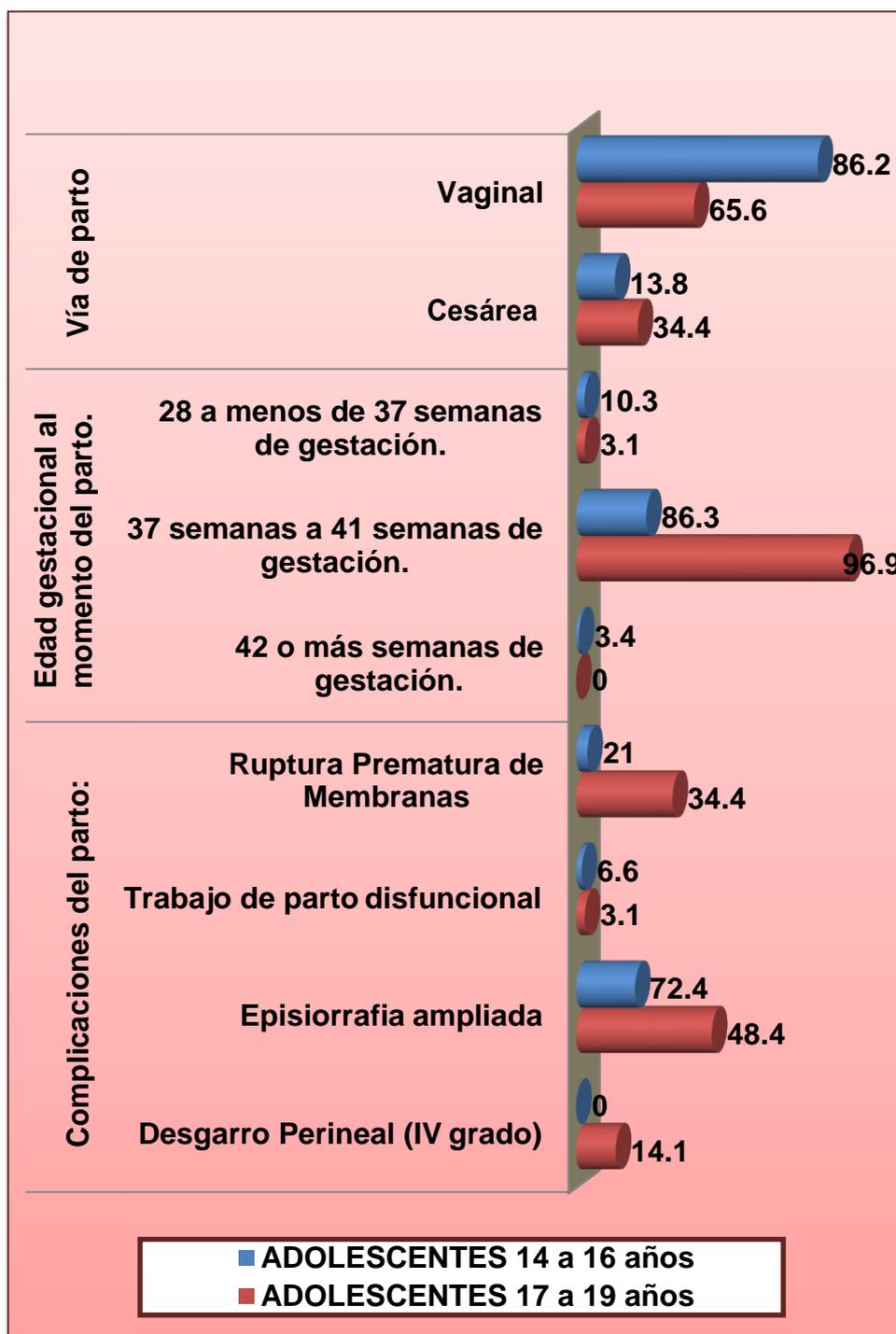
❖ **Vía de parto:** en mayor proporción fue parto vaginal con 72.0% en total; de los cuales 86.2% fueron adolescentes intermedias **(mayor grado de significancia)** vs 65.6% que fueron adolescentes tardías.

❖ **Edad gestacional al momento del parto:** en mayor proporción fue de 37 a 41 semanas con 93.5% en total; de los cuales 86.3% fueron adolescentes intermedias vs 96.9% que fueron adolescentes tardías.

❖ **Complicaciones del parto:** en mayor proporción fue episiorrafia ampliada (desgarro) con 56.4% en total; de los cuales 72.4% fueron adolescentes intermedias **(mayor grado de significancia)** vs 48.4% que fueron adolescentes tardías.

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**GRAFICO 5
CARACTERÍSTICAS DEL PARTO**



**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

TABLA 6a

CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO: Alta y Consejería Integral

	ADOLESCENTES				Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alta Médica:						
Puérpera Normal	29	100.0	64	100.0	93	100.0
Recibió Consejería al alta, sobre: (*)						
Signos de alarma del	27	93.1	60	93.8	87	93.5
Lactancia materna	27	93.1	64	100.0	92	98.9
Atenciones al recién	28	96.6	64	100.0	91	97.8
Higiene en general	24	82.8	53	82.8	77	82.8
Seguimiento	21	72.4	50	78.1	71	76.3
Planificación familiar	21	72.4	62	96.9	83	89.2

(*) Cada ítem se ha considerado como parte del 100%

Al análisis estadístico:

Consejería al alta: $\chi^2 = 1.123$ gl=6 p= 0.9805

Método anticonceptivo solicitado: $\chi^2 = 1.827$ gl=4 p= 0.7675

Se observa en la tabla lo siguiente:

❖ **Alta médica:** todas fueron puérpera normal con 100.0% en total; de los cuales 31.2% fueron adolescentes intermedias vs 68.8% que fueron adolescentes tardías.

❖ **Recibió consejería al alta:** en mayor proporción fue sobre la lactancia materna con 98.9% en total; de los cuales 93.1% fueron adolescentes intermedias vs 100% que fueron adolescentes tardías.

Signos de alarma: en el total de adolescentes fue el de mayor proporción 93.5%, siendo en las adolescentes intermedias 93.1% vs adolescentes tardías 93.8%.

Lactancia Materna: en el total de adolescentes fue el de mayor proporción 98.9%, siendo en las adolescentes intermedias 93.1% vs adolescentes tardías 100.0%.

Atención al recién nacido: en el total de adolescentes fue el de mayor proporción 97.8%, siendo en las adolescentes intermedias 96.6% vs adolescentes tardías 100.0%.

Higiene en general: en el total de adolescentes fue el de mayor proporción 82.8%, siendo en las adolescentes intermedias igual 82.8% vs adolescentes tardías 82.8%.

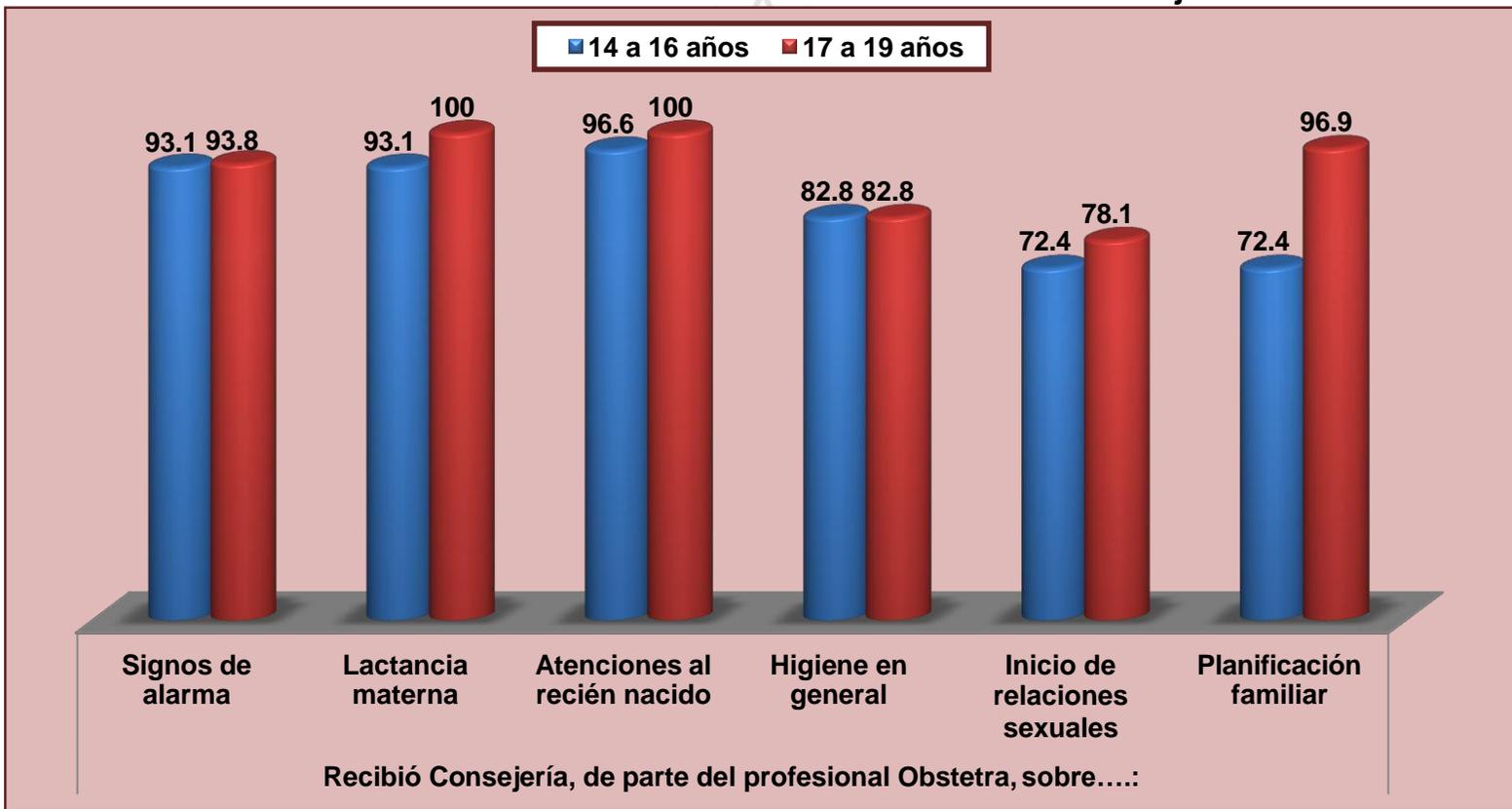
Seguimiento: en el total de adolescentes fue el de mayor proporción 76.3%, siendo en las adolescentes intermedias 72.4% vs adolescentes tardías 78.1%.

Planificación familiar: en el total de adolescentes fue el de mayor proporción 89.2%, siendo en las adolescentes intermedias 72.4% vs adolescentes tardías 96.9%.



CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES – LIMA 2015

GRAFICO 6a. CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO: Consejería



**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**TABLA 6b
CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO: Alta y Consejería Integral**

CARACTERÍSTICAS	ADOLESCENTES				Total	
	INTERMEDIAS		TARDIAS		N°	%
	N°	%	N°	%		
Método anticonceptivo solicitado						
Inyectable trimestral	2	6.9	31	48.4	33	35.5
Implante Sub dérmico	5	17.2	9	14.1	14	15.1
T de Cu	2	6.9	7	10.9	9	9.6
MELA	4	13.8	13	20.3	17	18.3
Ninguno	16	55.2	4	6.3	20	21.5

Al análisis estadístico:

Inyectable trimestral: $\chi^2 = 15.043$ gl=1 p= 0.0001 (*significativo*)

Implante subdérmico: $\chi^2 = 0.158$ gl=1 p= 0.6910

T de Cobre : $\chi^2 = 0.373$ gl=1 p= 0.5413

MELA : $\chi^2 = 0.568$ gl=1 p= 0.4511

NINGUNO : $\chi^2 = 28.296$ gl=1 p= 0.0000 (*significativo*)

❖ **Método anticonceptivo solicitado:**

Inyectable trimestral: en el total de adolescentes fue el de mayor proporción 35.5%, siendo en las adolescentes intermedias menor 6.9% que en las adolescentes tardías 48.4%.**(mayor grado de significancia).**

Implante sub-dérmico: en el total de adolescentes representó al 15.1%, siendo en las adolescentes intermedias mayor 17.2% que en las adolescentes tardías 14.1%.

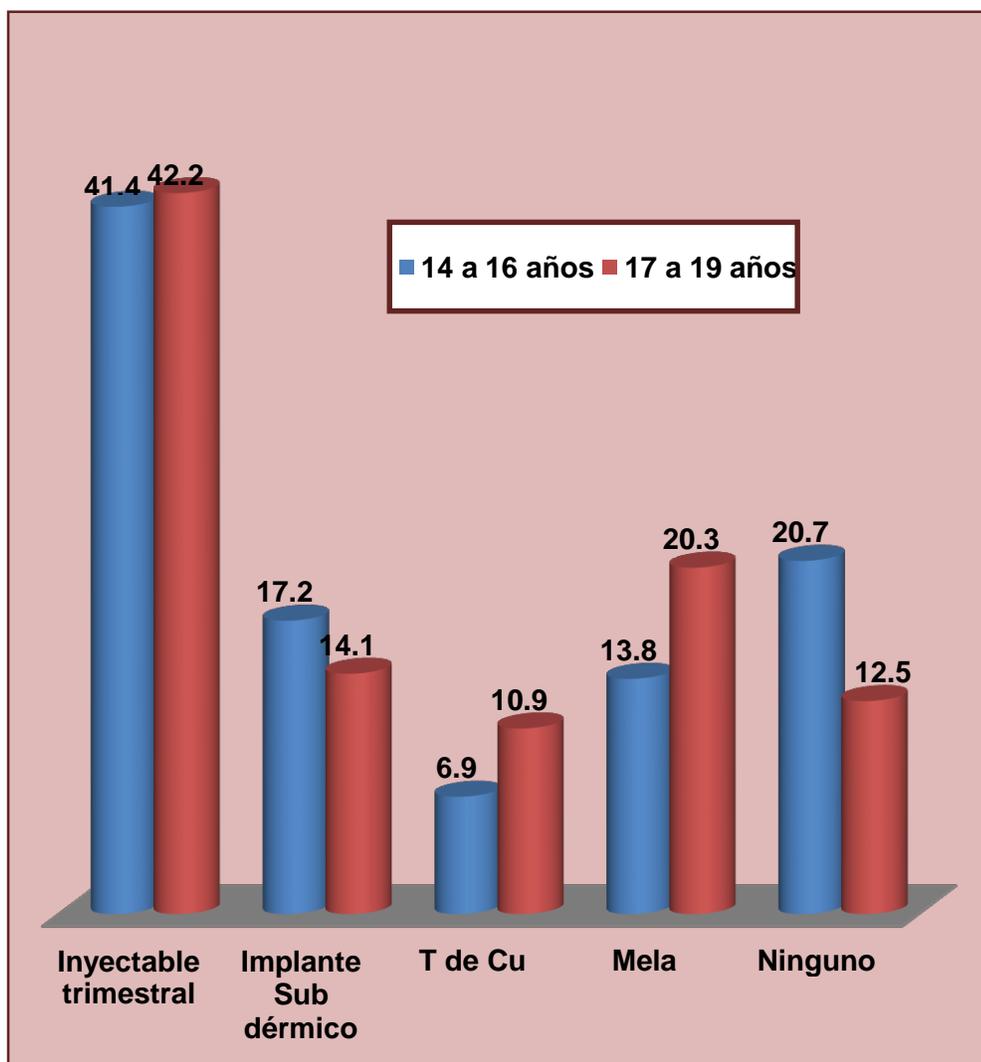
T de Cobre: en el total de adolescentes representó al 9.7%, siendo en las adolescentes intermedias menor 6.9% que en las adolescentes tardías 10.9%.

MELA: en el total de adolescentes representó al 18.3%, siendo en las adolescentes intermedias menor 13.8% que en las adolescentes tardías 20.3%.

NINGUNO: en el total de adolescentes representó al 21.5%, siendo en las adolescentes intermedias mayor 55.2% que en las adolescentes tardías 6.3%**(mayor grado de significancia).**

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES INTERMEDIAS Y TARDIAS,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES – LIMA 2015**

**GRAFICO 6b
CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO:
Método anticonceptivo solicitado**





DISCUSIÓN

El embarazo adolescente constituye un grave problema de salud pública por ser un fenómeno de gran complejidad en donde intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, problema que en la actualidad se han convertido de gran interés debido a la disminución de la edad de gestación y el aumento en el número de adolescentes que se embaraza. Los datos encontrados a nivel mundial revelan que 15 millones de mujeres entre los 14 y 17 años dan a luz cada año, cifra que corresponde a la quinta parte de todos los embarazos ¹⁴.

TABLA 1a y 1b. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Los riesgos de salud, el truncamiento en la trayectoria educativa, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, las dificultades emocionales, físicas e incluso financieras son algunos de los costos socioeconómicos para la joven madre.

El Perú, aún refleja una alta tasa de gestación en adolescentes, lo cual no ha variado en los últimos 20 años, ubicándose como una prioridad en la salud pública, por sus relevantes consecuencias médicas, sociales y económicas, tanto para la madre, el bebé y la sociedad. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012, el 13.5% de las mujeres entre los 15 y 19 años están o han estado embarazadas ¹⁵.

- ❖ **Edades de las adolescentes.** *En el total de la muestra estudiada hubieron en predominio adolescentes entre los 17 a 19 años de edad (68.8%); sin embargo también se presentaron adolescentes entre los 14 a 16 años, que ya eran madres (31.2%). La edad mínima fue de 14 años, la máxima de 19 años con una media de $17 \pm 1,56$ años.*

Rodríguez Aquino ¹⁷, indica que el mayor porcentaje de adolescente embarazada en su estudio, se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presentaron las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Cifras diferentes a las obtenidas en este estudio.

Rodríguez y colaboradores ¹⁸, refieren en su estudio que mayormente su muestra estuvo constituida por adolescentes tardías (56.25%) es decir adolescentes entre las edades de 17 a 19 años. También, Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, refieren en su estudio, que predominaron las adolescentes entre 17 y 19 años con el 67,31%, seguido de las adolescentes entre 14 a 16 años con el 32,20%. Estudios semejantes a este estudio.

Espinoza, Rodríguez y Trejos ²⁰, explica que el embarazo adolescente predomina entre los 15 y 19 años de edad con un 98,6%. Cifras mayores a las encontradas en este estudio.

- ❖ **Estado Civil:** *en mayor proporción fueron convivientes con 62.4% en total; de los cuales 58.6% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 64.1% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.*

Américo Peña y William Peña ²¹, indica en su estudio que el mayor porcentaje de las gestantes fueron convivientes (65,5% y 67,1%, respectivamente). También, Sánchez y Villigua ²², indican en su estudio que el mayor porcentaje tuvo estado civil de unión libre; representada con un 62% de adolescentes. Asimismo, Villalobos y colaboradores ²³, indican que las adolescentes gestantes están o han estado unida (83.1%). Generalmente 67.7% vive con la pareja. Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, con respecto al estado civil, informan que el 55,12% vivían en concubinato, el 41,95% estaban solteras y el 2,93% eran casadas. Estos resultados tienen cifras parecidas a las encontradas en la presente investigación con un 62.4%.

Cantu y del Rincón ²⁴, indica en su estudio que de las 30 adolescentes embarazadas (100%), el 80% de ellas afirmó estar casadas. Rodríguez y colaboradores ¹⁸, refieren en su estudio que el 50% de adolescentes eran casadas y el 46.9% solteras. También, Rodríguez y colaboradores ¹⁸, comentan en su estudio un 46.8% de ellas estaban solteras y 50% casadas. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Sánchez y Villigua ²², indican en su estudio, mayor tendencia en la adolescencia media que oscila entre los 14 a 16 años a un estado civil de unión libre; representada con un 62% de adolescentes. Cifras diferentes encontradas en este estudio.

Al respecto, Alarcón y Rojas ²⁵, expresan que el matrimonio precoz es una variable determinante de la fecundidad, pues aumenta el número de años de exposición al riesgo de concebir y con lo cual estoy parcialmente de acuerdo.

El aumento en el embarazo adolescente, sin un cambio importante en los patrones de unión (legal o consensual), ha llevado a un aumento en la longitud del período de exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial y ha generado un aumento en la proporción de madres solteras. Sin embargo, a pesar de este aumento, en 2010 la mayor parte de los embarazos tempranos (71 %) ocurre dentro de las uniones, siendo la prevalencia del embarazo adolescente de 78 % en las actualmente unidas y de 27 % en las no unidas pero sexualmente activas (Flórez, 2011) ³⁰.

❖ Ocupación: en mayor proporción fueron amas de casa con 73.1% en total; de los cuales 58.6% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 79.7% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.

Salazar, Rodríguez y Dazo ²⁶, indica que en su estudio se observa que el 35% de las mujeres entrevistadas laboran en actividades de venta y servicios, seguidas del 25% que se dedican al hogar y de 15% que son profesionales técnicas o administradoras. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Villalobos y colaboradores ²³, indican que las adolescentes gestantes en su estudio se dedican principalmente a las labores del hogar (76.7%). Cifras semejantes a las encontradas en este estudio.

Rodríguez y colaboradores ¹⁸, manifiestan dentro de las características socioeconómicas de las adolescentes embarazadas, 93.7% no se encontraba trabajando, siendo 87.5% (28) amas de casa. Cifras mayores a lo encontrado en este estudio.

Coincidió, con los autores mencionados ^{18, 23}, en que las condiciones socioeconómicas de un hogar depende en gran medida del vínculo laboral que posea cada uno de los integrantes del núcleo familiar para así cumplir con una de las funciones esenciales que debe desempeñar una familia de lo que depende además su funcionamiento. Si bien queda claro por los resultados obtenidos, un número representativo de las adolescentes estudiadas se ocupaba fundamentalmente de las labores domésticas.

❖ ***Escolaridad: en mayor proporción fue secundaria con 86.0% en total; de los cuales 86.2% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 85.9% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.***

Osorio Alania ¹⁶, indica en su estudio que el mayor porcentaje de escolaridad fue un 75% las que tienen nivel de instrucción secundaria. Cifras menores a las encontradas en este estudio.

UNFPA Perú ²⁷, reporta que el 57% de gestantes adolescentes no cuentan con ningún grado de instrucción, el 47% cuenta con educación escolar (incompleta y completa) y solo el 5% tiene educación superior, poniendo como característica clave su bajo grado de instrucción y a la vez haciéndolas más vulnerables a no poder salir del círculo de la pobreza. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Villalobos y colaboradores ²³, indican que las adolescentes gestantes (36.1%) tiene rezago educativo[©], y el porcentaje aumenta a 74.9% en el caso de las que alguna vez –previamente- tuvieron un embarazo.

En otro contexto latinoamericano similar al de Perú, estamos mencionado el de México, la posibilidad de abandonar la escuela entre mujeres que experimentan un embarazo o han tenido un hijo es mayor a cinco veces respecto de las que no han vivido esta experiencia ²⁹

TABLA 2: CARACTERISTICAS SEXUALES

❖ ***Edad de la menarquia: en mayor proporción fueron entre 12 a 13 años con 57.0% en total; de los cuales 58.6% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 56.3% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años. Se observó una edad mínima a los 10 años, máxima a los 15 años, con una media de 12.14 años y DE ±1,04.***

La OPS/OMS ³¹, considera que existe relación importante entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual, debido a adelantos de la menarquía que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales.

© El rezago educativo es el resultado de un proceso en el que pueden intervenir diversos eventos como la exclusión del sistema educacional (cuando niños y adolescentes se encuentran fuera del sistema escolar y que por su edad deberían estar inscritos en una escuela), el aprovechamiento escolar inferior al mínimo aceptado (implica reprobado alguna o varias materias o, inclusive, el grado escolar), la extra edad (alumnos que cursan grados escolares inferiores a los que, en un sistema regularizado, corresponde con sus edades), y la deserción escolar (el abandono de los estudios emprendidos).²⁸

Valdés, Espinoza y Álvarez³², indicaron en su estudio que el 63.5% de adolescentes había experimentado la menarquia, y su edad media de presentación fue de 11 años. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Rodríguez y colaboradores¹⁸, refieren que predominó los 12 años (53.1%) para las adolescentes gestantes de su estudio, seguido de los 11 años (15.6%). Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Para Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas¹⁹, en su estudio, el 81,95% tuvieron la menarquía los 9-12 años y el 18,05% entre 13 a 15 años.

Restrepo, Zapata, Parra, Escudero, Atalah³³, con respecto a las características de las adolescentes gestantes mencionan que la edad promedio de la menarca fue 12.4 años. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Para Padilla de Gil Marina³⁴, en su estudio realizado en San salvador, la edad promedio de la menarquia (primera menstruación) fue de 12.75±1.30 años.

Según Jiménez, Aliaga y Rodríguez³⁵, “los indicadores del comportamiento reproductivo han sido calculados históricamente solo para las mujeres. Los estudios y las políticas en salud reproductiva se han concentrado obviamente en las mujeres porque ellas producen el principal resultado de interés: los nacimientos. En consecuencia, esta invisibilidad masculina en los indicadores de salud reproductiva refuerza esta tradición por la cual la responsabilidad de asegurar esta dimensión de la salud recae en las mujeres, dando por sentado que los hombres están ausentes o son un impedimento para ello.”

❖ **Edad de inicio de su vida sexual: en mayor proporción fueron entre 14 a 15 años con 43.0% en total; de los cuales 58.6% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 40.6% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años. Con una edad mínima de 14 años, máxima de 17 años, media 14.12 años con una DE \pm 1.25 años. Ninguna de las encuestadas tuvo sus primeras relaciones sexuales en la adolescencia tardía.**

Se observa pues que se está presentando el inicio precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención

Moreno y Rodríguez ³⁶, refieren que la encuesta sobre sexualidad en la juventud española del 2012 en España, reveló que la edad media para el inicio de las relaciones sexuales son los 17 años, y que el 12% de los menores de 15 años ya ha tenido su primera experiencia. La primera vez es más precoz en las chicas respecto a los chicos. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Para Climent ³⁷, en su estudio, ninguna de las encuestadas tuvo sus primeras relaciones sexuales en la adolescencia tardía. Este estudio no coincide con los mostrados en esta investigación.

La encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013) ¹⁰, reveló que el 50 % de mujeres entre 25 y 49 años tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 18,6 años, y el 8 % de las mujeres entre 30 y 34 años tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Otros investigadores como el de González y colaboradores³⁸, plantean el inicio de estas relaciones entre 12 y 17 años, mientras que algunos autores de otros países informan edades que oscilan entre los 15 y 18 años.

Para Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas¹⁹, en su estudio, el inicio de las relaciones sexuales en el 74,15% fue entre los 13-15 años y en el 25,85% entre los 16-18 años, con una edad mínima de 13 años, máxima de 18 años, media 14,67 años con una DE $\pm 1,15$ años. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Osorio Alania¹⁶, indicó en su estudio que en un mayor porcentaje el 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad; sin embargo 21% respondieron haber iniciado a los 11 a 13 años. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Cantu y del Rincón²⁴, indica que en su estudio en México, menos del 30% de las mujeres inician su vida sexual antes de los 18 años. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Para Padilla de Gil Marina³⁴, en su estudio, la edad a la primera relación sexual fue de 15 años en promedio (15.32 ± 1.46), encontrando un 29% que las iniciaron antes de los 15 años. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Rodríguez y colaboradores¹⁸, plantean el inicio de relaciones de las gestantes adolescentes entre 14 y 16 años (81.2%), y sólo 18.7% lo hicieron entre los 10 a 13 años, semejante a nuestros resultados.

Mendoza, Arias, Pedroza, Ramírez, Cáceres et al³⁹, en su investigación refieren que el promedio de la edad de inicio de la actividad sexual (AS) fue de 16 años ($\pm 1,6$ años). Entre las que iniciaron la AS en la adolescencia temprana (<15 años),

esta ocurrió a los 13,5 años ($\pm 0,7$ años), mientras que aquellos que la iniciaron en la adolescencia media (15-16 años) lo hicieron a los 15,5 años ($\pm 0,5$ años) y en la adolescencia tardía (17-19 años) a los 17,7 años ($\pm 0,7$). Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Inés Margot Idrobo Luzuriaga ⁴⁰, refiere en su tesis que la mayoría de adolescentes inició su vida sexual activa a los 13 años de edad (37%); de tal forma que, entre los 12 y 15 años de edad, el 97% de estas adolescentes ya había tenido relaciones sexuales. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

❖ **Número de parejas sexuales: en mayor proporción fue 1 pareja con 39.8% en total; de los cuales 44.8% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 37.5% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.**

García, Menéndez, Fernández y Cuesta ⁴¹, indicaron en su estudio que las adolescentes gestantes declararon tenido una sola pareja sexual el 38,4% de la muestra, mientras que un 58,8% declaró haber tenido dos o más parejas sexuales, de los cuales un 14,1% dijo haber tenido cinco o más. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

En el estudio de Padilla de Gil Marina ³⁴, en el 82% de los casos, el padre de su bebé era su primera pareja sexual, con lo cual suponemos la gestante adolescente sólo había tenido una pareja sexual, sin embargo el 15% había tenido otra pareja anterior y solo el 3% reportaba 2 ó más parejas previas.

Mendoza, Arias, Pedroza, Ramírez, Cáceres et al ³⁹, en su investigación refieren que la primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican.

Moreno y Rodríguez ³⁶, acerca de esta última, en un análisis realizado a adolescentes entre los 16 a 19 años obtuvieron como resultados que seis de cada diez había mantenido relaciones sexuales, de las cuales la mitad ya había tenido más de una pareja sexual.

TABLA 3: CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS

Es cierto que de forma general las adolescentes juegan a ser adultas con frecuencia y practican el sexo desprotegido generalmente, lo que provoca que se produzca el embarazo sin ser planificado ni deseado; no obstante un número cuantioso de adolescentes embarazadas reflejó en la investigación que su gestación era deseada, lo cual es contradictorio con algunos estudios donde expresan que la mayoría de los embarazos son no deseados.

Sin embargo, una investigación llevada a cabo por Climent ³⁷ el cual evidenció que la mayoría de las adolescentes de su estudio a pesar de no planificar el embarazo reaccionó bien ante la noticia y acota además que si bien la maternidad en la adolescencia constituye, a menudo, una experiencia inesperada y conflictiva para las jóvenes y su entorno familiar en muchos casos, el embarazo no implica una

situación de tensión y conflicto, siendo aceptada por la joven mujer, su pareja y su familia.

❖ **Edad de la primera gestación: en mayor proporción fueron entre 18 a 19 años con 48.4% en total; de los cuales 55.2% fueron adolescentes entre 16 a 17 años vs 70.3% que fueron adolescentes entre los 18 a 19 años.**

Osorio ¹⁶, menciona en su estudio, que el primer embarazo de sus entrevistadas estuvo entre los 11 - 13 años a 10 embarazadas (10%), entre los 14 - 16 años a 40 embarazadas (40%) y entre los 17 - 19 años a 50 embarazadas (50%) de un total de 100 gestantes adolescentes. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Inés Margot Idrobo Luzuriaga ⁴⁰, en su tesis evidencia embarazos subsecuentes en la adolescente desde los 14 años, y la frecuencia de los mismos va en aumento de acuerdo a mayor edad; llegando a ser más elevada a los 19 años; sin embargo, es a partir de los 16 años cuando se inicia este incremento paulatino; sin embargo el mayor porcentaje de embarazo adolescente se dieron en el grupo de 15 a 19 años de edad (42%), pero hubo también en adolescentes menores de 15 años (21%). Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Los presentes resultados no se corresponden, con lo encontrado en el estudio de Escobar y Cols ⁴², realizado con 150 adolescentes embarazadas en el Servicio de Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, el cual concluye en

dicho estudio se halló que el primer embarazo se produjo en promedio a los 15,4 años de edad.

❖ **Numero de gestaciones previas:** en mayor proporción fue ninguna gestación con 75.3% en total; de los cuales 75.9% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 75% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.

Rodríguez Aquino ¹⁸, indicó en su estudio que en cuanto a la paridad en adolescente, fueron las nulíparas con el 73%, seguido de las segundígesta 22%, mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes multíparas con 5%. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Idrobo Luzuriaga ⁴⁰, indica que en su estudio el 62% eran primigestas, pero que el 38% restante se constituía en un embarazo subsecuente, es decir eran segundigestas. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Duerto y Núñez ⁴³, en su tesis según el número de gestaciones al momento de la culminación del parto en la población en estudio, el 69,42% eran primigestas (n=168) y el 23,55% eran II gesta (n=57). Las que pertenecían a los grupos de III y IV gestas, representaron El 5,79% (n=14) y 1,24% (n=3) respectivamente. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Espinoza, Rodríguez y Trejos ²⁰, concluyen que el 83,7% de las adolescentes eran primigestas, un 13,3% presentaban un segundo embarazo y el 3% restante

presentaba entre el tercer y cuarto embarazo. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

- ❖ **Fin del embarazo anterior: en mayor proporción fue aborto con 52.2% en total; de los cuales 28.6% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 56.3% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años**

La actitud de rechazo al embarazo lleva a su ocultamiento con gran angustia y en consecuencia, no se acude o se retrasa el control del embarazo. Aquí hay reacciones que llevan a negar el hecho, negar su existencia. En adolescentes muy angustiadas se utiliza todo tipo de mecanismos para ocultar el embarazo. Es por ello que la condena pública ya sea culturalmente o por razones religiosas tiene consecuencias muy negativas que pueden afectar la salud y vida de las adolescentes y del bebé. Esta actitud es muy clara al comparar las adolescentes cuya gestación termina en parto o aborto espontáneo o provocado ⁴⁴.

Aguilar, Zaguma, García y Meléndez ²³, indicaron en su estudio que el 12,3% presentó un aborto previo. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, en lo que respecta a las gestaciones de las adolescentes, observaron fueron primígestas en el 72,68% y múltiparas en el 27,32%.

Morgan y col ⁴⁵, observaron que el 37,1% de gestantes adolescentes tenían el antecedente de aborto previo. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

- ❖ **Espacio entre gestación: en mayor proporción fue entre 18 a < 24 meses con 69.6% en total; de los cuales la gestación menor de 12 meses (42.9%) se presentó en adolescentes entre 14 a 16 años vs gestación entre 18 a < 24 meses 87.5% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.**

Un elemento adicional es que la gestación en las adolescentes a la larga les notablemente, en estrecha asociación con un intervalo intergenésico corto ⁴⁶, más aun si es menor a 18 meses ⁴⁷. En el Perú, en madres adolescentes de 15 a 19 años, dicho intervalo se mantiene alrededor de los 25 meses, mientras que en los otros grupos de edad es casi el doble ⁴⁸.

Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, menciona que de las multigesta adolescentes en su investigación, se encontró en ellas, un período intergenésico menor de 2 años en el 85,71 % y 14,20% en mayor o igual a 2

Padilla de Gil ³⁴, en su estudio refiere las adolescentes presentaron intervalo intergenésico corto (< 18 m) en 5%. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Para Morgan y col ⁴⁵, el período intergenésico mayormente encontrado menor o igual a un año se manifestó en 26.5%. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Escobar, Velasteguí, y Cols ⁴², menciona que el primer embarazo en las adolescentes en su estudio se produjo, en promedio, a los 15.4 años de edad y el subsecuente a los 17 años, con lo cual nos refiere intervalo intergenésico entre 18 a 24 meses. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

TABLA 4: CARACTERISTICAS DE LA GESTACION

Es cierto que no todas las adolescentes embarazadas menores de 19 años tienen riesgo de morbilidad durante el embarazo, parto o período del recién nacido. Por ello, el impacto de la fecundidad adolescente en la morbilidad clínica durante el embarazo es muy variable. La anemia es tal vez la patología más frecuente, dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años ⁴⁴.

❖ **Numero de CPN: en mayor proporción fue más de 6 CPN con 59.2% en total; de los cuales 48.3% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 64.1% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.**

El haber recibido un adecuado cuidado prenatal se relaciona de forma significativa con resultados obstétricos favorables en la gestante adolescente

Villancis C. y Cols ⁴⁹ en Bogotá, menciona en su estudio que las adolescentes embarazadas ingresaron después del primer trimestre al programa.

Las adolescentes por sus características biológicas, de vulnerabilidad y susceptibilidad social, tienden a ingresar de manera más tardía a los servicios de salud y a tener poca adherencia a los controles por miedo a ser juzgadas y rechazadas ³³.

Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, en relación con el control prenatal evidenció que un 64,39% tuvieron un embarazo mal controlado, no controlado en el 27,80% y 7,81% estuvieron controlados. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Restrepo, Zapata, Parra, Escudero, Atalah ³³, con respecto al control prenatal, mencionan que las gestantes adolescentes ingresaron al programa de manera tardía 48,6%, reflejando la poca importancia que le dan las madres adolescentes al control prenatal. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Padilla de Gil ³⁴, informa que el 88% de las adolescentes embarazadas había llevado al menos un control prenatal y más de la mitad, (54%) tenía el mínimo aceptable de cinco consultas que se considera un control prenatal adecuado. El 35% se inscribió en control prenatal durante el primer trimestre del embarazo y un 21% adicional lo hizo entre las 13 y 16 semanas; dando por resultado un 56% de inscripción precoz. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

❖ Complicaciones durante la gestación: en mayor proporción fue ninguna con 79.6% en total; de los cuales 75.9% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 81.3% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años. Sin embargo, mencionamos que la anemia fue la que más se presentó (9.7%), seguido por la infección urinaria (5.4%) y la Hipertensión Inducida por el embarazo (5.4%).

El impacto de la fecundidad adolescente en la morbilidad clínica durante el embarazo es muy variable. La anemia es tal vez la patología más frecuente, dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años. Coinciden los dos períodos de mayor demanda nutricional del ser humano. La segunda patología de mayor frecuencia es la infección urinaria de la embarazada adolescente. La tercera patología es el aumento de la presión arterial o pre eclampsia³⁴.

Idrobo Luzuriaga⁴⁰, observó que el 55% de las adolescentes embarazadas presentaron complicaciones en el embarazo, siendo más frecuente la anemia en un 21%, seguida de complicaciones referentes al peso siendo de 18% el sobrepeso y/o obesidad y un 13% para el bajo peso y un 3% con enfermedades de transmisión sexual, relacionadas con las parejas inestables que tienden a tener las adolescentes; y el 45% no presentó complicación. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Restrepo, Zapata, Parra, Escudero, Atalah³³, con relación a la presencia de patologías, refieren que el 89% de las participantes presentaron infección vaginal y/o urinaria. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Padilla de Gil³⁴, informa que en su muestra de gestantes adolescentes se encontró la anemia ($HB \leq 10.5$) en 16%; citología con Lesión Escamosa Intraepitelial 1%, Nefropatía 6%. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

En la investigación de Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas¹⁹, las complicaciones de gestación de las adolescentes se agruparon de la forma siguiente: infección

urinaria en el 91,71 %, infección del tracto genital en el 90,24%; la hemorragia obstétrica estuvo presente en el 1,95 %; trastornos hipertensivos del embarazo en el 67,32%. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

TABLA 5: CARACTERISTICAS DEL PARTO

- ❖ ***Vía de parto: en mayor proporción fue parto vaginal con 72.0% en total; de los cuales 86.2% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 65.6% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.***

Rodríguez Aquino ¹⁷, indicó en su estudio que la terminación del embarazo en este tipo de pacientes, fue la cesárea 60%, seguido del parto vaginal 40%. Cifras diferentes a las encontradas en nuestro estudio. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Itati et al ⁵⁰, de acuerdo a un estudio realizado en el servicio de Obstetricia del Hospital “Dr. José R. Vidal”, en Argentina, de 134 adolescentes embarazadas atendidas, 75.7% culminaron en parto vaginal y 24.3% por cesárea abdominal. Estos resultados se asemejan con los obtenidos en el presente trabajo. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Sánchez y Villigua ²², indicaron en su estudio de embarazo en adolescentes que la culminación del embarazo en un 45% fue vaginal y el 55% culminó en cesáreas. Cifras diferentes a las encontradas en nuestra investigación. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Duerto y Núñez ⁴³, indican que el las adolescentes de su estudio, el 50.44% terminaron la gestación en cesárea, mientras que el 49.56% lo hacían en parto vaginal. Cifras diferentes a las encontradas en nuestra investigación.

En la investigación de Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, los recién nacidos de madres adolescentes, nacieron por parto vaginal un 56.59% y a través de cesárea 43.41%. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Padilla de Gil ³⁴, informa que en su muestra de gestantes adolescentes el 72% de casos el parto fue vaginal y un 28% ameritó cesárea. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

❖ **Edad gestacional al momento del parto: en mayor proporción fue de 37 a 41 semanas con 93.5% en total; de los cuales 86.2% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 96.9% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.**

En la investigación de Duerto y Núñez ⁴³, la edad gestacional al momento del parto fue pretérmino 9,50%; a término 88,43% y postérmino 5 2,07%. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

En la investigación de Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, la edad gestacional al momento del parto fue del 2,44 % en menores de 28 semanas, del 18,05% entre 28-33 semanas y del 79,51% en el intervalo de 34 y menores de 38 semanas. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Padilla de Gil ³⁴, informa que el 80% de los partos fue de término (37-42 sem.) con 11% de partos de pre-término (42 semanas). Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

❖ **Complicaciones del parto: en mayor proporción fue episiorrafia ampliada (desgarro) con 48.4% en total; de los cuales 72.4% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 48.4% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años. También se presentó la ruptura prematura de membranas 28%, desgarro perineal IV grado 9.7% y el trabajo de parto disfuncional 4.3%.**

Padilla de Gil ³⁴, informa de su estudio complicaciones del parto como parto inmaduro o prematuro 17%, ruptura prematura de membranas 15%, Presentación Anormal 8% entre otros. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Según estudios realizados por Itati et al ⁵⁰, las complicaciones del parto en adolescentes fueron en orden decreciente: distocia de la presentación, falta de descenso de la presentación, sufrimiento fetal agudo, corioamnionitis, doble cesárea anterior, ginecorragias del tercer trimestre y desproporción feto-pelviana. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

En la investigación de Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, las complicaciones presentes al momento del parto en las adolescentes se presentaron en 67 casos y de estos, solo se encontró ruptura prematura de membrana en el 07,32%. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Rodríguez, Rossell, Álvarez y Rojas ¹⁹, reportan de su investigación que la anemia se presentó en el 74,63%; se encontraron otras patologías como: incompatibilidad Rh, toxoplasmosis materna, insuficiencia útero placentaria, diabetes gestacional, condilomatosis vulvar y la sepsis en porcentajes menores. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

TABLA 6: CARACTERISTICAS DEL PUERPERIO

- ❖ ***Alta médica: todas fueron puérpera normal con 100.0% en total; de los cuales 31.2% fueron adolescentes entre 14 a 16 años vs 68.8% que fueron adolescentes entre los 17 a 19 años.***

Desde el punto de vista social, según datos actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre de 2014, revelan que: 16 millones de chicas entre 15 y 19 años, y 1 millón de jóvenes menores de 15 años son madres cada año; y, las complicaciones durante el embarazo y el postparto son la segunda causa de muerte de mujeres entre 15 y 19 años en el mundo⁵¹.

En nuestra investigación, en el tiempo de estudio se pudo observar no hubo ningún caso que amerite ninguna morbilidad o mortalidad por el cual el estado al alta de la adolescente haya variado. Todas tuvieron un alta satisfactoria en el tiempo que según protocolo (visita Fiscalía, Psicología y Servicio Social) y tiempo de estancia ameritaba.

Sin embargo, debemos mencionar que del total de muertes maternas en el año 2000, la mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años de edad representó el 13%,

y para el 2012 en adolescentes de 12 a 17 años de edad el 9,6%, donde la primera causa de muerte materna directa es la HIE seguida del aborto, la hemorragia, y la infección. Con respecto a la mortalidad materna indirecta, el primer lugar lo ocupa el suicidio, que se incrementó de 39% en el 2010 a 44% en el 2012 ⁵², situación entonces en que la adolescente gestante atendida podría estar incluida si es que no se tomar medidas oportunas como la prevención de nuevas gestaciones sobre todo si no es planificado. En el Hospital “María Auxiliadora” en el tiempo de estudio, no hubo ninguna muerte materna en adolescentes.

En relación a la **Consejería** que se brinda a las adolescentes por parte del profesional Obstetra, encontramos según temas propuestos que si lo realizan en mayoría, en ambos grupos, con porcentajes alto. El profesional debe tener unas habilidades especiales para conectar con las adolescentes⁵³, por ello el/la obstetra debe beneficiar y utilizar esta oportunidad de tener a la adolescente en el post parto para iniciar la Consejería Integral que la lleve a empoderarse con conocimientos actualizados brindados sobre diversos temas que involucren en resumen una mejora en la calidad de vida futura de la adolescente, considerando que la entrevista con un adolescente es un momento muy importante y difícil puesto que puede ser la primera y última ocasión de contacto antes de que se estructure como adulta, para ello hay que cultivar –además- ciertas cualidades y conocimientos previos que toda Obstetra tiene en su perfil profesional⁵⁴.

Sobre **signos de alarma**, se debe instruir a la puérpera sobre la fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio, cefalea, vómito, diarrea, salida de flujo o material fétido por vagina; y en caso de presentarse alguno de ellos, indicarle que debe regresar a la institución; encontrando que al 93.5% si le había brindado; (93.1% y 93.5% respectivamente, en ambos grupos de adolescentes).

Martínez, Pineda y Umaña ⁵⁵, en su estudio refieren que el 63.8% comentó que ha recibido educación sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo por el personal de salud que se proporcionó durante el post prenatal, y el 36.2% restante que no ha recibido dicha educación. Flores e Ylatoma ⁵⁶, observaron que sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo el 74.2% de gestantes adolescentes recibió información sobre los signos y síntomas de alarma y un 25.8% no recibió información. Cifras diferentes a las encontradas en este estudio.

Sobre **lactancia materna** se encontró que del total el 98.9% había recibido consejería sobre el tema; (93.1% y 100% respectivamente, en ambos grupos de adolescentes).

El contacto temprano del recién nacido con la madre (en la primera media hora después del nacimiento) evita la hipotermia, facilita la estabilidad cardiorrespiratoria, disminuye el llanto en el recién nacido, favorece la relación madre-hijo, la involución uterina y sobre todo el inicio temprano de la lactancia materna, el cual debe iniciarse a más tardar en la primera media hora posparto, excepto en los hijos de mujer VIH positiva o en aquellas mujeres con prueba rápida para VIH positiva ⁵⁶.

Gissella Paredes Sevillano ⁵⁷, en su tesis menciona que la mayoría de madres de post – parto (79%), señala que no recibió educación sobre lactancia natural durante el control prenatal ni en el post parto, seguido del 21% que indica que si recibió educación. Cifra diferente a los hallazgos en este estudio.

Padilla de Gil ⁵⁸, en su estudio refiere que únicamente el 38% de madres adolescentes pensaba dar lactancia exclusiva, sin tener definido el período durante el cual mantendría este tipo de alimentación.

Sobre **atenciones al recién nacido** encontramos un porcentaje alto (97.8%) de información y consejería sobre el tema; (96.6% y 100% respectivamente), en ambos grupos de adolescentes.

lo cual suponemos que es debido a la importancia que reviste este primer momento de atenciones que la madre adolescente va a brindar a su bebé.

Yenny Andrea Solano Rodríguez ⁵⁹, en su tesis menciona que un hijo en una madre adolescente ocasiona conmoción, pues es inesperado para ellas, así que pueden parecer indiferentes, necesitan apoyo sin descargarla de la responsabilidad, además deberá aprender sobre la crianza, los cuidados básicos, como el baño y alimentación, prepararse para estimular al bebé para lograr su pleno desarrollo.

La tranquilidad de la madre también está relacionada con la forma como se da la comunicación con el equipo de salud, a la actitud de quien la ofrece, a los términos que se utilizan y a la disponibilidad manifiesta del equipo de salud para realizar

todas las actividades a su alcance y a que haya lugar para recuperar la salud del niño. Cifras similares a las encontradas en este estudio.

Sobre **higiene en general** se ha obtenido también un porcentaje alto (82.8%) de adolescentes que refirieron haber recibido este tipo de Consejería de parte de la Obstetra; 82.8% y 82.8% respectivamente), en ambos grupos de adolescentes; considerándolo como información sobre acciones que realiza la madre adolescente con el fin de mantenerse limpia nutrida, descansada, actividades relacionadas con el ejercicio, la ingesta de alimentos y micro nutrientes, así como actividades laborales, para prevenir problemas en ella o en el recién nacido, es decir nos referimos al esmero con que la madre adolescente vigila el restablecimiento de su salud, lo cual es importante porque en el puerperio suceden una serie de cambios y ajustes que aseguren su tranquilidad y la de su recién nacido, tratando incluso de educar a la familia quien con sus costumbres y mitos pueden ocasionar algunas complicaciones.

Granados y González ⁶⁰, tienen resultados diferentes (todos menores) sobre los ítems contenidos en esta pregunta; así por ejemplo mencionan que las puérperas adolescentes pensaban realizan actividades laborales que producen cansancio (80.67%), sobre higiene corporal (42.7%) y consumo siempre de carnes (61.3%). Si unimos esta información observaremos es inferior a la obtenida en nuestro estudio.

Sobre **seguimiento** considerando información sobre las citas de controles posteriores (a la semana y al mes) entre otras cosas también el reinicio de relaciones sexuales, comprobamos que es el menor porcentaje (76.3%) de lo referido, (72.4% y 78.1% respectivamente), en ambos grupos de adolescentes. Desde el punto de vista sanitario, el acceso a los adolescentes es complicado, en primer lugar, porque no acuden a los centros de salud, punto de entrada al sistema sanitario, y en segundo lugar, por la desconfianza que muestran hacia los adultos ⁵³, por lo que se debería tener más en cuenta este tema en lo futuro. No se han encontrado investigaciones que muestren sus resultados para discutir con el nuestro; sin embargo debemos insistir que es un tema importante por la problemática que se desarrolla posteriormente como la depresión post parto y las infecciones.

Sobre **planificación familiar**, se ha observado un promedio alto (89.2%), sobre lo que es planificación familiar en el enfoque de la paternidad responsable y metodología anticonceptiva; siendo de 72.4% y 96.9% respectivamente, en ambos grupos de adolescentes, cifras que siendo diferentes entre ambos grupos es de preocupación más aún si pensamos que las adolescentes sobre todo las tempranas deberían por su salud evitar una gestación en corto plazo (menos de dos años) por las complicaciones que pudiesen tener, sobre todo las sociales.

En la investigación de Padilla de Gil ⁵⁸, el 74% de las madres adolescentes contestó que sí habían recibido información (consejería), cifra menor a la que hemos encontrado.

Osorio Alania ⁶¹, indico en su estudio que el 82% de puérperas adolescentes tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, brindados por profesional competente como los obstetras. Cifras ligeramente menor a las encontradas en nuestro estudio.

Para Venegas M ⁶², el 74,4% de las adolescentes refirieron tener un buen nivel de conocimiento recibido de profesional de salud, Cifras menor a las encontradas en este estudio.

El haber recibido información de planificación familiar muestra, nuevamente, un efecto positivo relacionado probablemente con el hecho de que la variable se refiere al momento de la encuesta y no al momento de ocurrencia del embarazo. Para reducir la prevalencia del embarazo entre todas las adolescentes se requiere disminuir mucho más la prevalencia entre las expuestas al riesgo de embarazo consecutivamente.

- ❖ **Método anticonceptivo solicitado: fueron los Inyectable trimestral (41.9%), el Implante Sub dérmico (15.1%), el dispositivo T de Cu (9.7%), Método lactancia amenorrea: MELA (18.3%), y ningún método (15.1%)**

Según el INEI ¹⁰ en su publicación de Salud Sexual y Reproductiva Adolescente y Juvenil, el 1,4% tiene dos hijos o tiene uno y está gestando el segundo, mientras que un 0,5% tiene ya tres hijos o tiene dos y está gestando el tercero. Pensamos es por falta de acceso a los métodos anticonceptivos.

Padilla ³⁴, indica un franco predominio de las madres adolescentes por el método inyectable, en el 61% de casos, cifras superior a las encontradas.

Venegas M ⁶², en su estudio indica que el anticonceptivo más utilizado posterior al parto fue el dispositivo intrauterino con un 45,7%; cifra totalmente mayor a la nuestra.

Mendoza et al⁶³, en su estudio mencionan que el anticonceptivo más usado después de la primera gestación por las adolescentes fue principalmente los inyectables 40%. Cifras ligeramente superior a las encontradas en este estudio.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestros resultados predominantemente se concluye en lo siguiente:

❖ **Características personales** del total de la muestra predominó las adolescentes entre los 17 a 19 años de edad; convivientes (adolescentes tardías), amas de casa (adolescentes tardías, con mayor grado de significancia), y con educación secundaria (adolescentes intermedias).

❖ **Características sexuales**, presentaron menarquia entre 12 a 13 años (adolescentes intermedias), iniciaron vida sexual entre 14 a 15 años (adolescentes intermedias, con mayor grado de significancia), reportan una sola pareja sexual (adolescentes intermedias).

❖ **Características reproductivas**, tuvieron su primera gestación entre los 18 a 19 años (adolescentes tardías, con mayor grado de significancia), no presentaron gestaciones previas (adolescentes intermedias), en relación al embarazo anterior culminó en aborto (adolescentes intermedias), y el espacio entre gestación y gestación de las que tuvieron fue entre 18 a menos de 24 meses (adolescentes tardías, mayor grado de significancia).

❖ **Características de la gestación**, tuvieron 6 controles prenatales (adolescentes tardías, mayor grado de significancia), y no presentaron ninguna complicación durante la gestación (adolescentes tardías).

❖ **Características del parto**, tuvieron parto vaginal (adolescentes intermedias, con mayor grado de significancia), edad gestacional al momento del parto entre 37 a 41 semanas (adolescentes tardías), complicaciones del parto episiorrafia (adolescentes intermedias, con mayor grado de significancia).

❖ **Características del puerperio**, tuvieron alta médica normal, recibieron consejería sobre signos de alarma del puerperio, lactancia materna (adolescentes tardías), atención al recién nacido, auto atención del puerperio, nutrición e higiene en general, seguimiento, y planificación familiar, el método anticonceptivo más solicitado fue el inyectable trimestral (adolescentes tardías, con mayor grado de significancia).



RECOMENDACIONES

Se sugiere a los profesionales responsables de la atención materna en las adolescentes, lo siguiente:

- ❖ En las atenciones prenatales dirigidas a la madre adolescente incluir a su núcleo familiar, para la adopción de métodos anticonceptivos que le permitan una recuperación efectiva en su salud en general, propiciando el periodo intergenésico largo.
- ❖ Trabajar en conjunto con las Instituciones Educativas, para reforzar los conocimientos de los adolescentes sobre la utilización de los métodos anticonceptivos.
- ❖ Realizar otros estudio de diseño cualitativo, para profundizar en la problemática posterior al parto de las adolescentes



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2010. Informe sobre Desarrollo Humano. Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano. Nueva York: 2010.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo en adolescente: OMS; 2009.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas, FPNU, (En inglés *UNFPA*, United Nations Fund for Population Activities). Prevención del Embarazo Adolescente. Asesoría Regional en Salud y Reproductiva. México; 2011.
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Semana de la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Oficina de Comunicaciones UNFPA. Perú; 2011.
5. Singh S y otros. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes." *Studies in Family Planning*. 41(4): págs. 241 a 250. 2010
6. Romero M. Salud reproductiva. 1 ed. EE.UU: Publicación de la Organización panamericana de la salud; 2012. 133
7. Ulanowicz M. Riesgos en el embarazo Adolescente. *Revista de Posgrado de la Via Catedra de Medicina [revista en internet]** 2009 enero. [acceso 02 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/especiales/coinversion2007/derechossexyreprod/numeralia/riesgosenembarazoadolescentedatosinternacionales.pdf>
8. Lezcano S. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. 1 ed. Madrid: Elsevier; 2010.

9. Laffita A. Adolescencia e interrupciones del embarazo. Revista COG [revista en internet]* 2009 octubre. [acceso 30 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2013.
11. Pereira J. Protección de Derechos y Acciones de Advocacy en el Trabajo con padres y madres Adolescentes. En G. Corbo y C. Guida, Maternidad y Paternidad en la adolescencia. Problema: ¿para quién? Desafíos de las políticas públicas (p. 99 - 119) Montevideo: 2011a. PNUD/MIDES
12. Aguilar S, Zaguma S, García M, Meléndez R. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Perú. En: Rev enferm Herediana. 2014;7(2):162-169
13. Okumura A, Maticorena A, Tejeda E, Mayta P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2014 Dec; 14(4): 383-392.
14. Velasco O, Castrillón E. Suicidio de niños y adolescentes...Situaciones de riesgo, alternativas de prevención. Popayán. Editorial Universidad del Cauca. 2010.
15. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de estadística e informática; 2012 [Citado el 29 de setiembre de 2012] Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
16. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014

17. Rodríguez V. "Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús" de Setiembre 2012 a Febrero del 2013. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia. Guayaquil – Ecuador Año 2013
18. Rodríguez A, Rodríguez A, Vinet M, Infante M. Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de Nuevo Turumo. Venezuela. 2007- 2008. Rev haban cienc méd. 2013, vol.12, n.2, pp. 249-256. ISSN 1729-519X
19. Rodríguez I, Rossell M, Álvarez T, Rojas L. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013 Sep; 73(3): 157-170.
20. Espinoza M, Rodríguez M, Trejos M. Caracterización de la Adolescente Embarazada atendida en la "Clínica Francisco Bolaños". Rev Med Costa Rica y Centroamérica. LXVI (587): 21-2009.
21. Peña A, Peña W. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho, Perú. Tema Libre presentado al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, octubre de 2010. En: Rev. Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 43-48
22. Sánchez M, Villigua G. "Prevalencia de embarazo en adolescentes ingresadas en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda durante el periodo enero del 2010 a diciembre del 2010". Universidad Técnica de Manabí. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina. Portoviejo, Ecuador, Diciembre del 2011
23. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional

- en México. Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México. En: Salud pública de México / vol. 57, no. 2, marzo- abril de 2015
24. Cantu A, García J, del Rincón L. El Embarazo no Planificado en la Adolescencia. Universidad de Monterrey. Nuevo León, México. Mayo del 2013
25. Alarcón ME, Rojas D. Aproximación a la Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes en América Latina. Análisis de las fuentes de secundarias. Paraninfo digital. Monográficos de investigación en salud. 2011; V(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/093d.php>
26. Salazar A, Rodriguez L, Dazo R. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y Municipios Aledaños. Bogotá, Colombia ISSN 0123-3122 – Pers. bioet. vol 11 rev. n 2 (29). 2009; pag. 170-181
27. UNFPA [Internet]. Lima, Perú: Fondo de Población de Naciones Unidas; 2013 [Citado el 15 de setiembre de 2013] Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/eaperu>
28. Muñoz C. Construcción del conocimiento sobre la etiología del rezago educativo y sus implicaciones para la orientación de las políticas públicas: la experiencia de México. REICE 2009;7(4):10-27.
29. De Jesús D, González G. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana 2014;17:98-123.
30. Flórez, C.E. Tendencias del embarazo adolescente. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Investigación. (Inédito). 2011.

31. OPS/OMS-FNUAP-UNICEF Manual de monitoreo y evaluación de programas de Salud Sexual y Reproducción de Adolescentes y jóvenes. 2011.
32. Valdes W, Espinoza T, Alvarez G. Menarquia y factores asociados. Facultad de Ciencias Médicas del 10 de octubre. La Habana Cuba 2010
33. Restrepo S, Zapata N, Parra B, Escudero L, Atalah E. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Universidad de Chile. Santiago Chile ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICIÓN Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición Vol. 64 Nº 2, 2014
34. Padilla de Gil M. [En línea]. Aspectos Médicos y Sociales de la Maternidad en la Adolescencia. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. Trabajo premiado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el Premio Nacional de Medicina en la Sociedad Salvadoreña de Obstetricia y Ginecología. [Consultado el 02 de setiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogja/pdf/2000/VII1aspectos.pdf>
35. Jiménez A, Aliaga L, Rodríguez J. Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de desarrollo del milenio de acceso universal a la salud reproductiva, serie Población y Desarrollo, no. 97. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL. 2011.
36. Moreno A, Rodríguez E. Informe Juventud en España 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de la Juventud; 2013. Report No.: ISBN: 978-84-15368-06-9.

37. Climent, GI. Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy, San Salvador de Jujuy, 2009; (37). Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042009000200010&lng=es&nrm=iso
38. González Y, Hernández I, Conde M, Hernández R, Brizuela SM. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. AMC [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2011 Dic 08] ; 14(1):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000100013&lng=es
39. Mendoza L, 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.
40. Idrobo I. Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes. Centro de Salud de Catamayo. 2010. Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas. Clínica En Salud Sexual y Reproductiva. Guayaquil -Ecuador 2012
41. García E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes, Universidad Oviedo de España. Mayo 2012. Volumen 5 No 1. PP. 79-87.
42. Escobar D, Velasteguí D, y cols. Factores de Riesgo Relacionados con Embarazo Subsecuente en Adolescentes. Rev. Ecuat. Pediatr 9 (1): 20-25, 2009
43. Duerto C, Núñez J. Culminación de embarazos: cesárea vs. parto en adolescentes, Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, Ciudad Bolívar,

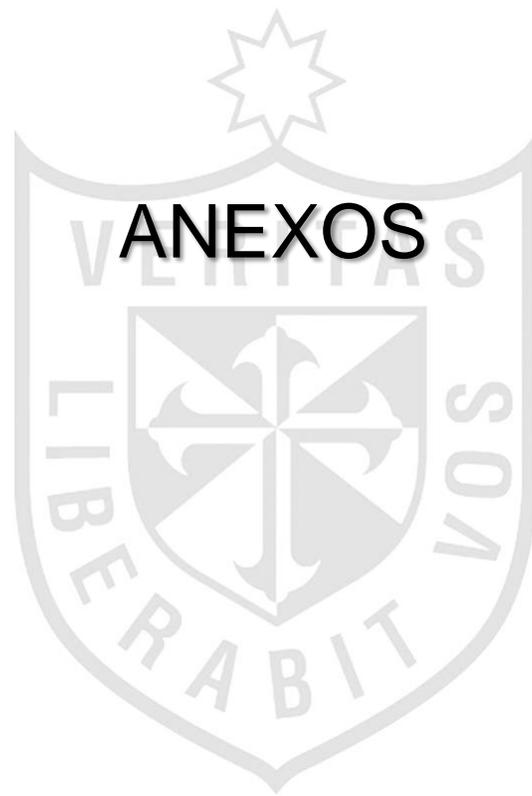
Edo. Bolívar, Agosto-Septiembre 2009. Universidad de Oriente Núcleo Bolívar
Escuela de Ciencias de la Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta” Departamento
de Ginecología y Obstetricia. Ciudad Bolívar, Abril de 2010

44. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe en América Latina y el Caribe. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG Lima, Perú, enero 2011
45. Morgan F, Douriet F, Baez J, Muños A, Osuna I. Factores sociodemográficos asociados con nacimiento pretérmino. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(2):103- 109.
46. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; Fondo de Población de Naciones Unidas. La mortalidad materna en el Perú, 2002 al 2011. Lima: MINSa; 2013.
47. Ventura W, Ventura J, Nazario-Redondo C. Perinatal outcomes associated with subsequent pregnancy among adolescent mothers in Peru.. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;117(1):56-60
48. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2013;30(3):471-9 .
49. Villancis C, Becerra D, Negrete L. [En línea]. Adherencia al control prenatal en la Clínica de Gestantes Adolescentes del Hospital de Engativá de Bogota. Tesis Universidad Nacional de Colombia. 2012. [Citado 10 de setiembre de 2015]; Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6455/#sthash.c9YAyxwn.dpuf>

50. Itati G, Salinas R, Zunino F, Locatelli V. 2009. Vías de Terminación de Embarazo Adolescente versus Embarazo Adulto. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. (191): 12-16.
51. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sitio Web de OMS. [En línea]; 2014 [Citado el 08 de setiembre de 2015]. Disponible en: HYPERLINK "<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>"
52. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Bol Epidemiol (Lima). 2012;21(52):892-6
53. Cornellà I, Canals J, Llusent A. Particularidades de la entrevista adolescente. Form Med Contin Aten Prim. 2009; Marzo; 12(3).
54. Moreno N. Salud Sexual y Reproductiva del Niño-Adolescente: Sesión 3. Texto Guía Salud Sexual y Reproductiva USMP-FOE-EPO, 2015.
55. Martínez F. Pineda M. y Umaña G. "Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma y las complicaciones en el embarazo por parte de las usuarias en estado gestacional que asisten a la Unidad de Salud Dr. Mauricio Sol Nerio, en el barrio San Jacinto, departamento de San Salvador, de Abril a Junio de 2010." [tesis doctoral]. El Salvador: "Universidad el Salvador"; Julio 2010.
56. Graça LCC, Figueiredo MCB, Carreira MTC. Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. Revista de Enfermagem Referência 2011; 3(4):27-35.
57. Paredes G. "Frecuencia y porcentaje sobre conocimientos y creencias de lactancia materna en una muestra de 150 pacientes del área de post- parto del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor". Universidad de Guayaquil

Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia. Guayaquil-Ecuador
2013.

58. Solano Y. Significado de la experiencia, para la madre adolescente de la hospitalización del recién nacido en la Unidad Neonatal. Hospital Engativá, 2012. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2012.
59. Cardozo S, Bernal M. *Adolescentes en puerperio y sus prácticas en cuidad. Universidad Nacional de Colombia. REVISTAS.UNAL.EDU.CO/*
60. Granados L, González A. Prácticas de cuidado que hacen las gestantes adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer En Med UNAB. Vol. 14(1):9-14, Abril - Julio de 2011
61. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014.
62. Venegas M. Uso de Métodos Anticonceptivos en Madres Adolescentes y su relación con Variables Biológicas y Sociales [Tesis]. Universidad de Concepción. 2009.
63. Mendoza L, Arias M, Mendoza L. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012; 77 (5): 375- 382.



CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES
FICHA DE DATOS. N°

1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Edad

- 14 a 15 años
- 16 a 17 años
- 18 a 19 años

Estado Civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente

Ocupación

- Estudiante
- Ama de casa
- Trabajadora
- Otro

Escolaridad

- Primaria
- Secundaria
- Técnica
- Superior

2. CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Características Sexuales

Edad de la menarquia

- 10 a 11 años
- 12 a 13 años
- 14 a 15 años
- 16 a 17 años

Edad de inicio de su vida sexual

- 12 a 13 años
- 14 a 15 años
- 16 a 17 años
- 18 a 19 años

Número de parejas sexuales

- 1 pareja
- 2 parejas
- 3 parejas

4 parejas

5 a más parejas

Características Reproductivas

Edad de primera gestación

- 14 a 15 años
- 16 a 17 años
- 18 a 19 años

Número de gestaciones previas

- Ninguna gestación
- 1 gestación
- 2 gestación
- 3 a más gestaciones

Fin del embarazo anterior (*En caso de haber tenido embarazos previos*)

Parto

Aborto

Espacio entre gestación

<12 meses

12 meses a < 18
meses

18 meses a ≤ 24
meses

3. CARACTERÍSTICAS DE LA GESTACIÓN

Número de CPN

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin CPN | <input type="checkbox"/> 5 a 6 CPN |
| <input type="checkbox"/> 1 a 4 CPN | <input type="checkbox"/> Más de 6 CPN |

Complicaciones durante la gestación

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Inducida por el embarazo | <input type="checkbox"/> Amenaza de parto pretérmino |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Infección urinaria | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Amenaza de aborto | |

4. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

Vía de parto

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vaginal | Tiempo de labor de parto |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Dentro de la curva de alerta |
| | <input type="checkbox"/> Fuera de la Curva de alerta |

Edad gestacional al momento del parto.

- 28 a menos de 37 semanas de gestación.
- 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- 42 o más semanas de gestación.

Complicaciones del parto:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ruptura Prematura de Membranas | <input type="checkbox"/> Episiorrafia |
| <input type="checkbox"/> Parto Obstruido | <input type="checkbox"/> Desgarro Perineal |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de parto disfuncional | <input type="checkbox"/> Desgarro de cérvix |

5. CARACTERÍSTICAS DEL PUERPERIO

Alta Médica:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Puérpera Normal | <input type="checkbox"/> Puérpera con complicaciones |
|--|--|

Recibió Consejería sobre:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Signos de alarma | <input type="checkbox"/> Planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Lactancia materna | <input type="checkbox"/> Otros |

Complicaciones del Puerperio

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Síndrome Febril | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia post parto | |

ANEXO

ASENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES TEMPRANAS Y TARDÍAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES – LIMA 2015

Hola mi nombre es MERRILYN LILIA MENDOZA ROMERO y estoy realizando un estudio para conocer acerca de las características de las madres adolescentes tempranas y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2015.

Tu participación en el estudio consistiría en responder las preguntas del cuestionario.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, si tú no quieres hacerlo puedes decir que **no**. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____.