



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
PUÉRPERAS MULTÍPARAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN
EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2014-2016**

PRESENTADA POR
SELENE WILCAMANGO SALAS

ASESOR

M. E. ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA

TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2019



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
PUÉRPERAS MULTÍPARAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN
EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2014-2016**

TESIS

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADA POR

SELENE WILCAMANGO SALAS

ASESOR

M. E. ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA

LIMA, PERÚ

2019

A mi familia, por ser la bendición más
grande que Dios me ha dado

AGRADECIMIENTOS

A los médicos especialistas del Instituto Nacional Materno Perinatal, que contribuyeron para la realización del presente trabajo.

A Ericson Leonardo Gutierrez Ingunza, médico especialista en Gestión en Salud, por su orientación, consejos y dedicación para la realización de esta tesis.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	4
III. RESULTADOS	7
IV. DISCUSIÓN	11
CONCLUSIONES	15
RECOMENDACIONES	16
FUENTES DE INFORMACIÓN	17
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes puérperas multíparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población estuvo constituida por todas las adolescentes puérperas multíparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016. Se estudió 567 adolescentes cuyos datos fueron recolectados del Sistema Informático Perinatal.

Resultados: El 96.3% de las pacientes pertenecían a la adolescencia tardía, eran convivientes (80.8%), con secundaria incompleta (51.3%), amas de casa (88.7%), con mediano riesgo social (54.7%) e IMC pregestacional normal en el 57.7%. La mayoría (70.7%) fueron gestantes no controladas, con inicio tardío de controles prenatales (75.5%), predominancia de partos a término (86.2%) y, eligieron a los inyectables (45.9%) como anticoncepción al egreso. La mayoría tuvo dos embarazos (85.7%), dos partos (95.9%), ningún aborto (89.2%) y hubo predominio de partos vaginales (67.5%).

Conclusiones: Las características clínicas y epidemiológicas de las multíparas adolescentes son similares a estudios previos, con excepción del predominio de partos a término, diferente a algunos trabajos que lo asocian a partos pretérmino. El control prenatal fue inadecuado, considerándose como gestantes no controladas.

Palabras clave: Embarazo, adolescencia, multiparidad, cesárea

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of multiparous puerperal adolescents treated at the Instituto Nacional Materno Perinatal between 2014 - 2016.

Methodology: A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study was carried out. The population consisted of all multiparous puerperal adolescents treated at the Instituto Nacional Materno Perinatal between 2014 and 2016. 567 adolescents were studied whose data were collected from the Sistema Informático Perinatal.

Results: 96.3% of the patients belonged to late adolescence, were living in common law union (80.8%), with incomplete secondary education (51.3%), housewives (88.7%), with medium social risk (54.7%) and normal pregestational BMI in 57.7%. The majority (70.7%) were uncontrolled pregnant women, with late onset of prenatal controls (75.5%), predominance of full-term deliveries (86.2%) and, choosing injectables (45.9%) as contraception at discharge. The majority had two pregnancies (85.7%), two deliveries (95.9%), no abortion (89.2%) and predominance of vaginal deliveries (67.5%).

Conclusions: The clinical and epidemiological characteristics of adolescent multiparas are similar to previous studies, with the exception of predominance of full-term deliveries, different from some works that associate it with preterm births. Prenatal control was inadequate, considered as uncontrolled pregnant women.

Keywords: pregnancy, adolescence, multiparity, cesarean section

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas, la adolescencia es la etapa que se produce entre la niñez y la vida adulta, está comprendida entre los 10 y 19 años ⁽¹⁾, y se divide en tres etapas: temprana, media y tardía ⁽²⁻⁴⁾; además, es un periodo de mayor vulnerabilidad, en el que se prepara para la vida adulta pues crea las bases para su desarrollo individual y cuenta con riesgos considerables ^(5, 6), entre ellos quedar embarazada y tener hijos antes de adquirir la madurez física, emocional y social necesaria ^(5, 7).

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que está relacionado con el aumento de la mortalidad infantil y materna, con tres repercusiones: médicas, para la madre como el aumento de la incidencia de cesáreas y multiparidad, sociales como deserción escolar, desempleo, etc. y consecuencias para el recién nacido como el mayor riesgo de mortalidad perinatal y bajo peso al nacer; lo que perpetúa el círculo de enfermedad y pobreza, que se traduce en feminización de esta última ^(5,8-10).

Intentar explicar este fenómeno es complicado por las múltiples causas implicadas; una revisión publicada en 2014 informó que el núcleo de las prácticas y conductas de riesgo se encuentra en las diferentes maneras de vivenciar lo femenino y masculino en el ejercicio sexual ⁽¹¹⁾. Muchas adolescentes empiezan a tener relaciones sexuales precoces por curiosidad y el embarazo se presenta de forma accidental y por la falta o inadecuada información sobre métodos anticonceptivos; en otros casos, se presenta porque buscan llenar un vacío emocional o es producto de relaciones sexuales forzadas o al estar casadas, se sienten presionadas para procrear, entre otras causas ^(7, 11).

El embarazo temprano aumenta la probabilidad de sucesivos embarazos no deseados con la consecuente multiparidad en este grupo etario y de una descendencia más numerosa al final de la vida reproductiva de la mujer, por lo que sus problemas se agravan en el ámbito educativo, económico y de relación afectiva presente en el primer embarazo ya que, por lo general, las jóvenes retornan a su educación interrumpida después del primer parto ⁽¹²⁾. Los factores de riesgo para la

multiparidad en la adolescencia son diversos: tener menos de 16 años en el primer embarazo, abandono escolar, pareja mayor de 20 años, nivel educativo menor al esperado para su edad en el primer embarazo, abandono del hospital sin control de la natalidad, entre otros ⁽¹³⁾.

Para 2011, había 1300 millones de adolescentes en el mundo ⁽¹⁴⁾ y a pesar de que, a nivel mundial, se ha notado un descenso de las tasas de natalidad en este grupo, el 11% de todos los nacimientos se producen en adolescentes de 15 a 19 años, con una tasa de natalidad mundial en este grupo etario de 49 por 1000 adolescentes. Ello se presenta con mayor frecuencia en comunidades rurales, pobres y poco instruidas ⁽⁸⁾.

A nivel de Perú, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años ha presentado un leve incremento (0.2%), de 13.2% a 13.4%, entre 2012 y 2017. Se presentó sobre todo en mujeres con educación primaria, con menor quintil de riqueza, que residen en áreas rurales y viven en la selva ⁽¹⁵⁾.

Al revisar literatura mundial, Amen K et al., en Ecuador, encontraron que la multiparidad entre los 15 a 19 años, se relacionó con bajo o ausente nivel educativo y nivel socioeconómico bajo y medio bajo ⁽¹⁶⁾; por otro lado, Gómez A et al., en Bogotá, encontró que las adolescentes no se embarazan por ignorancia o falta de información, sino que es un fenómeno complejo y que la prevención se debería enfocar en la construcción de los sujetos hacia los cuales se deben dirigir puntuales intervenciones, ya que el significado del embarazo en la adolescencia es diferente en los distintos estratos socioeconómicos ⁽¹⁷⁾. Caño D, en Ecuador, encontró que los principales factores que contribuyen a la multiparidad en las adolescentes son: el nivel socioeconómico bajo, la edad y el abandono escolar ⁽¹⁸⁾.

En Perú, Morales J et al. en la sierra rural de Ayacucho reportó que la mayoría de las gestantes adolescentes eran primíparas, no han culminado la secundaria, inician relaciones sexuales de forma precoz, carecen de educación sexual y no emplea métodos anticonceptivos ⁽⁹⁾; por otro lado, Aparicio, en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, informó que la mayoría de las multigestas adolescentes son

solteras, tienen secundaria completa, con controles prenatales inadecuados y con poco acceso a los métodos anticonceptivos ⁽¹⁹⁾.

Por lo tanto, la reincidencia del embarazo en la adolescencia (multiparidad en este grupo etario), merece atención especial, ya que significa que la fecundidad se inició a muy temprana edad y con un corto intervalo intergenésico ⁽²⁰⁾. Además, la gran mayoría suelen ser embarazos no deseados y/o por uso incorrecto de los métodos de planificación familiar ⁽²¹⁾; cabe recalcar que, si el primer embarazo trae repercusiones negativas, la multiparidad acarrea mayores dificultades, lo que demuestra el fracaso del sistema de salud en la prevención ⁽²⁰⁾.

Al ser un problema complejo, la sola prescripción de anticonceptivos no es suficiente para prevenir la multiparidad, se requiere un seguimiento posparto más intenso ⁽¹³⁾ que considere todos los aspectos que los rodean, desde las estructuras sociales, políticas y demográficas, que incluyan su entorno familiar y sus pares ⁽²²⁾, ya que las repercusiones de la multiparidad afecta la familia y la comunidad, generando un costo económico para el país por la pérdida de ingresos anuales que esta joven hubiera producido ⁽⁴⁾; además, Esta realidad no es ajena a nuestra práctica clínica diaria ya que al visitar los diversos servicios de obstetricia en los hospitales públicos es frecuente encontrarnos con estas pacientes, lo que despertó el interés para la realización del presente trabajo. Por lo tanto, el conocimiento de las tendencias y magnitud de este problema son claves para la búsqueda de nuevas medidas o la modificación de las existentes. Para estudiar este problema, el Instituto Nacional Materno Perinatal, un establecimiento de salud de categoría III – 2, puede brindar datos que pueden ser extrapolados a la realidad nacional.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea este estudio con el objetivo general de determinar las características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes púerperas multíparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016 y con los objetivos secundarios de determinar las características clínicas de las adolescentes multíparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal y determinar las características epidemiológicas de las adolescentes multíparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016.

II. METODOLOGÍA

Tipos y diseño

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Diseño muestral

Población universo

Todas aquellas pacientes puérperas multíparas adolescentes cuyo parto fue atendido en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre el 2014 y 2016, con edades comprendidas entre 10 y 19 años.

Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por 567 puérperas adolescentes multíparas, es decir, que hayan tenido dos o más partos, incluyendo el actual y cuyo último parto fue atendido en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016.

Tamaño de la muestra

Se trabajó con la totalidad de la población de estudio, por lo que no se realizó muestreo.

Criterios de inclusión

- Adolescente puérpera multípara (que tuvo dos o más partos) cuyo último parto fue atendido en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo comprendido entre el 1 enero de 2014 al 31 de diciembre de 2016.

Criterios de exclusión

- Adolescente multípara cuyo embarazo terminó en aborto
- Pacientes cuyos datos no estén completos

Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, se revisó la información de las pacientes puérperas, cuyo parto fue atendido en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016, las cuales fueron consignadas en las historias clínicas y posteriormente ingresadas a la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), de donde se obtuvo la información para el presente estudio; posteriormente, se seleccionó a las pacientes multíparas adolescentes, entendiéndose por multípara como aquella mujer que ha completado dos o más embarazos ⁽²³⁾ y se revisaron sus datos para verificar que cumplan con los criterios de selección.

Para conocer las características clínicas y epidemiológicas de las multíparas adolescentes se estudiaron las variables: tipo de adolescencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación, riesgo social, índice de masa corporal (IMC), Edad gestacional al primer control prenatal, si la gestante fue o no controlada, tipo de parto de acuerdo con la edad gestacional, vía de culminación del embarazo, método anticonceptivo elegido al egreso hospitalario y algunos componentes de la fórmula obstétrica y cesáreas.

Para conocer el tipo de adolescencia en el que se encontraban, se clasificó en tres grupos de acuerdo con la edad: Temprana (10 a 13 años) media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) ^(2 - 4). Por otro lado, el riesgo social, catalogado como bajo, mediano y alto; es una evaluación y clasificación realizada por la asistente social del Instituto Nacional Materno Perinatal, basada en datos personales, de vivienda, disposición de servicios básicos, carga familiar, ocupación de la paciente y del cónyuge.

Otra variable fue el índice de masa corporal (IMC), que nos permite conocer el estado nutricional de una persona, se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros; tomando la clasificación de la OMS se divide en bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad I, obesidad II y obesidad III ⁽²⁴⁾.

Para el inicio de controles prenatales se tomó como punto de corte las 14 semanas de gestación, debido a que, según el esquema básico de atención prenatal del Ministerio de Salud, el primer control prenatal debe llevarse a cabo antes de esta

edad gestacional para garantizar la aplicación de un paquete básico de intervenciones adecuadas y según este mismo esquema se considera como gestante controlada a aquella gestante que cumpla con seis o más controles prenatales (CPN) ⁽²⁵⁾.

Para el tipo de parto de acuerdo con la edad gestacional, se las clasificó en pretérmino, a término y prolongado, entendiéndose como pretérmino a aquel parto que se presentó antes de las 37 semanas; parto a término, a aquel parto que se presentó entre las 37 a 41 semanas 6 días y como parto prolongado al que se presentó a las 42 semanas o más de embarazo ⁽²³⁾.

Posteriormente, se procedió con su revisión detallada y se ordenó de manera sistemática para su procesamiento y análisis.

Procesamiento y análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron organizados en una base de datos del programa Excel® 2013 y previo control de calidad de la información, se procedió a organizar los datos de acuerdo con las variables de estudio; posteriormente, se realizó un análisis univariado (cálculo de frecuencias y porcentajes) y, para su presentación, se utilizó gráficos y tablas, los cuales fueron elaborados en el programa Excel® 2013.

Aspectos éticos

Esta investigación estuvo sujeta a normas éticas internacionales, se cumplió estrictamente con los principios de Helsinki que protegen los derechos de las pacientes.

Además, este trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y del Instituto Nacional Materno Perinatal previo a su ejecución. Se respetó la privacidad y confidencialidad de las pacientes.

III. RESULTADOS

Entre 2014 y 2016, 63 996 pacientes egresaron del INMP por atenciones de causas obstétricas, de las cuales 8062 fueron adolescentes (12.6%) y de estas, 567 (7%) pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio, lo que constituyó la población de estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las multiparas adolescentes. INMP 2014-2016

CARACTERÍSTICAS	N	%
Tipo de adolescencia		
Temprana (10 a 13 años)	0	0
Media (14 a 16 años)	21	3.7
Tardía (17 a 19 años)	546	96.3
Estado civil		
Casada	9	1.6
Conviviente	458	80.8
Soltera	100	17.6
Grado de instrucción		
Ninguna	0	0.0
Primaria incompleta	19	3.4
Primaria completa	55	9.7
Secundaria incompleta	291	51.3
Secundaria completa	184	32.5
Técnico incompleto	10	1.8
Técnico completo	2	0.4
Universitario incompleto	6	1.1
Universitario completo	0	0.0
Ocupación		
Ama de casa	503	88.7
Empleada	8	1.4
Independiente	9	1.6
Estudiante	44	7.8
No especifica	3	0.5
Riesgo social		
Bajo riesgo	44	7.8
Mediano riesgo	310	54.7
Alto riesgo	32	5.6
Sin datos	181	31.9
Total	567	100

Del total de paciente múltiparas, 546 (96.3%) se encontraron en el grupo de adolescencia tardía y 21 (3.7%), en el grupo de adolescencia media; la mayoría eran convivientes con 458 casos (80.8%) y solo 9 (1.6%), eran casadas. En cuanto al grado de instrucción la mayoría contaba con secundaria, sea completa o incompleta, con 475 casos (83.8%), seguida muy de lejos por múltiparas con primaria completa (55 casos, 9.7%) (tabla 1).

Con respecto a la ocupación, hay una gran predominancia de amas de casa con 503 casos (88.7%); seguidas de estudiantes (7.8%), independientes (1.6%) y empleadas (1.4%) en porcentajes menores (tabla 1).

En cuanto al riesgo social, se encontró que el mayor porcentaje (54.7%) se encontraban en mediano riesgo y el menor porcentaje (5.6%) en alto riesgo social; el 31.9% de participantes no contaron con esta información digitada en el Sistema Informático Perinatal (tabla 1).

Tabla 2. Estado nutricional según la clasificación del índice de masa corporal previo al embarazo de las múltiparas adolescentes. INMP 2014-2016

Clasificación del IMC	N	%
Bajo peso (< 18.5)	11	3.1
Normal (18.5 – 24.9)	202	57.7
Sobrepeso (25.0 – 29.9)	97	27.7
Obeso I (30.0 – 34.9)	34	9.7
Obesidad II (35.0 – 39.9)	5	1.4
Obesidad III (< 40)	1	0.3
Sin datos	217	-
Total	350	100

* Porcentaje sobre los datos válidos

Respecto al IMC con el que iniciaron el embarazo, de las 567 pacientes, solo se obtuvo este dato en 350 (61.7%) de ellas. De las que tenían registrada esta información, el 27.7% (97) tenían sobrepeso y 11.4% tenían obesidad, predominando en estas la obesidad I con 9.7% (tabla 2).

Tabla 3. Características del último embarazo de las multíparas adolescentes. INMP 2014 – 2016

Características	N	%
Edad gestacional al primer control prenatal *		
<14 semanas	92	24.3
≥14 semanas	287	75.7
Sin datos	188	-
Gestante controlada		
Sí (≥ 6 CPN)	159	28.0
No (< CPN)	401	70.7
Sin datos	7	1.2
Tipo de parto de acuerdo con la edad gestacional		
Pretérmino (<37 semanas)	74	13.1
Término (37 a 41 semanas 6 días)	489	86.2
Prolongado (≥ 42 semanas)	3	0.5
Sin datos	1	0.2
Vía de culminación del embarazo		
Parto vaginal	383	67.5
Parto por cesárea	184	32.5
Método anticonceptivo al egreso Hospitalario		
DIU	15	2.6
Píldora	1	0.2
Condón	110	19.4
Inyectable	260	45.9
BTB	1	0.2
MELA	94	16.6
Implante	58	10.2
Ninguno	28	4.9

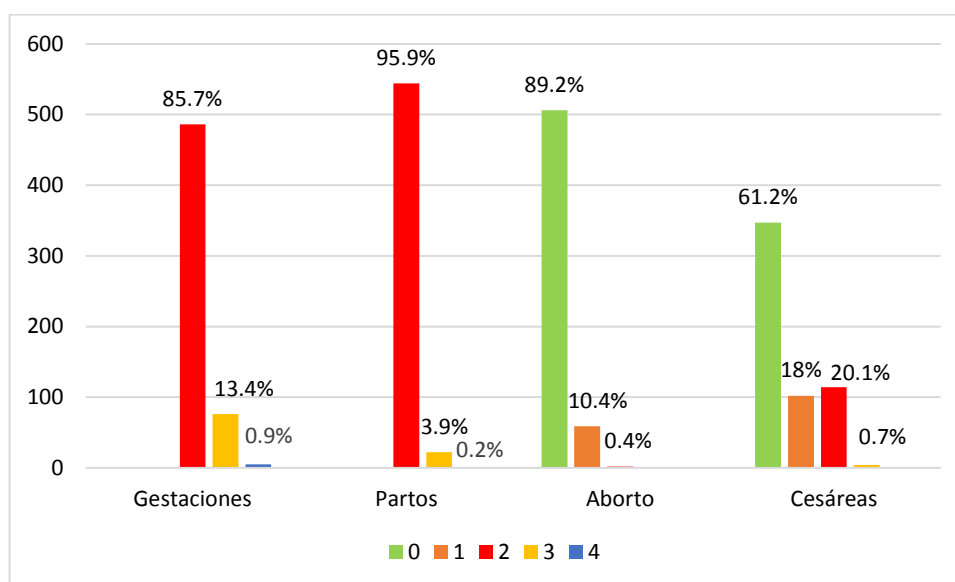
* Porcentaje sobre los datos válidos

Sobre los datos del inicio de controles prenatales, solo en 379 pacientes se registró este dato. Tomando este grupo como un 100%, 287 (75.7%) iniciaron sus controles prenatales a las 14 semanas o más de embarazo y 92 (24.3%) iniciaron antes de las 14 semanas. Las participantes que tuvieron por lo menos 6 controles prenatales (por lo tanto, consideradas como controladas de acuerdo con el MINSA) fueron solo 159 (28%) y 401 (70.7%) fueron gestantes no controladas (tabla 3).

Respecto al tipo de parto de acuerdo con la edad gestacional, la mayoría, 86.2% (489), fueron embarazos a término y en menor porcentaje (0.5%) postérmino. La vía de culminación del embarazo fue mayormente por vía vaginal (67.5%) (tabla 3).

En cuanto a la elección de método anticonceptivo al egreso hospitalario, el método más elegido, 45.9% (260) fue inyectables, mientras que píldoras y BTB fue elegido cada uno por 0.2% de las pacientes. El 4.9 % de las pacientes no eligió método alguno (tabla 3).

Figura 1. Información de algunos componentes de la fórmula obstétrica y cesáreas de las multíparas adolescentes atendidas en el INMP 2014-2016



De todas las participantes en el estudio, la mayoría (85.7%) había tenido dos embarazos y dos partos (95.9%) incluyendo el actual. La mayoría (89.2%) no tuvo abortos previos y el 27.3% (155) tuvo alguna cesárea previa. Si se incluyera el parto actual este porcentaje aumenta, ya que el 38.8% (220) había tenido una, dos o tres cesáreas (figura 1).

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que entre 2014 y 2016 el 12.6% de los egresos hospitalarios por atenciones relacionadas al embarazo, parto o puerperio fueron adolescentes, este porcentaje es inferior al reportado en América Latina y el Caribe (15%) ⁽⁵⁾ y por INEI (13.4%) ⁽¹⁵⁾; pero superior al encontrado por Aparicio J ⁽¹⁹⁾ en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre 2009 y 2013, quien informó una incidencia de 10.34%.

Del total de multíparas adolescentes, el 96.3% pertenecían al grupo de adolescencia tardía; hallazgo ligeramente inferior al de Aparicio J ⁽¹⁹⁾, quien, en su estudio encontró que el 99.7% se encontraban en esta etapa, pero superior al encontrado por Caño D (82%) ⁽¹⁸⁾. Se deduce que esto es debido a que a mayor edad existe mayor posibilidad de tener dos o más embarazos. Se encontró también predominancia de unión estable o estado civil conviviente (80.8%), cifra algo menor a lo encontrado por Caño D de Ecuador ⁽¹⁸⁾ (93%) y Claros ⁽²⁶⁾ (86.6%), pero mucho mayor a Aparicio J ⁽¹⁹⁾, quien en su estudio encontró predominancia del grupo de adolescentes solteras (68.7%) y un 30.7% de adolescentes convivientes, grupo que en nuestro estudio fue el segundo más frecuente (17.6%).

Respecto al grado de instrucción, de nuestras adolescentes puérperas, la mayoría contaba con secundaria incompleta (51.3%), seguida de secundaria completa (32.5%) y muy de lejos con solo primaria completa (9.7%). Esto coincide con Claros, ⁽²⁶⁾ quien encontró que el 42.9% tenía secundaria incompleta; mientras que Caño D ⁽¹⁸⁾ encontró que el 63% tenía secundaria en general. Aparicio J ⁽¹⁹⁾, en cambio reporta una predominancia de la educación secundaria completa, coincidiendo, en general, con estos autores respecto a la educación secundaria. Sin embargo, el INEI ⁽¹⁵⁾, ha reportado que las adolescentes que ya eran madres tenían predominantemente educación primaria (39.1%); esto se puede deber a que en INEI se reporta a la población peruana en general, en cambio este estudio probablemente tenga mayor población procedente de la capital, quienes tienen mayor acceso a la educación.

Con respecto a la ocupación, hubo una gran predominancia (88.7%) de amas de casa, lo que coincide con Caño D (73%)⁽¹⁸⁾ y con Claros⁽²⁶⁾ (93.3%).

En cuanto al riesgo social, esta información no puede ser comparada con otros trabajos previos, ya que no ha sido reportada en ninguno de ellos.

Un dato importante para conocer el estado nutricional de una persona es el índice de masa corporal (IMC) el cual permite saber el estado nutricional con el que las adolescentes iniciaron su embarazo, dato importante para determinar los rangos de incremento de peso durante la gestación y que está relacionado con el peso al nacer⁽²⁷⁾. En este estudio en el 38.3% de pacientes este dato no fue consignado. De las participantes que tenían este registro, el 57.7% tuvo IMC normal y 27.7% sobrepeso; hallazgo similar a lo reportado por Manzano⁽¹²⁾ en el que se encontró que el 68.3% tuvo IMC normal y 16.1% tuvo sobrepeso.

Según el esquema básico de atención prenatal del Ministerio de Salud, la primera atención debe llevarse a cabo antes de las 14 semanas de gestación, para garantizar la aplicación de un paquete básico de intervenciones adecuadas. Según este esquema, se considera como gestante controlada a aquella que cumpla con seis o más controles prenatales durante todo su embarazo⁽²⁵⁾. El cumplimiento de esto es importante ya que los controles prenatales inadecuados se han relacionado con gestaciones no planificadas y mayor paridad⁽²⁸⁾. Además, también se ha reportado al control prenatal inadecuado como una repercusión negativa del embarazo adolescente⁽²⁹⁾. En nuestro estudio se encontró que el 70.7% de las pacientes fueron gestantes no controladas o con controles insuficientes. Esto se puede explicar, en parte, debido a un registro inadecuado de los controles realizados en los centros de salud u hospitales de menor nivel de donde fueron referidas dado que, no existe un sistema de salud integrado. Por otra parte, muchas adolescentes acuden al INMP sin referencia y tal información (número de controles prenatales) depende muchas veces de lo que las pacientes informaron verbalmente, generando un subregistro de estas. Este hallazgo tan bajo del porcentaje de controles prenatales podría también estar relacionado al inicio tardío de sus controles prenatales ya que solo el 24.3% de las pacientes inició sus controles antes de las 14 semanas de embarazo. Este hallazgo es similar al

reportado por Aparicio J ⁽¹⁹⁾ en el Hospital Nacional Dos de Mayo, quien encontró que solo el 35.7% de multigestas adolescentes tuvo controles prenatales adecuados y diferente a Claros en el Hospital de Huaral ⁽²⁶⁾ y a Valdivia ⁽³⁰⁾ en el Hospital San Bartolomé, los cuales informaron que el 63% y 75.1%, respectivamente, tuvo controles prenatales adecuados.

El embarazo adolescente se ha relacionado con mayor riesgo de parto pretérmino y todo lo que ello implica ^(31, 32); contrario a esto, en nuestro estudio encontramos predominancia de parto a término (86.2%) similar al encontrado por La Rosa ⁽³³⁾ que reportó un 90.3% y Valdivia ⁽³⁰⁾, quien encontró un 54% para este grupo.

Sobre la vía de culminación del embarazo, a pesar de haberse presentado en la mayoría por parto vaginal, el 32.5% se dio por vía abdominal. Esto elevó el porcentaje de cesáreas previas en 11.5% (de 27.3% a 38.8%) entre el embarazo anterior y el actual. Este dato es importante dados los riesgos que implican someterse a una cirugía y los riesgos obstétricos futuros de estas adolescentes. En nuestro estudio, la tasa de cesáreas fue superior a la ideal, que es de 10 al 15%, pero inferior al de la región en general (38.9%) y a la registrada en nuestro país en 2015 (35.4%) ^(34, 35). Sin embargo, si la comparamos con estudios realizados en población adolescente, como el de Gallardo H et al. en Colombia ⁽³⁶⁾ y Hernández C et al. en México ⁽³⁷⁾, esta tasa es relativamente similar (32.8% y 39% respectivamente), pero inferior al reportado por Aparicio ⁽¹⁹⁾ (52%) en su estudio en multigestas adolescentes en Perú.

El periodo posparto es una oportunidad importante para educar a la adolescente sobre anticoncepción y que pueda hacer una elección libre e informada y sobre todo sensibilizada del riesgo del embarazo actual ⁽³⁸⁾ y al potencial reproductivo que en el caso de las adolescentes es alto. Al respecto, en nuestro estudio encontramos que el 95.1% eligió algún método anticonceptivo, porcentaje superior al de Parada en Colombia (36.2%) ⁽³⁹⁾ y Pérez L con Aparicio C en Paraguay (37.9%) ⁽⁴⁰⁾. El método con mayor demanda en este estudio fueron los inyectables (45.9%), considerado entre eficaz y muy eficaz según la norma técnica de planificación familiar ⁽³⁸⁾; en cambio Pérez L y Aparicio C ⁽⁴⁰⁾ reportaron que el método de mayor elección fue DIU (24.35%) que en nuestro estudio solo fue elegido por el 2.6% de

las adolescentes. Parada ⁽³⁹⁾ reportó que fue el condón (36%) el método más elegido en porcentaje superior a nuestro estudio (19.4%), que fue el segundo más elegido.

Finalmente, considerando el embarazo actual, el 85.7% de las pacientes tuvo dos gestaciones, similar a lo encontrado por Aparicio ⁽¹⁹⁾ (90.5%), Claros ⁽²⁶⁾ (95%) y Caño ⁽¹⁸⁾ (74%). El 95.9% tuvo dos partos, similar a lo encontrado por Caño (94%) ⁽¹⁸⁾.

Este trabajo de investigación tiene como fortaleza aportar información actualizada sobre la multiparidad en la adolescencia y puede servir como base para estudios futuros de mayor complejidad; Sin embargo, al ser un trabajo retrospectivo basado en datos secundarios, no se ha podido obtener la información completa de algunas variables, de las cuales las más representativas son: riesgo social, IMC y edad gestacional al primer control prenatal en donde se han perdido algo más del 30% de estos datos.

CONCLUSIONES

Las características epidemiológicas de las multíparas adolescentes fueron las siguientes: la mayoría se encuentra en la adolescencia tardía, son convivientes, con educación secundaria incompleta, son amas de casa, tienen mediano riesgo social, son no controladas y con inicio tardío de las mismas; además, eligen métodos anticonceptivos considerados eficaces al egreso hospitalario.

Las características clínicas de las multíparas adolescentes fueron tener mayormente IMC normal, dos embarazos, dos partos y ningún aborto, además del predominio de partos a término y por vía vaginal.

RECOMENDACIONES

Debido a las limitaciones por el tipo de estudio realizado en cuanto a la asociación causal y para poder identificar mejor los factores de riesgo asociados, se recomienda realizar un estudio de tipo casos y controles para identificar los factores asociados a un embarazo en una adolescente multípara y así poder tener un mejor enfoque sobre este problema.

Se sugiere buscar alianzas estratégicas para trabajar en los centros educativos y la comunidad, mediante un trabajo multisectorial, pero con personal capacitado y un adecuado y consciente trabajo en esta población, para así disminuir las tasas de embarazo en este grupo etario y su reincidencia.

Poner mayor énfasis en captar a las gestantes de forma precoz para los controles prenatales y realizar consejería durante esta etapa sobre el uso y la importancia de los métodos anticonceptivos y que se refuercen las mismas durante el puerperio. Con un adecuado seguimiento para garantizar su cumplimiento, trabajando de forma coordinada entre los diferentes niveles de atención para así, espaciar sus embarazos y evitar la multiparidad en este grupo etario.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. Ginebra: OMS. [acceso 30 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Hidalgo M, Ceñal M. Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. An Pediatr Contin [Revista en internet] 2014 [acceso 23 de mayo de 2019]; 12(1):42-46. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281814701672>.
3. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2015 [Acceso 23 de mayo de 2019]; 86(6): 436-443. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
4. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. salud [Internet]. 1999 [Acceso 23 de junio de 2019]; 1(2): 23-31. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: UNICEF; 2016 [Acceso 20 de febrero de 2016]. Disponible en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf).
6. Borrás T, Reynaldo A, López M. Adolescentes: razones para su atención. CCM [Internet]. 2017 [Acceso 20 de julio de 2019]; 21(3): 858-875. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300020&lng=es.

7. Ramos S. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR. Ginebra: OMS; 2012. [acceso: 27 de marzo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/adolescent/cd005215_ramoss_com/es/index.html.
8. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Ginebra: OMS; 2014 [acceso 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
9. Morales J, Gutiérrez C, Mitma C, Siancas T, Palomino H. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008. Rev. Perú. Epidemiol [internet] 2008 [Acceso 05 de mayo de 2016]; 12(3). Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-619882>.
10. EFE. INEI: Embarazo adolescente en Perú sube al 14,6%. RPP Noticias. Jueves 09 de Julio de 2015. Actualidad. Disponible en: <http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-suba-al-146-noticia-815582>.
11. Bahamón M, Vianchá M, Tobos A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. Psicología desde el Caribe [Internet]. 2014 [Acceso 25 de junio de 2019]; 31(2): 327-353. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000200008&lng=en&tlng=es.
12. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Rev Horiz Med [Internet] 2011 [Acceso 22 de julio de 2019]; 11(2): 75-79. Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/119/117>.

13. Redondo C, Galdó G, García M. Atención al Adolescente. 1ª ed. Santander: PUblican. 2008.
14. Molina R. El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y el Caribe. 1ª ed. Lima: Lettera Gráfica. 2011. Disponible en <http://promsex.org/wp-content/uploads/2011/10/BrochureEmbarazoadolescenteFlasog.pdf>.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional [Internet]. Lima: INEI; 2018. p. 89 – 99 [acceso 20 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html.
16. Amen K, Vecilla A. Medina G. Multiparidad como factor de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del hospital provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, en el periodo comprendido del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril de 2011 [tesis de grado para obtener el título de Obstetriz]. Babahoyo: UTB; 2011. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/662>.
17. Gómez-Sotelo Ángela, Gutiérrez-Malaver María E., Izzedin-Bouquet Romina, Sánchez-Martínez Lilián M., Herrera-Medina Nelson E., Ballesteros-Cabrera Magnolia. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev. salud pública [Internet]. 2012 [Acceso 31 de mayo de 2016]; 14(2): [189-199]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000200001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642012000200001>.
18. Caño D. Factores que influyen en la multiparidad en adolescentes de 14 a 19 años, atendidas en la consulta externa del hospital materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, en el período del 6 de septiembre de 2012 a

- febrero 2013 [Tesis para obtener el título de obstetra]. Guayaquil: UG; 2013.
Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1819/1/UNIVERSIDAD%20DE%20GUAYAQUIL%20completo.pdf>.
19. Aparicio J. Aspectos Socioculturales de las Multigestas Adolescentes. Diagnóstico [internet] 2015; 54 (3): 127 – 130. Disponible en:
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n3/a3.pdf>.
20. Pantelides E, Binstock G. La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. RAS [Internet] 2007; [Acceso 10 de setiembre de 2019]; 5(9): 24-43. Disponible en:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20fecundidad%20adolescente%20en%20la%20Argentina%20%20al%20comienzo%20del%20Siglo%20%20XXI.pdf>.
21. Bezerra L, Oliveira K, Rodriguez C, Araújo T. Multiparidad entre adolescentes y jóvenes y factores de riesgo en Teresina/Piauí. Adolesc Saude. 2014;11(3):51-62.
22. Reyes D, Gonzales E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sex., Salud Soc. [internet] 2014 [Acceso 12 de mayo de 2016]; (17). Disponible en
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872014000200098.
23. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a. Colombia: Mc Graw-Hill; 2011.
24. Pajuelo Ramírez Jaime. Valoración del estado nutricional en la gestante. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 [citado 2019 Ago 25]; 60(2): 147-152. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200008&lng=es. (Vancouver)

25. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. Lima; 2013 [Acceso 23 de julio de 2019]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf
26. Claros A. Adolescentes multigestas: aspectos socioculturales. Paediatrica [Internet] 2006 [Acceso 22 de julio de 2019]; 8(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Paediatrica/v08_n1/pdf/a03.pdf.
27. Apaza J, Guerra M, Aparicio J. Percentiles de la ganancia de peso gestacional de acuerdo con el índice de masa corporal pregestacional y peso al nacer en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet] 2017 [Acceso 22 de julio de 2019]; 63(3): 309-315. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300003&lng=es.
28. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered [Internet] 2011 [Acceso 23 de julio de 2019]; 22(4): 159-160. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400004&lng=es.
29. Morales E. Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital San José de enero a diciembre de 2016. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima: URP; 2018. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1147/TESIS%20-%20Kelly%20Flores%20Roman.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
30. Valdivia N. Características de las adolescentes cesareadas en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño “San Bartolomé” 2017. [Tesis para optar el

- título de licenciada en obstetricia]. Lima: UNMSM; 2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/8396>.
31. Sánchez I. Gestante adolescente como factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima: URP; 2016. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/775/1/S%C3%A1nchezIngrid_pdf_2016.pdf.
32. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en Adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2006 [acceso 23 de julio de 2019]; 52(1): 118-123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428180009.pdf>.
33. La Rosa A. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz. Med. [Internet]. 2015 [Acceso 22 de julio de 2019]; 15(1): 14-20. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000100003&lng=es.
34. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. El embarazo en adolescentes, Boletín informativo [Internet]. Nicaragua; 2015. Disponible en: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&Itemid=235.
35. Organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. Ginebra/Washington, DC: OPS; 2017 [acceso 17 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2943:la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=900.

36. Gallardo H, Guerrero I, Niño J, Villaveces M. Adolescencia materna y su asociación con la realización de cesárea. Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 2015 [acceso 13 de septiembre de 2019];12(2):11-5. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/506>.
37. Hernández C, Borbolla M, Ramírez M. Características clínicas del embarazo adolescente, factores relacionados con la operación cesárea y mortalidad del recién nacido en el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer. Salud en Tabasco [Internet]. 2015 [acceso 13 de septiembre de 2019]; 21(2-3): 85-92. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48745738007.pdf>.
38. Ministerio de Salud. Norma técnica de planificación familiar. Lima; 2017 [Acceso 22 de julio de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>.
39. Parada D. Prácticas anticonceptivas postparto de las usuarias egresadas del programa “atención a la adolescente gestante” en los municipios de Cúcuta y Los Patios. Respuestas [Internet] 2011 [acceso 23 de julio de 2019]; 16(1): 18-29. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/respuestas/article/view/408>.
40. Pérez L, Aparicio C. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. Rev. Nac. [Internet]. 2015 [acceso 15 de septiembre de 2019]; 7(2): 24-34. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v7n2/v7n2a05.pdf>.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Problemas	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento
Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes multiparas adolescentes atendidas en el instituto nacional materno perinatal 2014-2016	¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la multiparidad en pacientes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre el 2014 – 2016?	<p>Objetivo general</p> <p>Conocer cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la multiparidad en pacientes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre el año 2014 al 2016.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar las características clínicas de la multiparidad en pacientes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre los años 2014 – 2016.</p> <p>Determinar las características epidemiológicas de la multiparidad en pacientes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre los años 2014 – 2016.</p>	observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal	Todas las pacientes gestantes multiparas adolescentes cuyo parto fue atendido en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre el 2014 – 2016, con edades comprendidas entre 10 y 19 años. Análisis de datos Excel® 2013	Base de datos del Sistema Informático Perinatal