



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
TESIS DE POSGRADO

**EMBARAZO REINCIDENTE EN MADRES ADOLESCENTES
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2015**

PRESENTADA POR
CLAUDIA MARIA REYES KISHIMOTO

ASESOR
MGTR. ZOEL HUATUCO COLLANTES

TESIS
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN MEDICINA CON
MENCIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ
2017



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

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**EMBARAZO REINCIDENTE EN MADRES ADOLESCENTES
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2015**

TESIS

PARA OPTAR

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN MEDICINA CON MENCIÓN
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADA POR

CLAUDIA MARIA REYES KISHIMOTO

ASESOR

MGTR. ZOEL HUATUCO COLLANTES

LIMA, PERÚ

2017

JURADO

Presidente: Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en Salud Pública

Miembro: Juan Carlos Velasco Guerrero, doctor en Salud Pública

Miembro: Hilda Rivera Córdova, doctora en Educación

A mi familia, por todo su apoyo y comprensión

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1 Antecedentes	4
1.2 Bases teóricas	6
1.3 Definición de términos básicos	10
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	11
2.1 Hipótesis	11
2.2 Variables y su operacionalización	11
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo y diseño	15
3.2 Diseño muestral	15
3.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	16
3.4 Procesamiento y análisis de datos	17
3.5 Aspectos éticos	17
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	19
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Conocer las características maternas del embarazo reincidente adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2015.

Metodología: El diseño de la investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población fueron las madres adolescentes que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal, el año 2015, con antecedente de una gestación previa viable.

Resultados: La muestra fue de 113 adolescentes; la edad media, de 18.1 años. Solo el 40.8% concluyó la secundaria; el 86.7% era conviviente. El 39.8% de ellas había iniciado actividad sexual antes de los 14 años. En el 95.6% de los casos, el anterior embarazo fue atendido en una institución del Ministerio de Salud y en el 60% de ellos, la adolescente fue dada de alta con un método anticonceptivo. El método más elegido fue el hormonal de depósito (34.5%). El embarazo reincidente en un 85.8% de los casos culminó en un parto vaginal. La media del periodo internatal fue de 27.8 meses. Las complicación más frecuente fue anemia materna (62.8%).

Conclusiones: El embarazo adolescente reincidente incrementa el riesgo obstétrico. La anemia es la complicación materna más frecuente en el embarazo adolescente reincidente. Más de la mitad de ellas optaron por un método anticonceptivo al alta de su primer parto.

Palabras clave: Embarazo adolescente, embarazo adolescente reincidente

ABSTRACT

Objective: The adolescent pregnancy is an important subject because of the medical, social and economic repercussions. The objective of this study is to recognize the maternal characteristics in the relapsing adolescent pregnancy in the Instituto Nacional Materno Perinatal occurred during 2015.

Methodology: The research design was quantitative, descriptive, transversal and retrospective. The population was the pregnant adolescents attended during 2015 in the Instituto Nacional Materno Perinatal with a previous viable gestation.

Results: The sample was 113 adolescents. The mean age was 18.1 years. Only 40.8% of them finished their scholarship, 86.7% had a partner. The 39.8% of them started sexual intercourses before 14 years old. In the 95.6% of the cases, the previous delivery was attended in a Ministry of Health institution. And in the 60% of the cases they asked for a contraceptive method after their first delivery. The most chosen method was the high dose progestogen-only contraceptive (34.5%). In the 85.8% of the cases the relapsing adolescent pregnancy finished in a vaginal delivery. The mean internatal period was 27.8 months. The most frequent maternal complication was anemia (62.8%).

Conclusions: The relapsing adolescent pregnancy increases the obstetrical risk and the possibility to present maternal complications. The anemia is the most frequent maternal complication in them. More than half of them asked for a contraceptive method after their previous delivery.

Key words: Adolescent pregnancy, relapsing adolescent pregnancy

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la vida adulta. Constituye una etapa llena de conflictos y contradicciones en el ser humano, que al verse sometido a un factor tan importante como el del embarazo, puede generar severos problemas a todo nivel en la vida de la adolescente.

A nivel mundial, los adolescentes representan el 20% de la población total y el 85% de ellos se encuentran en países en vías de desarrollo. En el Perú, los adolescentes constituyen más de la quinta parte de la población total (20.72%) ⁽¹⁾.

El embarazo en adolescentes es un tema de reconocida importancia tanto por las repercusiones médicas como por las consecuencias sociales y económicas. Si bien el embarazo adolescente ha declinado globalmente, este se mantiene alto en muchos países en vías de desarrollo. Es un problema más común en adolescentes que viven en la pobreza, en el área rural y en las menos educadas ⁽²⁾.

En el mundo, existen más de 1200 millones de personas entre los 10 a los 19 años y, de ellas, 16 millones entre los 15 a 19 años y un millón de menores de 15 años se convierten en madres cada año ⁽³⁾. A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo, pero, en las regiones más pobres del planeta, la cifra se eleva a una de cada tres mujeres ⁽⁴⁾.

En nuestro país, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014, la fecundidad de las adolescentes es del 14.6%, ya que el 11.7% de las mujeres entre los 15 a 19 años ya eran madres y el 2.9% de ellas estaban gestando por primera vez. En el área rural, el 22% de ellas alguna vez ha estado embarazada mientras que en el área urbana, este porcentaje baja al 12.2%⁽⁵⁾. En esta misma encuesta se encontró que la tasa global de fecundidad, en nuestro país, es de 83 nacimientos/1000 mujeres entre los 15 a 49 años y que es de 68 nacimientos/1000 mujeres entre los 15 a 19 años, la cual es más alta que la obtenida de los datos Estadísticos Sanitarios Mundiales 2014, en la que la Tasa Global de Fecundidad Mundial fue de 49/1000 mujeres entre los 15 a 19 años. En el Instituto Nacional

Materno Perinatal, la atención de madres adolescentes abarca un 20% del total de los partos.

Desde el punto de vista médico, la importancia del embarazo adolescente se puede evaluar desde diferentes ángulos; es uno de los más relevantes el conocer que las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio son la causa principal de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en los países en vías de desarrollo. En el mundo, el 15% de las muertes maternas ocurren entre las adolescentes ⁽²⁾. En nuestro país, aproximadamente 7% del total de muertes materna fueron madres adolescentes entre los 12 a 17 años ⁽⁶⁾.

Bajo este contexto es que surge el problema del embarazo reincidente en la madre adolescente. Según ENDES 2014, el intervalo intergenésico entre los 15 a 19 años tiene una media de 23.8 meses, mientras que en el grupo de 20 a 29 años la media fue de 40.6 meses. Ello resulta en segundas gestaciones usualmente no planificadas que agravan aún más las condiciones médicas, sociales y económicas de la adolescente y sus hijos.

A nivel mundial, las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de nuevamente salir embarazadas (10% al 45%), lo cual implica una problemática aun mayor, lo que disminuye casi completamente las posibilidades de educarse y ser autosuficientes a lo largo del tiempo. Se han desarrollado numerosas intervenciones con diversas estrategias para prevenir embarazo en adolescentes que no son madres, pero no se ha brindado la suficiente atención en las que ya han tenido alguna gestación. Unas de las causas de esto pueden ser los pocos estudios que se han realizado al respecto ⁽⁶⁾.

En nuestra institución, el porcentaje de embarazos reincidentes en adolescentes es de 13 %.

La problemática del embarazo en adolescentes es multifactorial y el aspecto sociocultural cumple un rol fundamental. Como personal de salud que labora en una institución de tercer nivel, nuestra función en la prevención de un primer embarazo en la adolescente está limitada por ser esta una actividad

fundamentalmente extramuros, pero si cumplimos un rol importante en la prevención de un embarazo reincidente en la adolescente, ya que ella ha sido atendida en un centro hospitalario y ha podido recibir información y consejería sobre este tema. Es así que el presente estudio tiene como objetivo principal el determinar las características maternas del embarazo reincidente en madres adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015 y como objetivos secundarios el conocer las características epidemiológicas y clínicas de las mismas.

El conocimiento de las características maternas, tanto clínicas como epidemiológicas de esta población, permitirá posteriormente, identificar factores de riesgo asociados a esta condición y así poder realizar mayores y mejores intervenciones de prevención.

Ingresan al estudio las pacientes menores de 20 años que han sido hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015, como gestantes o púerperas con el antecedente de haber tenido un anterior embarazo viable. Los resultados obtenidos son válidos para madres adolescentes que pertenecen a un similar estrato socioeconómico.

Los datos son obtenidos de la revisión de historias clínicas, por tanto, estamos limitados al buen llenado de las mismas por el personal a cargo.

La realización de este trabajo de investigación cuenta con la autorización de las autoridades del Instituto Nacional Materno Perinatal y del Servicio de Adolescencia de la misma institución. Por no tratarse de un trabajo experimental, no requiere cumplir con la aprobación del Comité de Ética y como los datos son obtenidos de historias clínicas no requerimos la autorización de los padres o tutores de las menores de edad.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Los embarazos en madres adolescentes presentan mayor riesgo de infección del tracto urinario, anemia, preeclampsia, eclampsia, trabajo de parto disfuncional, hemorragias e infecciones puerperales y un mayor riesgo de tener un niño con bajo peso al nacer, prematuros, al compararse son datos provenientes de madres adultas ⁽⁷⁾.

En un estudio realizado por Esteves en el Hospital Sergio Bernales, las complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes son: durante la gestación anemia (31%), infección de tracto urinario (27.6%), amenaza de aborto (24.1%), ruptura prematura de membranas (10.3%) y oligoamnios (6.9%). Las complicaciones asociadas al parto son: trabajo de parto disfuncional (13.8%) y desgarros perineales (6.9%). Las complicaciones en el puerperio: anemia (44.8%), infección de tracto urinario (24.1%), atonía uterina (6.9%) y endometritis (3.4%).

Se concluye que el segundo embarazo en adolescentes constituye una condición de alto riesgo obstétrico para que se presenten complicaciones maternas ⁽⁸⁾. En el estudio realizado por Acuña, al analizar las características maternas en embarazos adolescentes reincidentes, se encontró: convivencia (75%), grado de instrucción incompleta (73.9%), antecedente de aborto (54.3%), periodo intergenésico corto (87%), no uso de método anticonceptivo (71.7%), paternidad diferente en cada embarazo (34.5%), involucrarse con parejas mayores (63%).

La complicación materna más frecuente fue la anemia (43%). Dentro de las complicaciones perinatales más resaltantes en las adolescentes se encontraron: el sufrimiento fetal agudo (13%), recién nacido prematuro (13%) y bajo peso al nacer (8.7%) ⁽⁹⁾.

En un trabajo realizado por Chura, sobre factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital San Bartolomé, en el año 2013, se encontró que la edad promedio de las adolescentes fue de 17

años; de estado civil solteras en el 51.7%; el 67.5 % abandonan los estudios; el 34.2% de las adolescentes residen con sus padres y hermanos. Asimismo, el 50.8% recibe apoyo económico de su pareja; el 45% de las adolescentes tiene instrucción secundaria completa; el 85% respondió que los métodos anticonceptivos sirven para no quedar embarazadas; el 58.3% usaba el preservativo como método anticonceptivo antes de quedar embarazadas. El 50% dejó de usar el preservativo por descuido u olvido; el 10.8% tuvo embarazo reincidente ⁽¹⁰⁾.

Según Yauri, en un estudio realizado en el Hospital Docente San Bartolomé, se demostró que entre los factores personales de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes, estaban el estado civil soltera y el consumo de tabaco ⁽¹¹⁾. Respecto a los factores reproductivos y obstétricos, la menarquia precoz, el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, el número de parejas sexuales mayor o igual a tres, el no uso de método anticonceptivo, las conductas sexuales de riesgo, el embarazo no planificado, el parto por cesárea, se asocian para la reincidencia de embarazo adolescente y forman un riesgo para el mismo.

Entre los factores psicosociales de riesgo, se encuentran el antecedente de violencia psicológica, el cambio de pareja frecuente y la edad menor o igual a 19 años de la pareja.

Dentro de los factores de riesgo para un segundo embarazo en adolescentes, en el estudio de Rigsby, se encuentran edad precoz en el primer embarazo, estado socio económico bajo, deficiente nivel de educación de la madre, primer embarazo deseado y uso de método anticonceptivo posparto diferente al Norplant ⁽¹²⁾. La deserción escolar constituye un factor importante de evaluación en el embarazo adolescente y en su reincidencia, según Sánchez-Chávez, se ha encontrado que las adolescentes que abandonaron la escuela antes del primer embarazo tienden a embarazarse de nuevo en corto tiempo, además de que el embarazo reincidente ocurre en las adolescentes que provienen de ambientes socioeconómicos culturales más desfavorecidos en los que la maternidad tiene un rol central ⁽¹³⁾.

La anticoncepción en el posparto y la continuidad en el método son fundamentales para evitar el embarazo reincidente. Lamentablemente, muchas adolescentes no

perciben el riesgo que implica la falta de uso de un método anticonceptivo ⁽¹⁴⁾. Si bien los programas de planificación familiar en el posparto son desarrollados en los centros hospitalarios, los programas de seguimiento en los centros de salud periféricos no son efectivos, lo que provoca un incremento en el abandono del método anticonceptivo elegido.

1.2 Bases teóricas

Adolescencia

Es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, es cuando ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es una etapa en la que el ser humano enfrenta cambios a nivel físico y mental, los cuales se ven influenciados por las variaciones hormonales que enfrenta y del entorno que lo rodea ⁽¹⁵⁾.

Una de cada cinco personas en el mundo forma parte de este grupo poblacional. Las cifras indican que el 50% de la población adolescente pertenecen a un bajo nivel socioeconómico y una parte de ellos viven en extrema pobreza ⁽¹⁶⁾.

La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental en el ser humano, sobre todo en la etapa de la adolescencia, ya que es en esta etapa cuando la persona fortalece su identidad sexual y puede tomar decisiones propias respecto a su vida sexual. Si bien la mayoría de las relaciones sexuales en los adolescentes se dan por decisión de ambos, un gran porcentaje de estas relaciones no fueron planeadas. El 22.2% de los varones iniciaron relaciones sexuales porque querían tenerlas, mientras que sólo el 9.5% de las mujeres reporta lo mismo, esto es una señal de la falta de empoderamiento de las adolescentes mujeres en el ejercicio de su vida sexual y reproductiva ⁽¹⁾.

Según la OMS, al año ocurre 16 millones de embarazos en mujeres entre 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz anualmente ⁽¹⁷⁾. Cerca del 95% de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo.

En el Perú, el embarazo en adolescentes ha permanecido estable en un 13%, pero persiste en un 25% en la región de la Selva. Según la encuesta ENDES en el año 2000, el 22% de las adolescentes mantenía relaciones sexuales, aumentando este porcentaje para el 2012 a un 29%, al igual que el uso de métodos anticonceptivos modernos se ha incrementado sostenidamente en los últimos 10 años ⁽¹⁸⁾. El porcentaje de mujeres adolescentes que inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años tendió al incremento en la década del 2000, en especial a partir del 2009 (de 5.1% en el 2000 pasó a 6.2% en el 2009 ⁽²³⁾).

En un estudio realizado en diferentes hospitales del Perú, se encontró mayor porcentaje de embarazo en adolescentes en los hospitales ubicados en la región de la selva en un 29%, costa 18.1% y la sierra 17.6%. La incidencia del embarazo en adolescentes en la región de la selva es más alta, ya que los niveles socioeconómicos y educativos son bajos, existe un nivel bajo de conocimientos de sexualidad y anticoncepción. Más de la mitad (57.3%) de los adolescentes no finalizaron sus estudios primarios ni secundarios, esta deserción puede deberse a factores emocionales tales son como la vergüenza, miedo y/o complicaciones médicas durante o después del parto. La frecuencia en la tasa de mortalidad neonatal y el riesgo perinatal en las adolescentes fue significativamente mayor que en las madres adultas. Esto se debe básicamente a la presencia de prematuridad neonatal, bajo peso al nacer y desnutrición fetal. Por lo tanto, se llegó a la conclusión que las adolescentes tienen condiciones demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbimortalidad neonatal comparadas con las gestantes adultas ⁽¹⁸⁾.

Por estos antecedentes, la mayoría de las iniciativas desarrolladas a todo nivel se han enfocado en la prevención del primer embarazo en adolescentes, por lo cual se considera como uno de los objetivos sanitarios 2012-2020: Reducir embarazo en adolescentes. Se ha dejado de lado la prevención del segundo embarazo en adolescentes; a pesar de que se conoce la existencia de factores y características similares ⁽¹⁹⁾.

En los últimos años, ha existido un aumento en las cifras de embarazos reincidentes en adolescentes. En los Estados Unidos, entre el 2003 y 2004, el 20% de las madres adolescentes tuvieron un segundo hijo dentro de los dos años siguientes de su primer embarazo ⁽²⁰⁾, las afroamericanas y latinas presentaron la mayor prevalencia de embarazos reincidentes, 23 y 22%, respectivamente ⁽²¹⁾.

En un estudio en Colombia, el 13.3% de las adolescentes encuestadas tuvieron un embarazo y el 3.5% más de uno ⁽²²⁾. En un estudio en Chile del 2003, la reincidencia del embarazo adolescente fue de 15.6% ⁽²⁴⁾. En nuestro país, según ENDES 2014, el periodo intergenésico entre los 15 a 19 años tiene una media de 23.8 meses mientras que en el grupo de 20 a 29 años la media fue de 40.6 meses ⁽⁵⁾.

Alrededor de 6 de cada 10 nacimientos ocurridos en los cinco años precedentes a cada encuesta, tenidos por madres menores de 20 años de edad, no fueron deseados cuando ocurrieron, sino que los hubieran querido tener en un tiempo posterior. El porcentaje de estos nacimientos, en los cuales a las madres les hubiera gustado espaciar, se ha incrementado desde 36.6% en 1996 a 58.9% en el 2013 ⁽²⁵⁾. Se han encontrado múltiples factores predictivos en la aparición del embarazo reincidente en adolescentes, como factores individuales (la raza, bajo nivel educativo, uso de drogas)⁽²⁶⁾ , factores sociales familiares (el estrato socioeconómico, relación familiar conflictiva) ⁽²⁷⁾; factores en relación a la pareja (convivencia con la pareja, discrepancia de la edad, los contextos de relación); y factores reproductivos (las actitudes positivas hacia el embarazo, las intenciones de embarazo, uso de los anticonceptivos orales, el antecedente de evento obstétrico adverso, el antecedente de violencia sexual) ^(28 29).

Dentro de otros factores asociados al embarazo reincidente en adolescentes, destacan el menor nivel educativo, la raza negra, la mayor edad del primer compañero sexual, ausencia del control prenatal y haber tenido un recién nacido prematuro.

La educación individual es un factor importante que favorece el aplazamiento del inicio de la vida sexual activa. El embarazo antes de los 20 años disminuye al mejorar el nivel de educación de la joven ⁽³⁰⁾. La escolaridad juega un rol importante

en el estudio del embarazo adolescente ya que existe una fuerte asociación causal entre este y el abandono escolar prematuro. En otros países, se demostró que las madres adolescentes que siguen en la escuela tienen prácticamente la misma probabilidad de terminar su educación secundaria que sus compañeras, sin embargo, una vez que abandonan la escuela, su probabilidad de terminar es de solo 30%, la mitad de la probabilidad de alumnas que desertan por otros motivos (13).

Se reportan como causas del alto nivel de deserción escolar la sintomatología clínica del embarazo, los cambios en la imagen corporal, las dificultades económicas y las limitaciones para relacionarse en actividades con sus compañeros, además del surgimiento de temores por las responsabilidades que se adquieren (31).

Otro factor importante para evitar un siguiente embarazo adolescente es el uso de métodos anticonceptivo; también tiene repercusión el tipo de método utilizado. Templeman et al., en el año 2000, en un estudio para comparar la incidencia del embarazo repetido en mujeres que utilizaron los anticonceptivos orales y el Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA), concluyeron que las adolescentes que usan la inyección de DMPA tienen un índice de continuación más alto del método y una incidencia más baja de la repetición del embarazo en 12 meses del posparto comparado con las que seleccionan anticonceptivos orales durante ese mismo tiempo (32).

Es importante el efecto de los programas educativos de planificación familiar. En Brasil, se realizó un estudio para valorar la importancia de estos programas y se encontró mayor uso y en forma más prolongada de preservativos y anticonceptivos orales lo que significó un porcentaje más bajo (4.9%) de embarazo adolescente reincidente (33).

1.3 Definición de términos básicos

Adolescencia: Etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, donde ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el periodo comprendido entre los 10 a los 19 años.

Adolescencia temprana: Periodo que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Etapa en la que inician la manifestación de los cambios físicos como una repentina aceleración del crecimiento, desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias.

Adolescencia tardía: Periodo que abarca entre los 15 y los 19 años de edad.

Embarazo en la adolescencia: Conocido también como embarazo precoz, es el embarazo que se produce en las mujeres adolescentes, es decir, entre los 10 a 19 años.

Embarazo adolescente recurrente: Es el subsiguiente embarazo que se desarrolla en una madre antes de los 19 años.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Hipótesis

Este trabajo no presenta hipótesis por ser un estudio de alcance descriptivo.

2.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS Y SUS VALORES	MODO DE VERIFICACIÓN
Embarazo reincidente en madre adolescente	Mujer menor de 20 años, con antecedente de al menos un embarazo viable previo que acude para la atención de un siguiente parto	Cualitativo	Atención de un parto en la institución en mujer menor de 20 años con antecedente de al menos un embarazo viable previo	Nominal	N.º de embarazos reincidentes en adolescentes. INMP. 2015. N.º de embarazos en adolescentes. INMP. 2015	Historia clínica

SUBVARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	CATEGORÍAS Y SUS VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	N.º de años desde nacimiento hasta la atención del parto actual	Cuantitativa	Número de años cumplidos al momento del parto	8 a 19 años	Razón
Nivel de educación actual	Mayor nivel educativo alcanzado	Cualitativa	Ultimo año de educación culminado	.NINGUNO: No escolaridad. .PRIMARIA INCOMPLETA: Concluyó al menos 1.º de primaria. .PRIMARIA COMPLETA: Concluyó 6.º de primaria. .SECUNDARIA INCOMPLETA: Culminó al menos 1.º de secundaria. .SECUNDARIA COMPLETA: Concluyó 5.º de secundaria. .SUPERIOR: Cursa estudios técnicos o universitarios.	Ordinal

Estado civil actual	Estado civil al momento de la actual hospitalización.	Cualitativa	Estado civil registrado en la historia clínica	. CASADA .UNIÓN ESTABLE . SOLTERA .OTRO	Ordinal
Asistencia actual al colegio	Continúa escolaridad al momento de la hospitalización	Cualitativa	Asistencia al colegio registrado al ingreso	.Sí: Continúa asistiendo a clases. .No: Abandonó clases escolares. .CONCLUYÓ ESTUDIOS ESCOLARES: Terminó 5° de secundaria.	Ordinal
Edad de pareja actual	Clasificación de la pareja según edad.	Cualitativa	Edad referida por la paciente	. ADOLESCENTE: <20 años. .NO ADOLESCENTE: >20 años. . NO HAY DATOS: No hay referencia	Razón
Paternidad de anteriores embarazos y el actual	El padre del producto del anterior embarazo y el actual es la misma persona o son padres diferentes.	Cualitativa	Nombre del padre reportado por la paciente	. Sí: Es el mismo padre . No: Son padres diferentes. . NO HAY DATOS: No da datos	Ordinal
Menarquia	Edad en años al presentarse primer ciclo menstrual	Cuantitativa	Edad de primera menstruación	8 a 19 años	Razón
Edad de la primera relación sexual	Edad en años al iniciar primera actividad sexual	Cualitativa	Años cumplidos al iniciar vida sexual activa	.MENOR O IGUAL A 14 AÑOS . MENOR DE 14 AÑOS	Nominal
Número de parejas sexuales	Número de parejas con las que mantuvo relaciones sexuales contando actual pareja	Cuantitativa	Persona con la que mantuvo actividad sexual	1 a 8	Razón
Edad en el primer embarazo	Clasificación de la edad al momento del primer embarazo	Cualitativa	Edad al momento del primer parto	.MENOR O IGUAL A 14 AÑOS .MAYOR DE 14 AÑOS	Ordinal
Período internatal	Número de meses entre anterior nacimiento y el actual	Cualitativa	Número de meses entre nacimientos	.MENOR O IGUAL A 24 MESES. .MÁS DE 24 MESES.	Ordinal

Lugar de atención de anterior parto	Institución de salud donde se atendió anterior parto	Cualitativa	Institución donde se atendió anterior embarazo	. Minsa . EsSalud . FFAA . CLÍNICA PARTICULAR . NINGUNO	.Nominal
Uso de método anticonceptivo	Uso de método anticonceptivo al momento del alta o en los primeros 45 días post parto anterior.	Cualitativa	Uso de método anticonceptivo al alta de anterior parto	. Sí: Usó método anticonceptivo al alta o dentro de los 45 días del anterior parto. . No: No optó por método anticonceptivo.	Nominal
Tipo de método anticonceptivo	Tipo de método anticonceptivo utilizado al alta o en los primeros 45 días post parto anterior	Cualitativa	Nombre del método anticonceptivo usado	. BARRERA . DIU .HORMONAL DEPÓSITO .HORMONAL ORAL . IMPLANTE . NATURAL	Ordinal
Tipo de parto actual	Forma de interrupción del actual embarazo	Cualitativa	Vía de parto	.VAGINAL: Parto eutócico. .CESÁREA: Culminación del embarazo por vía cesárea	Nominal
Número de gestaciones	Número de embarazos contando el actual	Cuantitativo	Número de embarazos	2 a 6	Razón
Número de partos	Número de partos vaginales o cesáreas contando el actual	Cuantitativo	Número de partos	1 a 6	Razón
Número de abortos	Número de gestaciones interrumpidas antes de las 23 semanas	Cuantitativo	Número de aborto	0 a 6	Razón
Control pre natal en actual embarazo	Realización de actividades de control pre natal durante la última gestación	Cualitativo	Asistencia a citas de control prenatal	. Sí: > o = 4 CPN . No: < 4 CPN	Nominal
Recién nacido último con bajo peso al nacer	Peso del producto de la última gestación por debajo de los 2500 gramos	Cualitativo	Peso en gramos de recién nacido	. Sí: peso < 2500 gramos. . No: peso > o = 2500 gramos	Ordinal

Prematuridad	Término de la última gestación antes de las 37 semanas	Cualitativo	Edad gestacional al término del anterior embarazo	.Sí: Término del embarazo antes de las 37 semanas. . No: Término del embarazo a las 37 o más semanas.	Ordinal
Anemia	Nivel de hemoglobina < 11 gr/dL en el post parto	Cualitativo	Valor de hemoglobina después del parto	. Sí: Hb < 11gr/dL . No: Hb > o = 11 gr/dL	.Ordinal
Trastorno hipertensivo del embarazo	Presencia de presión arterial > o = 140/90 mmHg al menos en dos tomas. Proteinuria > 300 mgr en orina de 24 horas. Presencia de edema	Cualitativo	Diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo	. Sí . No	. Nominal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño

El tipo de estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal, por el control de la variable fue no experimental y por su estadística fue descriptivo.

El diseño de la investigación fue cuantitativo porque se expresó en forma numérica. Fue descriptivo porque describió las características clínicas y epidemiológicas de la población estudiada. Fue considerado como un estudio retrospectivo debido a que tomó datos del año 2015.

Este diseño fue catalogado como de tipo transversal porque las variables se midieron en un solo momento. Considerado como observacional porque no se manipuló ninguna variable. Su estadística fue descriptiva porque sólo se manejaron porcentajes.

3.2 Diseño muestral

Población universo

Madres adolescentes con antecedente de una gestación viable.

Población de estudio

Conjunto de madres adolescentes (hasta los 19 años y 11 meses) que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 2015, como gestantes o puérperas de un embarazo reincidente con el antecedente de haber tenido una gestación previa viable.

Tamaño de la muestra

La población muestral fue considerada como toda la población de madres adolescentes (hasta los 19 años y 11 meses) que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal como gestante o puérpera de un embarazo reincidente teniendo

el antecedente de haber tenido una gestación previa viable, durante el año 2015. Esta muestra fue de 113 pacientes.

Muestreo

Se consideró en la muestra a toda la población de madres adolescentes que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal como gestante o puérpera de un embarazo reincidente teniendo el antecedente de haber tenido una gestación previa viable, durante el año 2015 y cuyos datos pudieran ser obtenidos y revisados en la historia clínica.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes menores de 20 años que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015 como gestantes o puérperas con el antecedente de al menos una gestación previa viable.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 20 años que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015 con el antecedente de un embarazo previo con un producto menor de 500 gramos.

3.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos. Instrumentos

Para la recolección de datos a partir de las historias clínicas, se utilizó una ficha de recolección de la información previamente diseñada (ver anexo 1).

Procedimiento de recolección

Se solicitó la autorización respectiva al jefe del Servicio de Estadística y al jefe de archivo de historias clínicas para obtener la relación de gestantes adolescentes que ingresan al Instituto Materno Perinatal por un embarazo reincidente durante el año 2015 y se recolectó los datos de la fuente principal que fue la historia clínica.

3.4 Procesamiento y análisis de datos

Toda la información obtenida en el presente trabajo se digitó manualmente al realizar la búsqueda de la información en la ficha de recolección de datos, y electrónicamente a través de los programas de Word y SPSS 23 para el análisis, interpretación y discusión de resultados.

Al finalizar el proceso de recolección de datos, se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS 23. Cada variable tuvo las posibles respuestas codificadas para facilitar el proceso.

Los datos obtenidos se analizaron a través de tablas de frecuencias realizando el cálculo de estadísticos descriptivos. En la descripción de las variables de tipo continuo se utilizó medidas de tendencia central tales como la mediana, el valor mínimo, el valor máximo, y las medidas de variabilidad y dispersión como la desviación estándar.

Se elaboraron gráficas y tablas estadísticas para presentar los datos en forma clara.

El control de calidad de elaboración de la base de datos se realizó con la revisión de dicha base verificando que no existieran vacíos y con la revisión de una muestra de fichas de recolección corroborando un llenado de calidad.

Por ser un estudio cuantitativo, se elaboró una base de datos de acuerdo a la matriz de codificación de variables. Cada variable procesada tuvo un código numérico.

3.5 Aspectos éticos

Se respetó el principio de secreto profesional, ya que todos los datos fueron manejados en forma confidencial.

Se respetó el principio de veracidad porque se evitó el sesgo intencionado. Para el presente estudio se contó con la autorización del jefe del Servicio de Adolescencia

del Instituto Nacional Materno Perinatal y la autorización del jefe de Estadística para la revisión de las historias clínicas.

No se solicitó consentimiento informado a las pacientes porque los datos fueron obtenidos directamente de la historia clínica.

No se requirió poner en conocimiento al Comité de Ética, ya que no se trató de un estudio experimental.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1. Características epidemiológicas maternas en el embarazo reincidente en madres adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Variable	Media	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad materna	18.1 años	15 años	19 años
Edad menarquia	12.4 años	9 años	15 años
N° parejas sexuales	1.62 parejas	1 pareja	5 parejas
Edad 1° relación sexual	14.6 años	12 años	17 años
Edad 1° parto	15.6 años	13 años	18 años

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La edad media de nuestra muestra fue de 18.1 años, con rangos que van entre los 15 a 19 años; la edad media de la menarquia fue de 12.4 años; el número promedio de parejas sexuales fue de 1.6; la edad promedio de la primera relación sexual fue de 14.6 años y la del primer parto fue de 15.6 años.

Tabla 2. Edad materna en el embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Edad materna	N.º	%
15	2	1.8
16	2	1.8
17	18	15.9
18	52	46.0
19	39	34.5
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El mayor porcentaje de nuestra muestra, tenía de 18 años a más al momento del parto reincidente (80.5%).

Tabla 3. Grado de instrucción materna en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Grado de instrucción	N.º	%
Primaria incompleta	2	1.8
Primaria completa	8	7.1
Secundaria incompleta	57	50.4
Secundaria completa	43	38.1
Superior	3	2.7
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 50.4% de la muestra tenía secundaria incompleta, el 38.1% contaba con secundaria completa y solo el 2.7% cursaba estudios superiores.

Tabla 4. Estado civil en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Estado civil	N.º	%
Unión estable	98	86.7
Soltera	14	12.4
Otro	1	0.9
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

Un gran porcentaje de ellas (86.7%) tenían el estado civil de conviviente o unión estable y el 12.4% se reportó como soltera.

Tabla 5. Edad de pareja actual clasificado en adolescente y no adolescente en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Edad Pareja Actual	N.º	%
Adolescente	18	15.9
No adolescente	88	77.9
No da datos	7	6.2
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 77.9% de las parejas sexuales tenían de 20 años a más (no adolescentes) y el 15.9% de ellas eran menores de 20 años.

Tabla 6. Misma paternidad en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Misma paternidad	N.º	%
si	66	58.4
no	44	38.9
no datos	3	2.7
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

En un 58.4% de los casos, las parejas actuales eran también los padres del anterior producto. En el 38.9% de los mismos, los padres eran diferentes.

Tabla 7. Edad de menarquia en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Menarquia	N.º	%
9	1	0.9
10	2	1.8
11	24	21.2
12	31	27.4
13	35	31.0
14	12	10.6
15	8	7.1
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

En el 31% de los casos la edad de la menarquia fue de 13 años. Los rangos de la edad de menarquia eran de 9 a 15 años.

Tabla 8. Edad de primera relación sexual en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Edad 1º relación sexual	N.º	%
< o = 14 años	45	39.8
> 14 años	68	60.2
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

En el 60.2% de los casos la edad de la primera relación sexual fue de 15 años en adelante y en el 39.8% de los mismo la primera relación sexual ocurrió a los 14 años o menos.

Tabla 9. Número de parejas sexuales en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Número de parejas sexuales	N.º	%
1	59	52.2
2	44	38.9
3	6	5.3
4	2	1.8
5	2	1.8
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 52.2% de la muestra sólo reportó una pareja sexual, el 38.9% reportó dos parejas sexuales y el 1.8% de las mismas reportó 5 parejas.

Tabla 10. Edad materna en la primera gestación en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Edad en el primer embarazo	N.º	%
13	5	4.4
14	12	10.6
15	36	31.9
16	30	26.5
17	27	23.9
18	3	2.7
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 31.9% de las madres reincidentes tenía 15 años al momento de su segundo parto. Los rangos de edades al momento del segundo parto van entre 13 a 18 años.

Tabla 11. Lugar de atención del primer parto en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Atención de primer parto	N.º	%
Minsa	108	95.6
EsSalud	3	2.7
Clínica	2	1.8
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 95.6% de los primeros partos fueron atendidos en una institución del Ministerio de Salud; 48 de ellas, incluso se habían atendido en el mismo Instituto Nacional Materno Perinatal en su anterior embarazo.

Tabla 12. Uso de método de planificación familiar al alta del primer parto en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

PPFF al alta	N.º	%
si	68	60.2
no	45	39.8
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 60.2% de la muestra optó por algún método anticonceptivo al momento del alta de su anterior parto.

Tabla 13. Tipo de MAC al alta del primer parto en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Tipo de MAC	N.º	%
Barrera	20	17.7
Hormonal depósito	39	34.5
Hormonal oral	4	3.5
Implante	2	1.8
Natural	3	2.7
Ninguno	45	39.8
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El método anticonceptivo más elegido fue el método hormonal de depósito (34.5%), seguido por el método de barrera (17.7%) y el 39.8% de las pacientes optó por salir sin método anticonceptivo al momento del alta del anterior parto.

Tabla 14. Tipo de parto actual en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Tipo de parto actual	N.º	%
vaginal	97	85.8
cesárea	16	14.2
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 85.8% de los casos de embarazo reincidente culminó en un parto vaginal y el 14.2% en una cesárea.

Tabla 15. Número de controles pre natales en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

CPN actual	N.º	%
< 0 = 4	62	54.9
> 4	51	45.1
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 54.9% de las pacientes tuvo de cuatro a menos controles prenatales durante el embarazo reincidente y el 45.1% tuvo más de cuatro controles prenatales.

Tabla 16. Anemia materna en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Anemia	N.º	%
si	71	62.8
no	42	37.2
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 62.8% de las madres adolescentes presentaron anemia durante el parto o puerperio del embarazo reincidente.

Tabla 17. Enfermedad hipertensiva de la gestación en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

Enfermedad hipertensiva del embarazo	N.º	%
sí	5	4.4
no	108	95.6
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 4.4% de las madres adolescentes presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo durante el parto o puerperio del embarazo reincidente.

Tabla 18. Amenaza de parto pretérmino en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Amenaza de parto pretérmino	N.º	%
sí	17	15.0
no	96	85.0
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 15% de las madres adolescentes presentaron amenaza de parto pretérmino durante el embarazo reincidente.

Tabla 19. Ruptura prematura de membranas en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Ruptura prematura de membranas	N.º	%
sí	14	12.4
no	99	87.6
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 12.4% de las madres adolescentes presentaron ruptura prematura de membranas durante el embarazo reincidente.

Tabla 20. Bajo peso al nacer en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Bajo peso al nacer	N.º	%
sí	13	11.5
no	100	88.5
Total	113	100.0

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

El 11.5% de las madres adolescentes tuvieron un recién nacido con bajo peso al nacer durante el embarazo reincidente.

Tabla 21. Media del periodo internatal (PIN) en meses por grado de instrucción en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Grado de instrucción	PIN Media	N	Desviación estándar
Primaria incompleta	27.00	2	9.899
Primaria completa	28.50	8	5.606
Secundaria incompleta	29.14	57	10.443
Secundaria completa	25.42	43	10.294
Superior	36.67	3	11.015
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en meses según el grado de instrucción es de 27 meses en las madres adolescentes con primaria incompleta, de 28.5 meses en las que tenían primaria completa, 29.14 meses cuando tenían secundaria incompleta, 25.42 meses en las adolescentes con secundaria completa y de 36.67 meses cuando contaban con estudios superiores.

Tabla 22. Media del periodo internatal (PIN) en meses por paternidad en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

Misma Paternidad	Media PIN meses	N	Desviación estándar
sí	25.85	66	9.552
no	31.02	44	10.588
no datos	25.00	3	10.536
Total	27.84	113	10.223

Fuente:
Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en meses según paternidad de los productos fue de 25.85 meses cuando la pareja era el padre de ambos embarazos y de 31.02 meses si eran padres diferentes.

Tabla 23. Media del periodo internatal (PIN) en meses por edad de primera relación sexual en embarazo recurrente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

Edad 1.º Relación Sexual	Media PIN meses	N	Desviación estándar
< o = 14años	33.87	45	11.347
> 14 años	23.85	68	7.044
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en meses según edad al momento de la primera relación sexual fue de 33.87 meses cuando esta había ocurrido a los 14 años o antes y de 23.85 años si la primera relación sexual de la adolescente fue después de los 14 años.

Tabla 24. Media del periodo internatal (PIN) en meses por tipo de MAC en embarazo recurrente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

Tipo de MAC	Media PIN meses	N	Desviación estándar
Barrera	27.90	20	9.228
Hormonal depósito	31.77	39	11.008
Hormonal oral	21.75	4	2.062
Implante	21.00	2	0.000
Natural	21.67	3	4.041
Ninguno	25.67	45	9.847
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en meses según el tipo de método anticonceptivo al alta del anterior embarazo fue de 31.77 meses cuando se optó por el método

hormonal de depósito, de 27.9 meses cuando se usó el método de barrera y de 25.67 meses cuando no se optó por ningún método anticonceptivo.

Tabla 25. Media del periodo internatal (PIN) en meses por edad de menarquia en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

Menarquia	Media PIN meses	N	Desviación estándar
9	24.00	1	.
10	35.00	2	29.698
11	28.54	24	11.100
12	28.16	31	9.103
13	27.03	35	9.754
14	27.00	12	12.961
15	28.00	8	6.047
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en meses según edad de menarquia fue de 24 meses cuando la menarquia ocurrió a los 14 años hasta de 27.8 meses cuando la menarquia ocurrió a los 15 años.

Tabla 26. Media del periodo internatal (PIN) en meses por edad de primer parto en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

Edad 1.º Embarazo	Media PIN meses	N	Desviación estándar
13	40.80	5	11.883
14	34.00	12	14.045
15	32.83	36	9.076
16	24.77	30	5.606
17	21.04	27	5.694
18	13.67	3	1.528
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal por edad en el primer embarazo fue de 40.8 meses cuando el primer embarazo ocurrió a los 13 años y de 13.67 meses cuando el anterior embarazo ocurrió a los 18 años.

Tabla 27. Media del periodo internatal (PIN) en meses por uso de método de planificación familiar al alta de primer parto en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

PPFF al alta	Media PIN meses	N	Desviación estándar
sí	29.28	68	10.284
no	25.67	45	9.847
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en el grupo de pacientes que salió de alta con un método anticonceptivo fue de 29.28 meses mientras que en el grupo sin método anticonceptivo al alta fue de 25.67 meses.

Tabla 28. Media del periodo internatal (PIN) en meses por bajo peso al nacer en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

Bajo peso al nacer	Media PIN meses	N	Desviación estándar
sí	27.62	13	10.054
no	27.87	100	10.294
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en pacientes con productos con bajo peso al nacer fue de 27.62 meses y el del grupo con productos sin bajo peso al nacer fue de 27.87 meses.

Tabla 29. Media del periodo internatal (PIN) en meses por diagnóstico de anemia en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal año 2015

Anemia	Media PIN meses	N	Desviación estándar
sí	28.03	71	10.257
no	27.52	42	10.282
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en pacientes con anemia fue de 28.03 meses y la de pacientes sin anemia fue de 27.52 meses.

Tabla 30. Media del periodo internatal (PIN) en meses por tipo de parto actual en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Tipo de parto actual	Media PIN meses	N	Desviación estándar
vaginal	28.87	97	10.163
cesárea	21.62	16	8.445
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en meses de las pacientes con parto vaginal fue de 28.87 meses, mientras que la de las pacientes con parto por cesárea fue de 21.62 meses.

Tabla 31. Media de periodo internatal (PIN) en meses por número de controles prenatales en embarazo reincidente en madres adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Control prenatal actual	Media PIN meses	N	Desviación estándar
< o = 4	26.60	62	10.757
> 4	29.35	51	9.417
Total	27.84	113	10.223

Fuente: Historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal

La media del periodo internatal en las pacientes con 4 o menos controles prenatales fue de 26.6 meses mientras que la de las pacientes con más de 4 controles prenatales era de 29.35 meses.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El embarazo reincidente en madres adolescentes está determinado por la interacción de diferentes factores que pueden aumentar o disminuir su presentación. En el presente estudio se tuvo como muestra 113 adolescentes con un embarazo reincidente en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2015. La edad media de esta muestra fue de 18.1 años, con rangos entre los 15 a 19 años, similar a la encontrada por Garnica en Colombia (18 años) ⁽¹⁵⁾ y de 17.4 años por Acuña ⁽⁵⁾. Estos resultados concuerdan con el concepto que el embarazo reincidente es más frecuente a mayor edad de la mujer adolescente (adolescencia tardía).

Solo el 40.8% de las pacientes evaluadas había concluido los estudios secundarios, pero aun así este valor fue superior a lo reportado por Acuña de 26.1%. Se encontró que la baja escolaridad puede ser tanto causa como consecuencia del embarazo reincidente, ya que muchas de estas pacientes abandonan la escuela durante la primera gestación y esta deserción les pudo impedir tener mayores expectativas en su futuro.

El estado civil de conviviente fue el más frecuente (86.7%) lo cual coincide con los estudios de Garnica, este estado de unión estable más frecuente puede ser a consecuencia del conocimiento de la primera gestación y puede conllevar a que las parejas decidan continuar con su trayectoria reproductiva ⁽¹⁵⁾.

Como reportó Acuña (63%) y Garnica, en sus respectivos estudios, el tener una pareja no adolescente constituyó el 77.9% de los casos, esto puede representar un factor que favorece el embarazo reincidente, porque al ser la pareja de mayor edad puede tener el deseo de incrementar su paternidad, pero también, esta diferencia de edad entre la pareja y la adolescente puede indicar un estado de sumisión y dependencia.

En el 58.4% de los casos la actual pareja también era padre del anterior hijo, en el estudio de Acuña este valor fue de 65.7%.

La edad media de la menarquia fue de 12.4 años y el 39.8% de ellas había iniciado actividad sexual antes de los 14 años. Se reportan trabajos como el de Yauri en el que tanto la menarquia precoz como el iniciar actividad sexual antes de los 15 años son factores de riesgo para la reincidencia del embarazo ⁽⁶⁾.

El 52.2% de las pacientes refirió haber tenido solo una pareja sexual, lo cual no concuerda con otros estudios donde el embarazo reincidente se relaciona con un número de parejas sexuales mayor o igual a tres.

La edad media en el primer embarazo fue de 15.6 años y el 15% tuvo su primer parto antes de los 15 años.

El 95.6% (108 casos) de los primeros partos fue atendido en alguna institución del Minsa, de los cuales 48 casos fueron atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el 2.7% atendió su anterior embarazo en EsSalud y el 1.8% lo realizó en clínica particular.

El 60.2% de las pacientes salió de alta de su primer embarazo con algún método anticonceptivo, lo cual nos indica que el uso del método anticonceptivo al alta no necesariamente se asocia al uso continuo del mismo, por tanto, es importante contar con servicios de salud en la periferia que le faciliten e incentiven a la madre adolescente la adherencia al método anticonceptivo.

El 34.5% de las pacientes estudiadas optó por el método hormonal de depósito, 17.7% utilizó el método de barrera, el 3.5% el método hormonal oral, 2.7% con algún método natural, 1.8% utilizó implante subdérmico y el 39.8% salió de alta sin método anticonceptivo. Ninguna paciente del estudio optó por el método del dispositivo intrauterino al alta. Estos resultados nos grafican la preferencia de las adolescentes y del personal de salud por los métodos que requieran menor seguimiento.

El 85.8% de las pacientes tuvo un parto vaginal en el embarazo reincidente y 14.2% fue sometida a una cesárea, valor más bajo que el reportado en Colombia (25%)

por Garnica. Este resultado no concuerda con lo observado en otros estudios, donde se encuentra como una consecuencia del embarazo reincidente en la adolescencia el incremento del índice de cesáreas.

La media del periodo internatal fue de 27.8 meses.

El 54.9% de las pacientes tuvo un control prenatal insuficiente en el embarazo reincidente, lo cual difiere con el resultado de Garnica en Colombia (12%).

Dentro de las complicaciones presentadas en este grupo de adolescentes con embarazo reincidente se encontró: anemia (62.8%)⁽³⁴⁾, superior al 31% encontrado por Esteves⁽¹⁴⁾; amenaza de parto pretérmino (15%) 13% en el estudio de Acuña; ruptura prematura de membranas (12.4%) 10.3% en el caso de Esteves; producto con bajo peso al nacer (11.5%) 8.7% para Acuña y enfermedad hipertensiva del embarazo (4.4%) significativamente más bajo que los valores encontrados por Acuña (13%).

En las tablas cruzadas se observó que las pacientes con grado de instrucción superior, presentaron la media del período internatal (PIN) más alta (36.67 meses) mientras que las que tenían secundaria completa tuvieron una media del PIN de 25.4 meses.

Las adolescentes cuyos embarazos eran concebidos con el mismo padre, presentaron una media de PIN de 25.85 meses mientras las que tenían embarazos con diferentes padres, la media del PIN fue de 31 meses. Esto concuerda con las observaciones realizadas por otros estudios donde el haber conformado una estructura familiar estable favorece al embarazo reincidente en este grupo.

Las adolescentes que iniciaron vida sexual activa antes de los 14 años, tuvieron una media del PIN de 33.8 meses, mientras que las adolescentes que iniciaron su vida sexual activa después de los 14 años la media del PIN fue de 23.8 meses.

Estos hallazgos difieren con lo encontrado en otros estudios donde el inicio precoz de la vida sexual activa constituye un factor de riesgo para la reincidencia del embarazo adolescente.

Las medias del PIN en meses fueron similares tanto en los grupos con anemia materna como en las que no cursaron con esta complicación. Lo mismo ocurrió con la complicación de recién nacido con bajo peso al nacer, en la que las medias del PIN eran similares tanto en los embarazos que presentaron esta complicación como en los que no la sufrieron.

En las pacientes con embarazo adolescente recurrente que culminó en un parto vaginal, la media del PIN fue mayor (28.87 meses) que en las pacientes cuyo embarazo culminó en un parto por cesárea (21.62 meses). Lo cual no concuerda con otros estudios en los que la tasa de culminación por cesárea son mucho más altas ⁽³⁵⁾. Esta media del PIN menor puede ser un factor causal para la culminación en un parto por cesárea, ya sea por la mayor posibilidad de complicaciones obstétricas como por el diagnóstico de período internatal corto (menos de 24 meses) en cesareadas anteriores en cuyo caso la terminación del embarazo es por vía alta (cesárea).

Dentro de las limitaciones de este estudio consideramos que por ser un trabajo de tipo transversal no podemos inferir causalidad. Los resultados y conclusiones de este estudio son aplicables básicamente en las madres adolescentes de un estrato socio económico similar al de las adolescentes que se atienden en el Instituto Nacional Materno Perinatal. La obtención de la información se vio condicionada por la calidad del llenado de la historia clínica, la subjetividad del personal a cargo de la recopilación de los datos, la desconfianza por parte de la paciente para brindar información privada, etc.

CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescencia representa un problema multisectorial y desde el punto de vista biológico es ya un problema de salud pública. Si bien se han desarrollado múltiples estrategias para tratar de controlar el embarazo adolescente, es aún muy poco lo estudiado e invertido para tratar de aplacar el embarazo reincidente en madres adolescentes.

La edad media de las madres adolescentes reincidentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015 fue de 18,1 años; en un alto porcentaje no han culminado los estudios secundarios, conviven con sus parejas las cuales mayormente no son adolescentes como ellas.

El embarazo adolescente reincidente incrementa el riesgo obstétrico y la posibilidad de presentar complicaciones maternas.

La anemia es la complicación materna más frecuente en el embarazo adolescente reincidente. En ellas, el cumplimiento del esquema de control pre natal es menor.

Más de la mitad de las madres adolescentes reincidentes optaron por un método anticonceptivo al alta de su primer parto. El método anticonceptivo más utilizado fue el método hormonal de depósito.

RECOMENDACIONES

Se requiere desarrollar estrategias de intervención a diferentes niveles y en diversos campos para prevenir el embarazo reincidente en las madres adolescentes. Para ello, se deben realizar previamente estudios de tipo longitudinal para evaluar el efecto de diversas intervenciones sanitarias en la disminución de la reincidencia del embarazo adolescente.

Considerar la prevención de la reincidencia del embarazo adolescente como una prioridad en los programas de salud a nivel nacional. Dentro de ello, se debe implementar y/o mejorar los programas de planificación familiar en los servicios de salud primarios para facilitar e incentivar la adherencia al método anticonceptivo elegido posterior al primer parto.

Otra de las metas es evitar la deserción escolar en las madres adolescentes, ya que esto se encuentra ligado al embarazo reincidente.

Mejorar el seguimiento y manejo de la anemia en la población de madres adolescentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. Boletín informativo N° 2 Salud de las y los adolescentes peruanos: Ubicándolos y ubicándonos. Lima Perú. Versión digital: www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp
2. World Health Organization, Women and Health 2008.
3. Estado mundial de la infancia 2011.La adolescencia una época de oportunidades. <https://www.unicef.org/soc2011>
4. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. WHO/FWC/MCA/12.02. OMS 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf.
5. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2014. Lima. Abril 2015. <https://www.inei.gob.pe/Est/Lib1211>
6. Plan Multisectorial para la prevención de embarazo en adolescentes 2013-2021. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131106-MINSA-Plan-Prevencion-EmbarazoAdolescente.pdf>
7. Knudson Montoya, Iliana Causas de reincidencia de embarazos en las adolescentes asociados al conocimiento sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en tres barrios del distrito de Cartagena Enero-Julio 2013.<https://docplayer.es/23307025-Autoras-iliana-knudson-montoya-luzney-martinez-torres-asesor-de-la-investigacion-dra-shirley-diaz-cardenas.html>
8. Esteves Bermejo, Sheyla Complicaciones maternas asociadas al Segundo embarazo en adolescentes. Hospital Sergio E. Bernales- Collique Octubre-Diciembre 2014". <https://www.aulavirtualusmo.pe/ojs/index.php/rpoe/search/authors/view?firstN>

[ame=sheyla&middlename=Nataly&lastname=esteves-Bermejo&affiliation=puesto%20de%20dalud%20villa%20Santa%20Rosa%20Andahuaylas%20-%20Apur%C3%ADmac&countyr=PE](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2753)

9. Acuña H, Complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo. Estudio caso control. Instituto Materno Perinatal-2006. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2753>
10. Chura Muñaico, Ruth; Campos Pardo, Ruth; Miranda Malca Lidiana. Factores socioculturales relacionados con el embarazo recurrente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé- Lima. Revista Científica de Ciencias de la Salud 2013 pp 68-74. https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1002
11. Yauri Quispe, Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre-niño San Bartolomé durante el año 2014. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4621>
12. RigsbyD, Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: A review of the literatura. Journal of Adolescent Health. Agosto 1998; 11(3) 115-126. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9704301>
13. SánchezChávez, Factores que Inducen a la Deserción Escolar en la Adolescente Embarazada. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2006; 23(2): 64-68. www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis062d.pdf
14. Calle Salazar, Elaine. Percepción de los factores asociados a la reincidencia del embarazo adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal Lima 2015. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/575498?locale-attribute=en>
15. Orozco N, Vaillant S. Medisan. Medisan 2005, 9(2). <https://www.google.com/search?q=Orozco+N%2C+Vaillant+S+Medisan.+Medi>

16. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012
17. OMS. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias.2011
18. Diego PC, Huarcaya GJ Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. (Spanish). Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2012;77(2):122-8.
19. Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe. Estudio sobre prácticas exitosas para la prevención del segundo embarazo en madres adolescentes. [online]. Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Estudio%20sobre%20%20pr%C3%A1cticas%20exitosas%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20segundo%20embarazo%20en%20madres%20adolescentes.pdf>
20. Rosengard C. Confronting the intendedness of adolescents rapid repeat pregnancy.(Internet).2009. Extraído el 30 de Abril 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
21. Devoe M, Duggan AK, Gold MA. Motivational Interventions to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers. Annals of Family Medicine. 2009; 7(5): 436-45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19752472>
22. Garnica Lina, María, Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas 2012. <https://77core.ac.uk/download/pdf/86440010.pdf>
23. INEI. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo. Lima Perú. 2013.

24. Gonzalez E, Encina C, Gómez M, Molina T, Sandoval J. Factores psicosociales que se asocian a la reincidencia del embarazo en adolescentes chilenas. Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. 2003; 10:71-72.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000500002
25. Thévenon, O. Family Policies in OECD Countries: A Comparative Analysis. Population And Development Review. 2011;37(1): 57-87 3
26. LewisL, Predictors of sexual intercourse and rapid repeat pregnancy among teenage mothers: an Australian prospective longitudinal study. The Medical Journal of Australia 2010;193(6):338-42.
<https://mja.com.au/journal/2010/193/6/predictors-sexual-intercourse-and-rapid-repeat-pregnancy-among-teenage-mothers>
27. Raneri LG, Social ecological predictors of repeated adolescent pregnancy. Perspectives on sexual and reproductive health, 2007; 39(1):39-47.
<https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11418259>
28. Stevens-Simon C, Kelly L, Kulick R. A Village Would Be Nice But . Pregnancies. American Journal of Preventive Medicine. 2001;21(1):60–5.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11418259>
29. Jacoby M, Gorenflo D. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents, American journal of preventive medicine . 1999 May; 16 16(4): 318-321.
<https://psycnet.apa.org/record/1999-05168-003>
30. Almeida CC. School trajectory and teenage pregnancy in three brazilian state capitals. Cod Saúde Publica 2006. 22(7) 1397-1409.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext%pid=S0102-311X2006000700005

31. Mejía Mendoza, Martha; Laureano Eugenio, Jorge. Condiciones socioculturales y experiencia de embarazo en adolescents de Jalisco, México: Estudio cualitativo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol 66, N° 4 Oct-Dic 2015 pp 242-252. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a03.pdf>
32. Templeman Claire y col Postpartum Contraceptive use among adolescent mothers. Rev.The American College of Obstetricians and gynecologist. 2000;95:770-776
.https://www.researchgate.net/publication/12540495_postpartum_contraceptive_use_among_adolescent_mothers
33. Mendes L, Cardoso E, Barbieri M. Prevención de la reincidencia del embarazo en adolescentes: efectos de un programa de planificación familiar. Acta Paul Enferm 2006;19(2):196-200.
https://www.researchgate.net/publication/250049281_Prevenca0_da_reincidencia_de_gravidez_em_adolescentes-efeitos_de_um_Programa_de_planejamento_familiar
34. De Vienne CM. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. European journal of obstetrics, gynecology and reproductive biology.2009. 147(2):151-156,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19733429>
35. Bojanini B, Fernando J , Gómez D Resultados obstétricos y perinatales en adolescents. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2004; 55(2):114-121. <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/598>

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N.º

FECHA DE RECOLECCIÓN:

NOMBRE:

HISTORIA CLÍNICA:

EDAD: _____ años

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>

ESTADO CIVIL ACTUAL:

Casada	<input type="checkbox"/>
Unión estable	<input type="checkbox"/>
Soltera	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

ASISTENCIA ACTUAL AL COLEGIO:

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
Concluyó secundaria	<input type="checkbox"/>

EDAD DE PAREJA ACTUAL: _____ años

Adolescente	<input type="checkbox"/>
No adolescente	<input type="checkbox"/>
No da datos	<input type="checkbox"/>

PADRE DEL 1º Y 2º EMBARAZO ES LA MISMA PAREJA:

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No da datos	<input type="checkbox"/>

MENARQUIA: _____ años

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: _____ años < o = 14 años

> 14 años

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: _____

EDAD EN EL PRIMER EMBARAZO _____ años < o = 14 años

> 14 años

ATENCIÓN DEL PRIMER PARTO: Hospital Minsa

Hospital EsSalud

Hospital FFAA

Clínica particular

Ninguno

PLANIFICACION FAMILIAR AL ALTA DEL PRIMER EMBARAZO: Sí NO

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO: Barrera

DIU

Hormonal de depósito

Hormonal oral

Implante

Natural

TIPO DE PARTO ACTUAL: vaginal cesárea

NÚMERO DE GESTACIONES: _____

NÚMERO DE PARTOS: _____

NÚMERO DE ABORTOS: _____

PERIODO INTERNATAL ENTRE 1° Y 2° EMBARAZO _____ meses

PESO AL NACER DE RN 2° EMBARAZO: < 2500 gr

> 2500 gr

no hay datos

CONTROL PRENATAL: < 4 > 4

COMPLICACIONES EN 2° EMBARAZO

Anemia	SÍ	NO
Enfermedad hipertensiva del embarazo	SÍ	NO
Amenaza de parto pretérmino	SÍ	NO
RPM	SÍ	NO
Bajo peso al nacer	SÍ	NO