

Características clínico-epidemiológicas de adolescentes multiparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú

Clinical-epidemiological characteristics of adolescent multiparous patients attended at the Instituto Nacional Materno Perinatal of Lima, Perú

Selene Wilcamango¹, Nérida Pinto², Kevin Flores Lovon³, Dayana Ticona³, Ericson L. Gutiérrez^{1,4*}

¹Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima-Perú

²Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú

³Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Arequipa-Perú

⁴Universidad Continental, Facultad de Ciencias de la Salud. Lima. Perú

RESUMEN

Introducción. El embarazo adolescente es un problema de salud pública con consecuencias médicas y sociales. **Objetivo.** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de las adolescentes multiparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016. **Material y métodos.** Estudio descriptivo de serie de casos. La población estuvo constituida por todas las adolescentes púerperas multiparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016 cuyos datos fueron incluidos en el Sistema Informático Perinatal. **Resultados.** Se incluyó un total de 567 adolescentes, 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%). **Conclusión.** Las características clínicas y epidemiológicas de las multiparas adolescentes son similares a estudios previos realizados en Perú, con excepción del predominio de partos a término.

Palabras Claves: embarazo; adolescencia; paridad; cesárea

ABSTRACT

Introduction. Adolescent pregnancy is a public health problem with medical and social consequences. **Objective.** Determine the clinical and epidemiological characteristics of multiparous puerperal adolescents attended at the Instituto Nacional Materno Perinatal between 2014 and 2016. **Material and methods.** A descriptive case series study. The population was made up of all the multiparous adolescent postpartum women attended at the Instituto Nacional Materno Perinatal between 2014 and 2016 whose data were included in the Perinatal Computer System. **Results.** A total of 567 adolescents were included, 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 term deliveries (86.2%) and they chose 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 multiparous are similar to previous studies carried out in Peru, with the exception of predominance of term deliveries.

Key words: pregnancy; adolescence; parity; cesarean section

Cómo citar/How cite:

Wilcamango S, Pinto N, Flores-Lovon K, Ticona D, Gutiérrez EL. Características clínicas y epidemiológicas de adolescentes multiparas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Rev. cient. cienc. salud 2023; 5: e5119.

Fecha de recepción:

10/06/2023

Fecha de aceptación:

11/08/2023

Autor correspondiente:

Ericson Leonardo Gutierrez

Ingunza

E-mail:

egutierrez@continental.edu.pe

Editor responsable:

Margarita Samudio

E-mail:

margarita.samudio@upacifico.edu.pe

u.pe



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta, comprendida entre los 10 y 19 años⁽¹⁾. Se divide en tres etapas: temprana, media y tardía⁽²⁾. Se considera como un periodo de mayor vulnerabilidad y riesgos considerables^(3,4), que podrían ser consecuentes en embarazo y tener hijos antes de adquirir la madurez física, emocional y social necesaria^(3,5).

A nivel mundial, el embarazo adolescente es un problema de salud pública, debido a su repercusión médica, social y económica en la madre, y en el riesgo de mortalidad perinatal y materna^(3,6). En 2011, a pesar de un descenso notorio a escala mundial de las tasas de natalidad⁽⁷⁾, se observó que el 11% de todos los nacimientos fueron en adolescentes de 15 a 19 años, apreciándose además de una tasa de natalidad mundial de 49 por 1000 adolescentes⁽⁶⁾. En Perú entre 2012 y 2017, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años presentó un leve incremento de 13.2% a 13.4%, que se registró sobre todo en mujeres con educación primaria, un menor quintil de riqueza, residencia en áreas rurales y que viven en la selva⁽⁸⁾. Este problema implica múltiples causas, donde las relaciones sexuales precoces puede ocurrir por curiosidad, por la búsqueda de llenar un vacío emocional, por la desinformación sobre métodos anticonceptivos, por relaciones sexuales forzadas o por la presión de procrear al casarse^(5,9).

El embarazo temprano en adolescentes aumenta la probabilidad de embarazos sucesivos no deseados con la consecuente multiparidad y una descendencia más numerosa al final de la vida reproductiva de la mujer, que repercute en el ámbito educativo, económico y de relación afectiva⁽¹⁰⁾. Son diversos los factores de riesgo para la multiparidad en la adolescencia tales como tener menos de 16 años en el primer embarazo, abandono escolar, pareja mayor de 20 años, menor nivel educativo en concordancia a su edad durante el primer embarazo, abandono del hospital sin control de la natalidad, entre otros⁽¹¹⁾. Por lo tanto, la reincidencia del embarazo en la adolescencia merece atención, ya que significa que inició a edad temprana y corto intervalo intergenésico⁽¹²⁾ y la gran mayoría suelen ser embarazos no deseados y/o por uso incorrecto de los métodos de planificación familiar⁽¹³⁾. Cabe recalcar que, si el primer embarazo trae repercusiones negativas, habrá mayores dificultades en la multiparidad; lo que demuestra el fracaso del sistema de salud en la prevención⁽¹²⁾.

Al ser un problema complejo, para prevención la prescripción del control de la natalidad no es suficiente sino requiere también un seguimiento posparto más intenso⁽¹¹⁾ que considere desde las estructuras sociales, políticas y demográficas, además de sus padres y su entorno familiar⁽¹⁴⁾. Ya que las consecuencias afectan a la familia y la comunidad, generando un costo económico para el país por la pérdida de ingresos anuales que esta joven hubiera producido⁽⁶⁾. Por lo anteriormente expuesto, se plantea el presente estudio con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de la multiparidad en pacientes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre 2014 y 2016.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo tipo serie de casos, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú. La población de estudio estuvo constituida por 567 puérperas múltiparas adolescentes, es decir, que han tenido dos o más partos, incluyendo el actual entre el 2014 y 2016; con edades comprendidas entre 10 y 19 años. Se excluyó a las pacientes múltiparas adolescentes cuyo embarazo terminó en aborto.

Para la realización del presente estudio, se revisó la información de las pacientes puérperas, cuyos datos fueron ingresados a la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP). Para conocer las características clínicas y epidemiológicas de las múltiparas adolescentes se estudiaron las variables: tipo de adolescencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación, IMC, Edad gestacional al primer control prenatal, si la gestante fue o no fue controlada, tipo de embarazo de acuerdo con la edad gestacional, vía de culminación del embarazo, método anticonceptivo elegido al egreso hospitalario, componentes de la fórmula obstétrica y número de 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⁾.

Se evaluó el índice de masa corporal (IMC) al inicio de la gestación, de acuerdo a los parámetros de la OMS. Se clasificó en bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad I, obesidad II y obesidad III⁽¹⁵⁾.

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 de Perú, 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⁽¹⁶⁾.

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⁽¹⁷⁾.

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

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS V20.0. Se realizó estadística descriptiva basada en el cálculo de frecuencias, porcentajes, dispersión y medidas de tendencia central. Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza de 95%.

El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud de la facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres y por el Comité de Ética en Investigación del INMP.

RESULTADOS

Entre 2014 – 2016, 63 996 pacientes egresaron del INMP por atenciones de causas obstétricas, de las cuales 8062 fueron adolescentes (12,6%) y de estas, 567 pacientes (7%) cumplieron con los criterios de inclusión, lo que constituyó la población de estudio.

Del total de paciente múltiparas, 546 (96,3%) se encontraron en el grupo de adolescencia tardía y el restante, 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 por múltiparas con primaria completa (55 casos, 9,7%) (Tabla 1).

Con respecto a la ocupación, hubo una gran predominancia de amas de casa con 503 casos (88,7%); en cambio, encontramos a estudiantes (7,8%), independientes (1,6%) y empleadas (1,4%) en porcentajes menores (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las múltiparas 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
Total	567	100

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 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
Total	350	100

* 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 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 el bloqueo tubárico bilateral (BTB) fue elegido cada uno por 0,2% de las pacientes. El 4.9 % de las pacientes no eligió método alguno (Tabla 3).

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

Características	n	%
Edad gestacional al primer control prenatal *		
<14 semanas	92	24,3
≥ 14 semanas	287	75,7
Gestante controlada		
Sí (≥ 6 CPN)	159	28,0
No (<6 CPN)	401	70,7
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		
Inyectable	260	45,9
Condón	110	19,4
MELA	94	16,6
Implante	58	10,2
DIU	15	2,6
Píldora	1	0,2
BTB	1	0,2

Ninguno 28 4,9

*Porcentaje sobre los datos válidos

La mayoría (85,7%) de las gestantes había tenido dos embarazos y dos partos (95,9%) incluyendo el actual. El 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 entre una a tres cesáreas (Tabla 4).

Tabla 4. Información de algunos componentes de la fórmula obstétrica y cesárea de las múltiparas adolescentes atendidas en el INMP 2014-2016

Componentes	Cantidad de componentes				
	0	1	2	3	4
Gestaciones	-		85,7%	13,4%	0,4%
Partos	-	3,9%	95,9%	0,2%	-
Abortos	89,2%	10,4%	0,4%	-	-
Cesáreas	61,2%	18%	20,1%	0,7%	-

DISCUSIÓN

El estudio muestra que entre 2014 y 2016 el 12.6% de los egresos hospitalarios por atenciones relacionadas al embarazo, parto o puerperio fueron adolescentes, dicho porcentaje fue inferior al reportado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 15%⁽³⁾ y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 13.4%⁽⁸⁾; pero superior a lo encontrado por Aparicio J⁽¹⁸⁾ en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre 2009 y 2013, cuya frecuencia fue de 10.34%.

Del total de adolescentes múltiparas, el 96.3% pertenecen a la adolescencia tardía. Dos estudios reportaron un porcentaje de 99.7%⁽¹⁸⁾ y 82%⁽¹⁹⁾ respectivamente, se deduce que estas cifras elevadas se deben a la proporción directa entre la edad y tener dos o más embarazos. Se encontró que la unión estable o estado civil conviviente fue de 80.8%, siendo inferior a lo reportado por Caño⁽¹⁹⁾ de 93% y Claros⁽²⁰⁾ de 86.6%, y discordante a lo encontrado por Aparicio J⁽¹⁸⁾ con predominancia del grupo de adolescentes solteras de 68.7% y un 30.7% de adolescentes convivientes, grupo que en nuestro estudio fue el segundo más frecuente con un porcentaje de 17.6%.

La mayoría de las gestantes adolescentes contaba con secundaria incompleta 51.3%, seguida de secundaria completa 32.5% y solo primaria completa 9.7%. Esto coincide con Claros⁽²⁰⁾, que reportó que el 42.9% tenía secundaria incompleta; Caño⁽¹⁹⁾ encontró que el 63% tiene secundaria en general y Aparicio⁽¹⁸⁾, reporta una predominancia de la educación secundaria completa. Sin embargo, el INEI⁽⁸⁾, reportó que las adolescentes que ya eran madres tenían educación primaria en un 39.1%; esto se puede deber a que en el INEI evaluó una población peruana general, a diferencia de nuestro estudio que tiene mayor población procedente de la capital, con mayor acceso a educación.

Nuestro estudio mostró que la principal ocupación fue ama de casa con un 88.7%, lo que coincide con Caño⁽¹⁹⁾ y Claros⁽²⁰⁾ de 73% y 93.3% respectivamente.

El estado nutricional medido por el índice de masa corporal (IMC), permite conocer el estado nutricional de las adolescentes al iniciar su embarazo y permite aproximar los rangos de incremento de peso con el peso del producto al nacer⁽²¹⁾. En el presente estudio en el 38.3% de pacientes no se consignó este dato, y de las que sí el 57.7% tuvo IMC normal y 27.7% sobrepeso; hallazgo similar a lo reportado por Manzano⁽¹⁰⁾, que 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 realizarse antes de las 14 semanas de gestación, para garantizar la aplicación de un paquete básico de intervenciones adecuadas. Este esquema considera a una gestante controlada a aquella que tenga seis o más controles prenatales durante el embarazo⁽¹⁷⁾. El cumplimiento inadecuado se ha relacionado con gestaciones no planificadas y mayor paridad⁽²²⁾, además, de una repercusión negativa del embarazo adolescente⁽²³⁾. Nuestro estudio encontró que el 70.7% de las pacientes fueron gestantes no controladas o con controles insuficientes, esto se podría explicar, por un registro inadecuado de los controles realizados en los centros de salud de donde fueron referidas, por otra parte, las adolescentes acuden al INMP sin referencia y sin un registro de controles

prenatales y eso genera que las pacientes informen verbalmente, generando un subregistro. Nuestro estudio demostró que el 24.3% de los pacientes cuyos datos fueron registrados, inició sus controles antes de las 14 semana, similar a lo reportado en el Hospital Nacional Dos de Mayo⁽¹⁸⁾ que reportaron que el 35.7% de adolescentes multigestas tuvo controles adecuados, de manera diferente a lo reportado en el Hospital de Huaral⁽²⁰⁾ y el Hospital San Bartolomé⁽²⁴⁾ que informaron de 63% y 75.1% respectivamente, tuvo controles prenatales adecuados.

El embarazo adolescente es relacionado con mayor riesgo de parto pretérmino⁽²⁵⁾; contrario a esto, en nuestro estudio demostró que el parto a término es de 86.2 %, similar a lo encontrado por La Rosa⁽²⁶⁾ quien encontró un 90.3% y en menor porcentaje por Valdivia⁽²⁴⁾, con solo el 54% para este grupo.

La culminación del embarazo en su mayoría fue por parto vaginal, y 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. 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 de 38.9% y a la registrada en nuestro país en 2015 que fue de 35.4%^(27,28). Si la comparamos con estudios realizados en países de la región, como el de Gallardo et al.⁽²⁹⁾ en Colombia y Hernández et al.⁽³⁰⁾ en México, son de 32.8% y 39% respectivamente siendo similares, pero inferior al reportado por Aparicio⁽¹⁸⁾ en Perú de 52% en su estudio en multigestas adolescentes.

El periodo posparto es una excelente oportunidad importante para educar a la adolescente sobre anticoncepción y que pueda hacer una elección libre e informada⁽³¹⁾, debido al potencial reproductivo que en el caso de las adolescentes es alto. Al respecto, nuestro estudio mostró que el 95.1% de adolescentes eligió algún método anticonceptivo, siendo muy superior al de Parada⁽³²⁾ en Colombia y Pérez con Aparicio C.⁽³³⁾ en Paraguay que reportaron 36.2% y 37.9% respectivamente. El método anticonceptivo de preferencia al egreso en nuestro estudio fueron los inyectables con 45.9%, considerado entre eficaz y muy eficaz según la norma técnica de planificación familiar⁽³¹⁾; Pérez L y Aparicio C.⁽³³⁾ reportaron que el método de mayor elección fue el DIU con un 24.35% que en nuestro estudio fue preferido por 2.6% de las adolescentes. Parada⁽³²⁾ reportó que el condón fue el método elegido por un 36%, en comparación a nuestro estudio que fue el segundo en preferencia con 19.4%.

Finalmente, considerando el embarazo actual, el 85.7% de las pacientes tuvo dos gestaciones, similar a lo encontrado por Aparicio⁽¹⁸⁾, Claros⁽²⁰⁾ y Caño⁽¹⁹⁾ que fue del 90.5%, 95% y 74% respectivamente. El 95.9% tuvo dos partos, similar a lo encontrado por Caño⁽¹⁹⁾ con 94%.

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: IMC y edad gestacional al primer control prenatal.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses con relación al presente artículo.

Contribución de los autores:

Conceptualización: Selene Wilcamango, Nélica Pinto, Ericson Gutiérrez

Curación de datos: Selene Wilcamango

Análisis formal: Selene Wilcamango, Ericson Gutiérrez

Investigación: Selene Wilcamango, Nélica Pinto, Ericson Gutiérrez

Metodología: Selene Wilcamango, Ericson Gutiérrez

Redacción–borrador original: Selene Wilcamango, Kevin Flores-Lovon, Dayana Ticona, Ericson Gutiérrez

Redacción–revisión y edición: Selene Wilcamango, Dayana Ticona, Kevin Flores-Lovon, Ericson Gutiérrez, Nélica Pinto

Financiamiento: El presente trabajo de investigación fue autofinanciado.

Agradecimientos: Este estudio ha sido presentado como tesis para obtener el título de médica cirujana en la Universidad San Martín de Porres por el autor principal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. Ginebra: OMS. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev chil pediatr. 2015;86(6):436-443. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-articulo-desarrollo-psicosocial-del-adolescente-S0370410615001412>
- 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. <https://www.unicef.org/lac/informes/accelerar-el-progreso-hacia-la-reduccion-del-embarazo-adolescente-en-am%C3%A9rica-latina-y-el>.
- Borrás T, Reynaldo A, López M. Adolescentes: razones para su atención. CCM. 2017;21(3):858-875. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73978>.
- Organización Mundial de la Salud. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). ISBN: 978-92-75-31976-5. https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reduccion-del-embarazo_en_la_adolescenc.pdf
- Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Ginebra: OMS; 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Molina R. El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y el Caribe. 1ª ed. Lima: Lettera Gráfica. 2011. <https://promsex.org/publicaciones/el-embarazo-en-adolescentes-menores-de-15-anos-de-america-latina-y-el-caribe/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Lima: INEI;. p. 89 - 99. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
- Bahamón M, Vianchá M, Tobos A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. Psicol caribe. 2014;31(2):327-353. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Rev Horiz Med. 2011;11(2):75-79. <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/119>
- Redondo C, Galdó G, García M. Atención al Adolescente. 1ª ed. Santander: PUblican. 2008
- Pantelides E, Binstock G. La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. RAS. 2007;5(9):24-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7374093>
- Bezerra L, Oliveira K, Rodriguez C, Araújo T. Multiparidade entre adolescentes e jovens e fatores de risco em Teresina/Piauí. Adolesc Saude. 2014;11(3):51-62. https://www.researchgate.net/publication/287061943_Multiparity_among_teenagers_and_youngsters_and_risk_factors_in_teresinapiaui
- Reyes D, Gonzales E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sexualidad, Salud y Sociedad. Sex., Salud Soc. 2014;17:98-123. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/6632>
- Pajuelo J. Valoración del estado nutricional en la gestante. Rev peru

- ginecol obstet. 2014;60(2):147-152.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. Lima; 2013.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-2013-minsa>
 17. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a. Colombia: Mc Graw-Hill; 2011
 18. Aparicio J. Aspectos Socioculturales de las Multigestas Adolescentes. Diagnóstico. 2015;54(3):127 - 130.
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v54n3/a3.pdf>
 19. Castañeda J, Santa-Cruz-Espinoza H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Enferm. glob. 2021; 20(62): 109-128.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004&lng=es.
 20. Claros A. Adolescentes multigestas: aspectos socioculturales. Paediatrica. 2006;8(1):15-19.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Paediatrica/v08_n1/pdf/a03.pdf
 21. 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. 2017;63(3):309-315.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. 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. 2011;22(4):159-160.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/1072>
 23. 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. Lima: URP; 2018.
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1147/TE_SIS%20-%20Kelly%20Flores%20Roman.pdf?sequence=1
 24. Valdivia N. Características de las adolescentes cesareadas en el Hospital Nacional Docente Madre - Niño "San Bartolomé" 2017. Lima: UNMSM; 2018.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/8396>
 25. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en Adolescentes. Rev peru ginecol obstet. 2006;52(1):118-123.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n2/pdf/A09_V52N2.pdf
 26. 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. 2015; 15(1):14-20.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000100003
 27. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. El embarazo en adolescentes, Boletín informativo. Nicaragua; 2015.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54210/boletinadolescentes_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 28. Organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. Ginebra/Washington, DC: OPS; 2015.
<https://www.paho.org/es/noticias/10-4-2015-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria>
 29. Gallardo H, Guerrero I, Niño J, Villaveces M. Adolescencia materna y

- su asociación con la realización de cesárea. *Rev cienc cuidad.* 2015; 12(2):11-5.
<https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/7336>
30. 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.* 2015; 21(2-3):85-92.
<https://www.redalyc.org/pdf/487/48745738007.pdf>
31. Ministerio de Salud. Norma técnica de planificación familiar. Lima; 2017.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINS/A/4191.pdf>
32. 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.* 2011;16(1):18-29.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/respuestas/article/view/408>
33. Pérez L, Aparicio C. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. *Rev Nac.* 2015;7(2): 24-34.
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742015000200004&lng=es&nrm=iso&tIng=es