

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

**Segunda Especialidad en Salud Sexual y Reproductiva del
Escolar y Adolescente**



**Características demográficas y obstétricas del embarazo adolescente en el
Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia 2020 -2021.
Lima-Perú.**

Tesis presentada por la Licenciada

Paucar Aramburu, Ana Maria

ORCID: 0000-0002-327-7670

para optar el Título de Segunda Especialidad en Salud Sexual y Reproductiva del Escolar y
Adolescente

Asesor (a):

Mg. Fernández Vásquez, Armida Angelita

ORCID: 0000-0003-4097-2712

Arequipa-Perú

2025

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ESCOLAR
Y ADOLESCENTE**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 20 de Marzo del 2025

Dictamen: 008836-4°-2025

Visto el borrador del expediente 008836, presentado por:

2019976392 - PAUCAR ARAMBURU ANA MARIA

Titulado:

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA 2020-2021. LIMA-PERÚ.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ESCOLAR Y
ADOLESCENTE**

**29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
DICTAMINADOR**



**29541138 - RODRIGUEZ MEZA GIOVANNA ROCIO
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH
DICTAMINADOR**



Características demográficas y obstétricas del embarazo adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia 2020-2021. Lima-Perú.

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

12%

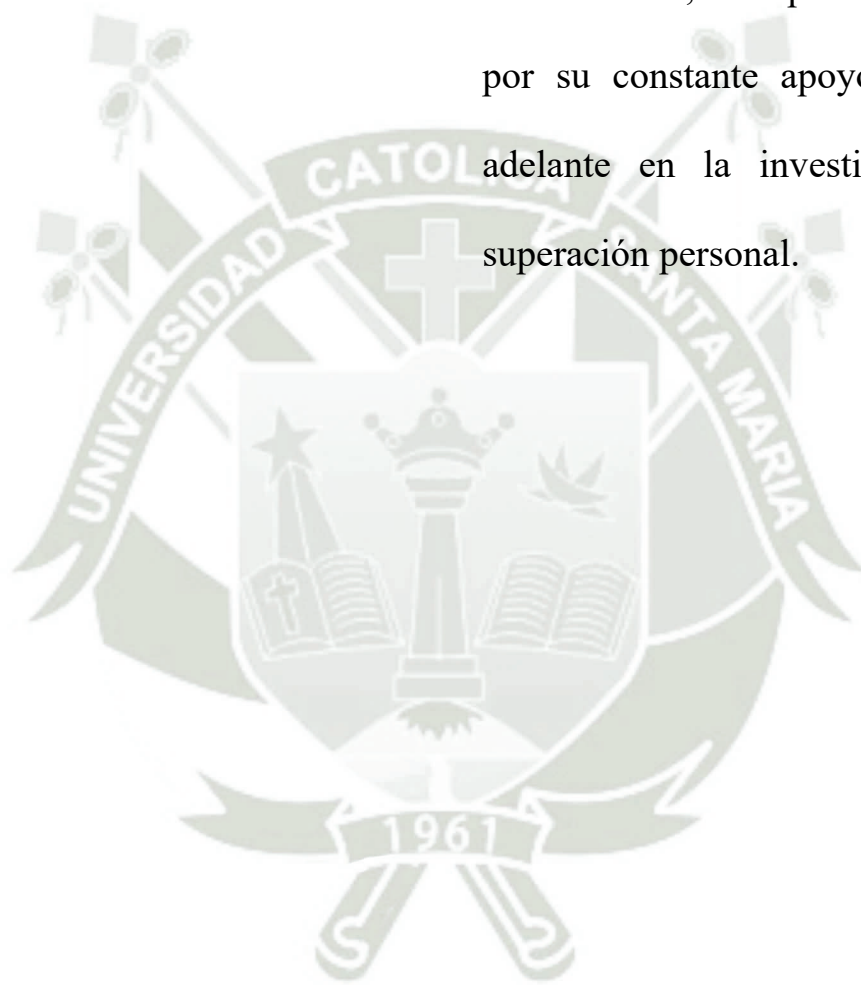
TRABAJS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
3	www.defensoria.gob.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	search.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
6	1library.co Fuente de Internet	1%
7	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

Dedicatoria

A mi familia, en especial a mi esposo
por su constante apoyo para seguir
adelante en la investigación y mi
superación personal.



RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y obstétricas del embarazo adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante la pandemia del COVID mayo 2020 abril 2021.

Método: Investigación descriptiva, retrospectiva y transversal. Se utilizaron las técnicas de recopilación de datos y análisis documental, extraídas de las historias clínicas como de los informes estadísticos desde mayo del 2020 a abril del 2021.

Resultados: La frecuencia de embarazo adolescente en el INMP fue 8,8%. De este total, el grupo etario de 17-19 años representó el 79,4% y el grupo de 10 a 13 años por el 1,2%. Entre las características sociodemográficas y obstétricas de las adolescentes, se observó que el 3,3% eran analfabetas y que solo el 7,8% contaban con educación primaria completa. En cuanto al estado civil, el 33,2% son solteras y el 66,4% convivientes. En relación con el lugar de residencia, San Juan de Lurigancho fue el distrito que concentraba al 32,7% de las adolescentes, seguido por Lima (7,9%), Ate Vitarte (6,8%,) y La Victoria (6,1%). Con respecto a la edad gestacional, el 12,8% presentó una gestación menor de 37 semanas. Asimismo, el 76,5% de las adolescentes eran madres por primera vez y el 23,5% ya habían tenido un parto previo, el 6,8 % reportó al menos un aborto previo. En cuanto al tipo de parto el 71,3% tuvo parto vaginal y el 28,7% por cesárea. Finalmente, entre los principales motivos de cesárea fueron se destacaron al sufrimiento fetal (20%), prematuridad (13,5%), trastorno hipertensivo del embarazo (12%) y desproporción céfalo pélvica (11%).

Conclusiones: La mayor proporción de adolescentes embarazadas del INMP durante la pandemia 2020-2021 tenían entre 17 a 19 años, presentando un grado de instrucción desde analfabetas, primaria y secundaria incompleta, siendo la gran parte de aquellas adolescentes madres por primera vez.

PALABRAS CLAVE: Adolescente, embarazo, frecuencia.

ABSTRACT

Objective: To describe the demographic and obstetric characteristics of adolescent pregnancy at the National Maternal Perinatal Institute during the Covid pandemic from May 2020 to April 2021.

Method: Descriptive, retrospective and cross-sectional study. The technique used was the collection of data and documentary analysis, extracted from clinical histories as well as statistical reports from May 2020 to April 2021.

Results: The frequency of adolescent pregnancy at the National Maternal Perinatal Institute was 8.8%. Of this total, the 17-19 age group accounted for 79.4% and the 10-13 age group for 1.2%. Among the sociodemographic and obstetric characteristics of the adolescents, 3.3% were illiterate and only 7.8% had completed primary education. Regarding marital status, 33.2% were single and 66.4% cohabited. In terms of place of residence, San Juan de Lurigancho was the district with 32.7% of the adolescents, followed by Lima (7.9%), Ate Vitarte (6.8%) and La Victoria (6.1%). With respect to gestational age, 12.8% had a gestational age of less than 37 weeks. Likewise, 76.5% of the adolescents were first-time mothers and 23.5% had already had a previous delivery, 6.8% reported at least one previous abortion. Regarding the type of delivery, 71.3% had a vaginal delivery and 28.7% by cesarean section. Finally, among the main reasons for cesarean section were fetal distress (20%), prematurity (13.5%), hypertensive disorder of pregnancy (12%) and cephalopelvic disproportion (11%).

Conclusions: The highest proportion of pregnant adolescents at the INMP during the 2020- 2021 pandemic were between 17 and 19 years old, with a level of education ranging from illiterate to incomplete primary and secondary education, with the majority of these adolescents being first-time mothers.

KEYWORDS: adolescent, pregnancy, frequency.

ÍNDICE

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO 2

1. Problema de Investigación..... 3

1.1. Enunciado del problema 3

1.2. Descripción 3

1.3. Justificación 4

2. Objetivos..... 6

3. Marco teórico 6

3.1. Marco conceptual..... 6

3.1.1. Adolescencia 6

3.1.1.1. Clasificación..... 6

3.1.1.2. Embarazo adolescente..... 9

3.1.1.3. Epidemiología 11

3.1.1.4. Pandemia y embarazo adolescente..... 13

3.1.2. Características demográficas de las gestantes adolescentes 14

3.1.2.1. Edad 14

3.1.2.2. Grado de instrucción 15

3.1.2.3. Estado civil..... 16

3.1.2.4. Procedencia 17

3.1.3. Características obstétricas de las gestantes adolescentes..... 17

3.1.3.1. Edad gestacional 17

3.1.3.2. Paridad 18

3.1.3.3. Abortos..... 19

3.1.3.4. Tipo de parto 19

3.1.3.5. Motivo de cesárea 20

3.2. Análisis de antecedentes de investigación 22

3.2.1. Antecedentes internacionales..... 22

3.2.2. Antecedentes nacionales	24
3.2.3. Antecedentes locales	25
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	27
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	28
2. Campo de verificación	28
2.1. Ubicación espacial	28
2.1.1. Precisión del lugar.....	28
2.2. Ubicación temporal.....	29
2.3. Unidad de estudio	29
2.3.1. Universo	29
3. Estrategia de recolección de datos	30
4. Estrategia para manejo de datos.....	31
4.1. Plan de procesamiento	31
4.1.1. Tipo de procesamiento	31
4.1.2. Plan de procesamiento de datos	31
4.2. Plan de análisis de datos	31
4.2.1. Tipo de análisis	31
CAPÍTULO III. RESULTADOS	32
DISCUSIÓN.....	42
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS.....	54

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial y nacional (1). En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) acuden gestantes adolescentes diariamente y en ocasiones incluso niñas embarazadas de 10 años o menos. Estos hechos, que resultan lamentables, hasta el momento no han sido afrontados debidamente, a pesar de que en su mayoría se ha constatado que son producto de violencia sexual.

Frente a esta problemática, surge la necesidad de profundizar sobre el tema de embarazo adolescente en el INMP, considerando las características sociodemográficas y obstétricas de las adolescentes gestantes que recibieron sus atenciones en dicha institución de salud.

Es indudable que para revertir este indicador negativo se requiere de la participación de múltiples instituciones sociales, ya que una mayor participación conlleva a un avance significativo en el cumplimiento de las metas establecidas interinstitucionalmente respecto a la disminución del embarazo adolescente (2). Entre las instituciones obligadas a participar moral y legalmente, se encuentran diversos ministerios, principalmente los relacionados con la Salud, Educación y el de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, entre otros.

Si bien existen diversos estudios respecto al embarazo adolescente, resulta necesario continuar investigando desde diferentes enfoques dentro de esta institución, ya que no solo es el establecimiento donde se tienden la mayor cantidad de partos en Lima, sino que también constituye un centro de referencia de nivel nacional. Por ello, es imprescindible obtener datos fidedignos y veraces que permitan mejorar la calidad de información desde la misma historia clínica hasta la información estadística.

El presente estudio pretende presentar las características sociodemográficas y obstétricas de las adolescentes embarazadas que acuden al INMP de Lima para la atención de su parto, considerando variables como la edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia, paridad, tipo de parto y motivo de cesárea.



CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del problema

Características demográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia 2020-2021.

1.2. Descripción

- a. Área de conocimiento:
 - Área General: Ciencias de la Salud.
 - Área Específica: Obstetricia.
 - Línea: Salud Sexual y Reproductiva del escolar y adolescente.
- b. Análisis u Operacionalización de variables:

Variable	Indicador	Subindicador
Características demográficas.	Edad	- 10- 13 años
		- 14-16 años
		- 17-19 años.
	Grado de instrucción	- No letrada. - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Superior.
	Estado civil	- Soltera - Casada - Conviviente
	Procedencia	- San Juan de Lurigancho - Lima - El Agustino - La Victoria - Ate vitarte - Pachacamac - Chorrillos - San Juan de Miraflores - San Martin de Porres - Santa Anita - Otros distritos de Lima - Otros departamentos

Características obstétricas.	Edad gestacional	- < 37 semanas - 37- 41 semanas - > 41 semanas
	Paridad	- 1 hijo - 2 o más hijos
	Abortos	- 1 aborto
		- Mas de 1 aborto
	Tipo de parto	- Vaginal - Cesárea.
	Motivo de cesárea	- Desproporción céfalo pélvica - Estrechez pélvica - Sufrimiento fetal - Trabajo de parto disfuncional - Trastorno hipertensivo en el embarazo - Restricción de Crecimiento intrauterino - Presentación podálica - Prematuro - Presentación anormal - Otros

c. Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son las características demográficas de la gestante adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia 2020-2021?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia 2020-2021?

d. Tipo de Investigación: Documental

e. Nivel de Investigación: Descriptivo

1.3. Justificación

Justificación Científica: El hecho de que una adolescente tenga un embarazo, representa un gran reto de salud pública todavía, ya que conlleva mayores riesgos para ambos tanto la madre y el recién nacido. Los riesgos biológicos asociados en ellas, de manera principal los relacionados a la presión arterial o trastornos hipertensivos, la anemia, el bajo peso

al nacer, el parto prematuro, la desnutrición etc., determinan elevación de la morbilidad materna y un aumento hasta de tres veces a la mortalidad infantil en comparación con las gestantes de 20 a 29 años (3,4).

Pero no solo están expuestas a ello sino también, y lo más trascendental, están expuestas a los múltiples factores socioculturales entre ellos el bajo nivel socioeconómico, inadecuada educación y violencia sexual, etc (3).

Durante la pandemia debido al COVID 19 este problema pudo exacerbarse aún más si se tiene en cuenta algunos factores socioculturales como el confinamiento o aislamiento social obligatorio pues las adolescentes pudieron ser víctimas de agresiones sexuales ya que los parientes cercanos son los principales agresores. Por tanto, tiene mucha relevancia para estudiarla con el fin de conocer la situación real y plantear soluciones a corto, mediano y largo plazo.

Interés y Motivación Personal: El propósito de este trabajo fue conocer la frecuencia del embarazo durante la pandemia 2020-2021 en el INMP en Lima, que es un instituto que atiende una gran cantidad de partos en adolescentes para así corroborar con los datos a nivel nacional pues diversas instituciones abogan por los derechos de niñas y adolescentes cuyos embarazos son forzados o violentados, más aún durante el confinamiento debido al COVID-19 en el 2020-2021.

La relevancia social: En el Perú existe una normativa legal vigente que justifica el trabajo y respeto hacia todos los adolescentes referente a su salud sexual y reproductiva. Mas aún para aquellas adolescentes menores de 14 años, penalizado como violación sexual.

El embarazo adolescente se presenta principalmente en los estratos más pobres se hallan las cifras más relevantes, por lo que amerita, urge, un trabajo consciente de la sociedad peruana.

Factibilidad: El presente estudio es posible por la disponibilidad de datos en el INMP Lima, que es considerada sede docente nacional y el interés propio que se tiene en dicho tema.

Contribución Académica: El presente trabajo desea lograr mayor aporte en el tema, no solo para manejo local, sino para contribución nacional con datos actuales, gracias al

manejo científico de información, permitiendo que las segundas especialidades de la Facultad de Obstetricia y Puericultura contribuyan en la solución de problemas relacionados a salud, cumpliendo así con su principal rol investigador en beneficio de la sociedad

2. Objetivos

- a. Determinar las características demográficas del embarazo adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la Pandemia 2020-2021.
- b. Describir las características obstétricas del embarazo adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la Pandemia 2020-2021

3. Marco teórico

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Adolescencia

Periodo de desarrollo humano que se produce posterior a la etapa de la niñez y previo a la adultez. Se caracteriza principalmente por un crecimiento rápido rodeado de cambios, superado solo por los que experimentan los recién nacidos hasta los 6 meses. Por tanto, es un período crítico del desarrollo humano que, sumado a un embarazo en las adolescentes, acarrea muchas dificultades psicobiológicas y sociales (5).

Además, se hace mención que se encuentra ligada a aspectos biológicos, psicológicos y sociales y muchos autores concuerdan que es una etapa influenciada por múltiples factores individuales y contextuales (6).

3.1.1.1. Clasificación

En el presente trabajo se tomará en cuenta la clasificación de la adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10 a 19 años):

- a) **Adolescencia Temprana** (10-13 años); se lleva a cabo el desarrollo físico e imagen corporal, aumenta la velocidad de crecimiento, la disarmonía física y la descoordinación motora, expresión de caracteres sexuales y la menarquia como

signo resaltante en las mujeres. Durante la adolescencia temprana, el desarrollo físico comienza con una intensa preocupación por el cuerpo (7).

Desarrollo Intelectual: Respecto al desarrollo cognitivo, predomina el pensamiento concreto, pero se van adquiriendo pensamientos abstractos en determinadas áreas. Adquieren nuevas capacidades.

Desarrollo moral preconventional: Escaso desarrollo de la funcionalidad del lóbulo frontal cerebral, así como control de impulsos, planificación de la conducta y dirección de emociones. Hay pudor y búsqueda de mayor privacidad, intentos de autonomía y separación de los padres, así como determinación de objetivos profesionales (7).

Desarrollo Afectivo y Emocional: Se caracteriza por un fuerte sentido de impulso, labilidad emocional y cambios frecuentes de humor, así como un gran apego a las amistades y la influencia de pares, generalmente del mismo sexo.

- b) Adolescencia Intermedia** (14-16 años); se caracteriza por valoración del propio cuerpo, recuperación del equilibrio físico y de las habilidades motoras, así como el interés por mejorar la apariencia física.

Desarrollo Intelectual: Se observa un pensamiento hipotético deductivo en evolución. Aumento de capacidad reflexiva y altruismo. Mayor responsabilidad en algunas áreas y preocupación por el desarrollo vocacional, así como omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo.

Desarrollo moral convencional: Es caracterizado por aislamiento, reflexión. Se va afirmando la personalidad y la identidad sexual. Dificultades para asumir responsabilidades vinculadas a la sexualidad, oscilación entre sentimientos de seguridad e inseguridad. Se acentúan los diferentes roles de hombre y mujeres. Podría presentarse dubitaciones sobre la orientación sexual, hipersensibilidad y extravagante. Gran identificación con grupos de pares mixtos y se reagudiza la confrontación con adultos. Algunos establecen compromisos con ideales políticos, 9 religiosos, sociales.

- c) Adolescencia Tardía** (17-19 años); en esta etapa, el desarrollo físico y la imagen corporal alcanzan su madurez, completándose el proceso de la pubertad. Los

jóvenes comienzan a integrarse al mundo adulto. A diferencia de la adolescencia media, la relación con los padres se transforma, adoptando una dinámica más propia de adultos. Se evidencia una mayor autoaceptación del cuerpo y de la imagen propia.

Desarrollo Intelectual: Durante esta etapa, el pensamiento hipotético-deductivo se consolida, y el desarrollo moral se sitúa principalmente en el nivel convencional, aunque en algunos casos puede alcanzar el nivel posconvencional. Las funciones del lóbulo frontal del cerebro llegan a su madurez, lo que se traduce en un mayor control de los impulsos, mejor capacidad para planificar conductas y resolver problemas. El pensamiento adquiere un carácter más formal, lo que facilita la introspección, la proyección hacia el futuro y una comprensión más profunda de normas y valores fundamentales. Asimismo, las metas vocacionales tienden a ser más realistas y alcanzables.

Desarrollo Afectivo y Emocional: Se evidencia una actitud más abierta hacia los demás, acompañada de comportamientos solidarios y un creciente nivel de autonomía respecto a las figuras parentales, lo que contribuye al establecimiento de una relación familiar más equilibrada. Se desarrolla la habilidad para establecer vínculos íntimos y una percepción más objetiva de uno mismo. Asimismo, se afianza la construcción de la identidad en sus distintas dimensiones: personal, social, sexual y profesional. Respecto a su desarrollo emocional, tienen mayor autonomía, se afirma su identidad, adquieren la capacidad de intimar y obtienen mayor compromiso afectivo con la pareja (7).

Otra clasificación del desarrollo sexual en la adolescencia a tener en consideración es (8):

- **Preadolescencia:** Existe un bajo nivel de inquietud, tanto emocional como corporal, en relación con la sexualidad; en esta etapa predomina la búsqueda de información, aunque frecuentemente influenciada por creencias erróneas y mitos.
- **Adolescencia temprana:** Durante la pubertad surgen la curiosidad y el interés por los cambios físicos propios de esta etapa, acompañados de inquietudes relacionadas con el desarrollo corporal. Se fortalecen los lazos con pares del

mismo sexo, se inicia la exploración de la sexualidad, aparecen sentimientos de atracción y enamoramiento, así como fantasías sexuales recurrentes.

- **Adolescencia media:** La maduración sexual alcanza su plenitud, acompañada de un incremento significativo en la energía sexual. Se otorga mayor valor al contacto físico, surge una atención marcada por la atracción física y la apariencia personal, así como una mayor interacción con personas del sexo opuesto. En algunos casos, esto puede estar asociado a comportamientos de riesgo.
- **Adolescencia tardía:** Se consolida una identidad sexual madura, junto con la habilidad para establecer vínculos íntimos y significativos. La conducta sexual se vuelve menos impulsiva y adquiere un carácter más comunicativo y afectivo. Además, comienza a manifestarse una reflexión más consciente sobre la posibilidad de tener hijos (4).

3.1.1.2. Embarazo adolescente

El embarazo adolescente se define como aquel que tiene lugar durante el periodo comprendido entre el inicio y el fin de la adolescencia, etapa caracterizada por la capacidad biológica para la reproducción. Alternativamente, puede entenderse como cualquier proceso gestacional ocurrido en esta fase del desarrollo, independientemente de la edad ginecológica específica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se extiende entre los 10 y los 19 años, y la ocurrencia de embarazos en este grupo constituye un reto significativo para los sistemas de salud pública, especialmente en contextos de países en vías de desarrollo (6).

También se le denomina “embarazo precoz”, por la ausencia de una madurez emocional requerida frente a su futuro rol de madre. Este tipo de gestación se considera de alto riesgo, debido a que con frecuencia se asocia a una elevada mortalidad y morbilidad materna y neonatal, como consecuencia de múltiples complicaciones obstétricas (9).

Es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, que requiere de una política pública multisectorial para su prevención (10).

La gestación, independientemente del momento en que ocurra, representa un acontecimiento de considerable importancia desde una perspectiva biológica, psicológica y social. No obstante, cuando se presenta durante la adolescencia, conlleva múltiples riesgos para la salud tanto de la gestante como del recién nacido, lo que se refleja en elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Además, este fenómeno implica repercusiones socioculturales y emocionales significativas, generando consecuencias adversas en los ámbitos personal, educativo, familiar y social (10).

Según Cevallos M et al. (11), el embarazo interrumpe la vida de los adolescentes antes de que alcancen la madurez tanto física como mental, a menudo en condiciones desfavorables, como la falta de una nutrición adecuada o la presencia de alguna enfermedad. Además, suele ocurrir en un entorno familiar que no está preparado para aceptarlo ni para ofrecer el apoyo necesario.

Es relevante señalar que una proporción considerable de adolescentes embarazadas experimenta su primera gestación, con cifras que oscilan entre el 73 % y el 93 %. Esta condición de primigestas conlleva riesgos particulares que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica característica de esta etapa del desarrollo. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra la preeclampsia, o hipertensión inducida por el embarazo, la cual presenta una mayor incidencia en mujeres jóvenes, con limitados recursos económicos y sin experiencia obstétrica previa, perfil que suele coincidir con el de muchas adolescentes gestantes. En relación con esta entidad clínica, se ha propuesto la hipótesis de que su aparición podría estar vinculada a una disfunción en el mecanismo inmunológico adaptativo, responsable de permitir la coexistencia entre el sistema inmunitario materno y el feto por compartir solo el 50 % del material genético con la madre. Esta disfunción podría estar influenciada por la inmadurez inmunológica propia de la adolescencia o por alteraciones funcionales asociadas a una nutrición inadecuada, una condición frecuentemente observada en este grupo poblacional (12).

Las decisiones que una adolescente adopta en relación con su vida sexual y las posibles consecuencias de estas, como un embarazo, no dependen exclusivamente de factores individuales. Por el contrario, están determinadas por una interacción compleja de elementos contextuales que influyen en que los desenlaces sean más o menos favorables. Entre estos factores se incluyen el nivel educativo alcanzado, la

participación en actividades laborales, la situación económica familiar, el entorno geográfico (urbano o rural), la condición de género, experiencias previas de abuso, violencia o explotación sexual, la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, el acompañamiento de adultos de referencia, así como las oportunidades o barreras que presenta su entorno inmediato (13).

En el caso de las adolescentes, los principales riesgos asociados al embarazo no se relacionan exclusivamente con aspectos fisiológicos propios de esta etapa del desarrollo, sino que responden, en mayor medida, a determinantes socioculturales y a las condiciones en las que se brinda la atención médica. Con frecuencia, estos embarazos ocurren de manera no intencional, como resultado de relaciones de pareja inestables o, en circunstancias más graves, a consecuencia de violencia sexual. Estas situaciones suelen generar sentimientos de rechazo y la necesidad de ocultar el embarazo, motivadas por el temor a la desaprobación del entorno social, lo cual contribuye a que el acceso al control prenatal sea tardío o deficiente (11).

3.1.1.3. Epidemiología

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, cada año se producen alrededor de 16 millones de nacimientos en adolescentes de entre 15 y 19 años, además de aproximadamente un millón de partos en niñas menores de 15 años. La mayoría de estos casos se concentran en países de ingresos bajos y medianos. En el contexto global, América Latina y el Caribe presentan la segunda tasa más alta de fecundidad adolescente, registrando que cerca del 18 % de los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años (14).

Las subregiones de América Latina y el Caribe continúan registrando la segunda tasa más elevada de embarazos en adolescentes a nivel mundial, con una estimación de 66 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años. Además, esta región se distingue por ser la única en el mundo donde se observa un aumento en los embarazos en adolescentes menores de 15 años, según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Aunque la información sobre este grupo etario es limitada, se estima que aproximadamente el 2 % de las mujeres en edad fértil en la región tuvo su primer parto antes de los 15 años, lo que subraya una tendencia preocupante y particular de esta parte del mundo (15).

En **América del Norte**, México constituye el país con el número de gestantes adolescentes más elevado, con un 66%, mientras que Canadá tiene la tasa más baja, con solo 7 nacimientos por cada 1,000 mujeres nacidas vivas.

Según los datos sistematizados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), basados en los censos nacionales, aproximadamente el 12,6% de las adolescentes en la región son madres. Entre los países con las tasas más altas se encuentran República Dominicana y Nicaragua, con cifras cercanas al 20%. En contraste, Chile presenta una tasa significativamente más baja, alrededor del 7,2% (16).

En Perú, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021, los indicadores de embarazo adolescente han mostrado una resistencia a la disminución durante los últimos 25 años. A excepción de algunos años, la tasa se ha mantenido cerca del 13% en adolescentes de entre 15 y 19 años (17,18).

La situación económica constituye un determinante clave en la ocurrencia del embarazo adolescente, siendo la pobreza un factor de riesgo relevante. Los datos muestran que la mayor proporción de adolescentes que ya han sido madres o están cursando su primer embarazo se concentra en el quintil más bajo de riqueza (24,9%), mientras que esta proporción disminuye de manera notable en el quintil más alto (3,3%). En este escenario, la prevalencia del embarazo es considerablemente mayor entre niñas y adolescentes con bajos niveles educativos, particularmente aquellas que residen en áreas rurales y enfrentan condiciones de pobreza (19,20).

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), diariamente se reportan cuatro casos de embarazo en adolescentes menores de 15 años en el país. Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) señaló que en el año 2017 se documentaron 1,158 embarazos en adolescentes de entre 11 y 14 años, muchos de los cuales estuvieron vinculados a situaciones de violencia sexual. Entre los principales factores asociados a esta problemática se identifican la violencia basada en género, la pobreza estructural y el abandono durante la infancia y la adolescencia (21).

En Perú, 1 de cada 5 niñas menores de 15 años ha sido víctima de violación sexual, aunque solo el 15% de estos casos son conocidos por la fiscalía. Según información del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), durante el año 2020 se

registraron 9,582 casos de violencia sexual en el país, de los cuales el 66 % (6 323 casos) correspondió a violaciones sexuales. De este total, el 92,7 % (equivalente a 5 861 casos) tuvo como víctimas a niñas y adolescentes mujeres, lo que equivale a un promedio diario de 16 menores agredidas sexualmente (22).

3.1.1.4. Pandemia y embarazo adolescente

En Perú, debido a la pandemia por el COVID-19, se decretó un aislamiento social obligatorio desde marzo hasta finales de 2020, lo que obligó a todos los ciudadanos a permanecer en sus hogares. Desde el inicio del estado de emergencia sanitaria, la Defensoría del Pueblo advirtió sobre el riesgo que esto representaba para las niñas y adolescentes mujeres, quienes podrían ser víctimas de acoso o violencia sexual, dado que uno de los principales agresores en estos casos suele ser una persona del entorno familiar (20).

Además, se evidenció la precariedad en los servicios de salud, la escasez de personal especializado y la priorización de la atención hacia casos relacionados con la COVID-19, lo que contribuyó a la persistencia del problema de violencia sexual. Esto resultó en la desatención de muchas niñas y adolescentes víctimas de violación, afectando gravemente su derecho a recibir atención integral en salud. Frente a esta situación, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos manifestó su preocupación por el aumento de los casos de violencia sexual durante el periodo de confinamiento obligatorio, y resaltó la necesidad de garantizar la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la provisión de anticonceptivos, la atención prenatal y postnatal, así como los servicios destinados a la prevención de infecciones de transmisión sexual.

En 2020, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos subrayó la importancia de asegurar la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis sanitaria provocada por la pandemia, haciendo énfasis en la implementación de medidas de educación sexual integral y en la difusión de información a través de medios accesibles y en un lenguaje adecuado, con el fin de llegar a todas las mujeres, sin importar su situación (23).

Este informe refería que: En el contexto actual de la pandemia por COVID-19, se prevé un posible aumento en los embarazos adolescentes debido a la reducción del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a la falta de educación sexual integral, y al incremento de los riesgos de violencia sexual como resultado del confinamiento y el distanciamiento social (24).

3.1.2. Características demográficas de las gestantes adolescentes

3.1.2.1. Edad

En el campo de la salud pública, se reconoce ampliamente que la fertilidad en etapas tempranas del periodo reproductivo femenino está asociada con un mayor riesgo para la salud tanto de la madre como del recién nacido. Las tasas de mortalidad materna, fetal tardía, neonatal e infantil son significativamente elevadas en mujeres menores de 20 años (11).

Según la Organización Mundial de la Salud, las complicaciones asociadas al embarazo y al parto representan la segunda causa principal de mortalidad entre niñas menores de 15 años a nivel global. Los bebés nacidos de estas madres jóvenes presentan un riesgo incrementado de muerte, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y padecimientos neonatales severos, en comparación con aquellos nacidos de mujeres adultas. Además, las adolescentes menores de 16 años tienen una probabilidad de mortalidad materna cuatro veces superior a la de mujeres entre 20 y 30 años, y la mortalidad neonatal en este grupo excede el 50% (14).

En las palabras de Cevallos et al (11), el riesgo asociado al embarazo es mayor cuanto más próximo se encuentre a la menarquia, dado que la madurez reproductiva completa se alcanza generalmente alrededor de cinco años después de este evento. Por esta razón, los embarazos que se presentan dentro de los primeros cinco años posteriores a la menarquia requieren especial atención, debido a la elevada probabilidad de complicaciones maternas y perinatales. Entre los principales riesgos médicos vinculados al embarazo en adolescentes se encuentran la hipertensión gestacional, la anemia, el nacimiento de bebés con bajo peso, y los partos prematuros, la malnutrición y otros, contribuyen a un aumento de la morbilidad materna y un incremento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, en comparación con las mujeres de

entre 20 y 29 años. Las complicaciones maternas, perinatales y neonatales son más comunes en mujeres menores de 20 años, especialmente en los grupos más cercanos a la menarquía (menores de 15 años).

3.1.2.2. Grado de instrucción

Según INEI (18), el nivel de instrucción o grado educativo de una persona se refiere al "nivel más alto de estudios completados o en curso, independientemente de si se han finalizado o se encuentran parcialmente terminados". Los niveles considerados incluyen: primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, educación superior no universitaria, estudios universitarios incompletos, estudios universitarios completos y posgrado.

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Colombia, el embarazo adolescente tiene un gran impacto en el desarrollo de cualquier país, especialmente debido a sus efectos en la deserción escolar. Un alto porcentaje de adolescentes abandona la escuela debido a su maternidad, lo que contribuye a perpetuar los círculos de pobreza. Los embarazos no deseados en la adolescencia, sin el apoyo adecuado, dificultan las oportunidades de desarrollo personal y limitan el acceso a mejores perspectivas económicas y sociales. Además, afectan negativamente la formación de hogares, ya que las parejas jóvenes carecen de la autonomía e independencia económica necesarias para asumir las responsabilidades derivadas de la maternidad y el fortalecimiento de la familia (13). Se sabe que cuanto más educada sea una persona, mayores serán las oportunidades laborales como sus ingresos económicos.

A medida que disminuye el nivel educativo, aumenta la proporción de mujeres que no cuentan con ingresos propios. Por lo tanto, la interrupción de la educación en la adolescencia limita considerablemente las oportunidades de inserción en el mercado laboral, impidiendo que estas jóvenes puedan generar ingresos de forma autónoma y contribuyendo a la perpetuación del ciclo de pobreza. En el contexto peruano, un elevado porcentaje de madres adolescentes no completa su educación básica, lo que restringe su desarrollo profesional y dificulta el logro de sus objetivos personales. La educación, además de ser un derecho fundamental, constituye una herramienta esencial que condiciona el futuro de muchas niñas y adolescentes (23).

Esta situación empeora cuando las madres adolescentes deciden no continuar con sus estudios o no tienen la posibilidad de aspirar a una vida profesional. Según un informe del INEI de 2015, entre las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, la mayoría solo tiene educación primaria (37,9%), seguida de educación secundaria (12,6%) y superior (6,1%). Además, según el informe de la Plataforma de Acción de Beijing-Perú, 9 de cada 10 madres adolescentes no siguen con su educación escolar (18).

De acuerdo con un informe de la UNESCO, en Perú el 12 % de las adolescentes que han completado la educación secundaria han experimentado un embarazo, en comparación con el 7% de aquellas que cuentan con educación superior. En contraste, las tasas de embarazo son considerablemente más altas entre adolescentes sin formación educativa, con un 32%, y entre quienes solo alcanzaron la educación primaria, con un 45 % (25).

La educación sexual integral (ESI) en el ámbito escolar es crucial para la prevención del embarazo en adolescentes. Según la UNESCO, la ESI busca dotar a niñas, niños y jóvenes de los conocimientos, habilidades y actitudes esenciales que les permitan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, promoviendo su bienestar y respeto por la dignidad. Este enfoque abarca no solo la transmisión de información sobre sexualidad, sino también la promoción de valores y competencias orientadas a desarrollar relaciones responsables y saludables (27).

3.1.2.3. Estado civil

El estado civil se define como la condición jurídica de una persona en función de sus relaciones de parentesco y convivencia, establecidas según las distintas modalidades de unión conyugal. Esta situación determina una serie de derechos y obligaciones que son reconocidos y respaldados por el contexto social (18).

El estado civil forma parte del estado personal de un individuo. Y según la información recibida por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), los estados civiles que existen en el Perú son cuatro: soltero, casado, viudo, divorciado. También se podría decir que el estado civil es la posición legal que el hombre o mujer

ocupa tanto en la familia como en la sociedad, que le confiere un carácter y le señala ciertos derechos y deberes.

En la mayoría de las adolescentes con hijos, el estado civil soltera es el más frecuente, seguido por el estado civil conviviente.

3.1.2.4. Procedencia

Las tasas más altas de maternidad adolescente se observan en las zonas rurales del país (19,3%) y en la región de la selva (26,2%). En las áreas urbanas, como Lima Metropolitana y la costa, la incidencia de maternidad adolescente es menor; no obstante, en estos lugares se está viendo una tendencia al aumento de embarazos en adolescentes. En el ámbito urbano, el porcentaje es del 10%, mientras que en Lima Metropolitana es del 8,9%. En otras ciudades de la Costa, el promedio alcanza el 11,1% (21).

El nivel socioeconómico de la adolescente, el respaldo de su familia, especialmente de los padres o familiares cercanos, la distancia a su lugar de estudio, las complicaciones físicas durante el embarazo, el estado emocional de la joven en ese período, si experimenta algún tipo de violencia por parte de un miembro de la familia o de terceros, y el apoyo del padre de su hijo, son factores que influyen considerablemente en su situación (23).

San Juan de Lurigancho presenta la mayor tasa de nacimientos en menores de 15 años dentro de la región de Lima, lo que evidencia una situación de alta vulnerabilidad para niñas y adolescentes. Según el informe Prevención del Embarazo en Adolescentes, Situación y Perspectivas al 2021, este distrito encabezó el registro en el año 2015, con un total de 32 nacimientos de niñas entre 11 y 14 años (28).

3.1.3. Características obstétricas de las gestantes adolescentes

3.1.3.1. Edad gestacional

La duración del embarazo se calcula desde el primer día de la última menstruación normal hasta la fecha en que se estima. Esta medida, conocida como edad gestacional, se expresa en semanas completas o en días (29).

La edad gestacional corresponde al tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación del ciclo en que ocurrió la concepción hasta la fecha actual. Se expresa habitualmente en semanas y días. En promedio, el embarazo tiene una duración de 280 días o 40 semanas, siendo normal que varíe entre 38 y 42 semanas si no se realizan intervenciones. Para estimarla, el primer paso diagnóstico es la anamnesis, mediante la cual se identifica la fecha de la última menstruación (FUM) y se evalúa su fiabilidad. Esta estimación inicial debe confirmarse o ajustarse con los resultados de una ecografía temprana, preferentemente realizada entre las 7 y 10 semanas de gestación (29).

De acuerdo con Schwartz, un embarazo se considera a término cuando el parto ocurre entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea. Si el nacimiento tiene lugar antes de la semana 37, se clasifica como pretérmino, mientras que, si ocurre en la semana 42 o posteriormente, se considera postérmino. Aunque la mayoría de los nacimientos se dan dentro del rango considerado a término, diversas investigaciones indican que las adolescentes presentan un mayor riesgo de partos prematuros en comparación con las mujeres de 20 años o más (30).

3.1.3.2. Paridad

Un segundo embarazo en una adolescente implica una carga adicional considerable en términos biológicos, emocionales, sociales y económicos, especialmente en contextos de vulnerabilidad económica. Este tipo de situación no solo incrementa el riesgo de complicaciones para la madre joven, sino también para el recién nacido. A nivel nacional, se observa una disminución en las posibilidades de que la adolescente logre completar su educación, acceda a formación laboral calificada y alcance una autonomía que le permita sostenerse a sí misma y a su familia. Entre mayor número de embarazos e hijos, mayor riesgo de salud para una mujer. Por tanto, es necesario conocer e indagar sobre este aspecto de índole obstétrico. Muchas veces puede haber estado embarazada pero no llegado a término, pero igualmente afectará o repercutirá en la adolescente.

Las adolescentes presentan los periodos intergenésicos (PIG) más cortos al comparar entre distintos grupos etarios, se observa que el período intergenésico (PIG) promedio es considerablemente más corto en adolescentes. En mujeres de 15 a 19 años, el PIG se sitúa en 25,4 meses, mientras que en el grupo de 20 a 29 años aumenta a 40 meses, y en las mujeres de 30 a 39 años alcanza un promedio de 58 meses. Esta diferencia refleja

una mayor frecuencia de embarazos sucesivos en edades tempranas, con implicancias importantes en la salud materna, neonatal y en el desarrollo social y educativo de las adolescentes (31).

3.1.3.3. Abortos

Se define como aborto la terminación de la gestación, ya sea de forma espontánea o inducida, antes de las 22 semanas de edad gestacional contadas desde el primer día de la última menstruación normal, o cuando el producto de la concepción presenta un peso inferior a 500 gramos o una longitud menor a 25 centímetros (32).

Para el año 2019, se registraron 542 (2,77%) hospitalizaciones por aborto en general en el Instituto Nacional Materno Perinatal, mientras que 581 abortos fueron hospitalizados en el 2018 (33). No se hallaron datos respecto al número de abortos en las adolescentes.

3.1.3.4. Tipo de parto

El parto se refiere al proceso mediante el cual el producto de la concepción es expulsado o extraído del útero una vez alcanzadas las 22 semanas de edad gestacional o más, y cuando presenta un peso igual o superior a 500 gramos. Este evento incluye, además del feto, los anexos fetales como la placenta, el cordón umbilical y las membranas.

Parto vaginal: Se considera un parto vaginal aquel que ocurre por vía natural. Este puede clasificarse como eutócico, cuando se desarrolla sin complicaciones, o distócico, cuando presenta dificultades, pero culmina igualmente por la vía vaginal (31).

El parto vía vaginal es el más frecuente que se produce ya sea en adolescentes o adultas, pero con mayores riesgos para la adolescente, sobre todo si es una adolescente temprana por su inmaduro desarrollo físico.

El parto por cesárea es aquel nacimiento por intervención quirúrgica. Este es menos frecuente a comparación del parto vaginal. Suele ocurrir en partos complicados o difíciles más aún si es una adolescente temprana o intermedia, en adolescentes tiene un aumento del doble a menor edad de la gestante (31).

3.1.3.5. Motivo de cesárea

Diversos estudios han demostrado que la principal causa de cesárea en mujeres adolescentes es la desproporción cefalopélvica, la cual se ha asociado con una “maduración incompleta del esqueleto materno”. Esta condición contribuye de manera significativa al aumento en la tasa de cesáreas en esta población.

Se ha observado que, en las adolescentes, el crecimiento del canal del parto es menor en comparación con la ganancia de peso durante el embarazo. A pesar de que el crecimiento en estatura se detiene alrededor de los 18 años, el desarrollo del canal del parto-particularmente de los huesos planos de la pelvis. Esto indica que la inmadurez ósea, especialmente a nivel pélvico, puede representar un factor de riesgo importante en el embarazo adolescente, ya que las adolescentes son biológica y esqueléticamente más inmaduras que las mujeres adultas (29).

Se ha observado que las mujeres en edades tempranas presentan una pelvis aún en desarrollo, lo que explica las elevadas tasas de cesárea entre adolescentes de 14 años. A medida que avanza la edad, estas tasas tienden a disminuir, lo que sugiere que la inmadurez ósea y el reducido tamaño de la pelvis son factores reales de distocia, influyendo directamente en el aumento de intervenciones quirúrgicas como la cesárea (34).

Otras indicaciones de cesárea en las adolescentes, aparte de la incompatibilidad céfalo pélvica, son el trabajo de parto disfuncional y el sufrimiento fetal entre otras (35). Según Martínez, las complicaciones durante el parto en las adolescentes son más frecuentes mientras más temprano sea el embarazo, porque aún no alcanzan la madurez física y psicológica; por tanto, se incrementa la morbilidad materna. Estas complicaciones pueden ser: hipertensión gestacional, sufrimiento fetal, prematuridad (36).

Los trastornos hipertensivos en el embarazo (THE) comprenden una serie de complicaciones relacionados a la elevación de la presión arterial, con o sin proteinuria, a partir de las 20 semanas de gestación hasta el puerperio. Se clasifican en (31):

- Hipertensión Gestacional: Incremento de la presión arterial en una mujer embarazada, sin presencia de proteinuria, que se manifiesta después de la semana 20 de gestación o se detecta por primera vez durante el puerperio.

- Preeclampsia: Trastorno hipertensivo caracterizado por presión arterial elevada acompañada de proteinuria, que se desarrolla posterior a las 20 semanas de embarazo. Esta condición puede clasificarse en: Preeclampsia sin criterios de severidad (también denominada leve). Preeclampsia con criterios de severidad (forma grave).
- Hipertensión crónica: Presencia de hipertensión arterial diagnosticada antes del embarazo o antes de alcanzar las 20 semanas de gestación.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada: Situación clínica en la que una gestante con diagnóstico previo de hipertensión crónica desarrolla proteinuria tras las 20 semanas de gestación.
- La Eclampsia es una complicación grave que ocurre cuando la gestante con preeclampsia presenta convulsiones y puede entrar en coma.
- La preeclampsia y eclampsia son los cuadros que más se observan en las adolescentes embarazadas.
- Los trastornos hipertensivos del embarazo son más frecuentes en los extremos de la edad reproductiva. En el caso de las adolescentes, esta complicación puede afectar entre el 13% y el 20% de las gestantes, con una posible mayor incidencia en menores de 15 años. La prevalencia varía considerablemente según factores como el origen geográfico, el nivel socioeconómico y la adecuada realización de controles prenatales. Aunque Bendeزú reportó una frecuencia del 3,9% en adolescentes, otros estudios los ubican como la principal complicación en este grupo etario (37).
- En el INMP, entre los años 2012 y 2018 los trastornos hipertensivos del embarazo representaron el 56,6% de casos de morbilidad materna general (28).
- La prematuridad se define como el nacimiento que ocurre entre las 22 y 37 semanas completas de edad gestacional, es decir, entre los días 154 y 258 contados desde el primer día de la última menstruación confiable.
- En cuanto a la amenaza de parto prematuro y el parto pretérmino, diversos autores las señalan como algunas de las complicaciones obstétricas más frecuentes en gestantes adolescentes, particularmente en aquellas menores de 15 años. En el

estudio realizado por Bendezú, se reportó una incidencia del 6,8% de estas complicaciones dentro de este grupo poblacional (37).

3.2. Análisis de antecedentes de investigación

3.2.1. Antecedentes internacionales

- A. “Factores asociados con la gravedad de COVID-19 en mujeres embarazadas adolescentes brasileñas: un estudio de base poblacional” Duarte B., en el año 2022, en Brasil. Cuyo objetivo fue identificar los factores relacionados con la necesidad de hospitalización en adolescentes embarazadas brasileñas diagnosticadas con COVID-19. **Metodología:** El estudio fue de tipo observacional, no experimental, con diseño de cohorte. Se incluyeron 282 gestantes adolescentes. Para la recolección de datos se utilizó una ficha estructurada y los resultados fueron analizados mediante técnicas estadísticas y representaciones gráficas. **Resultados:** La mediana de edad fue de 17 años, predominando mujeres de piel parda, en el tercer trimestre de 24 gestación y residentes en zonas urbanas o periurbanas. La proporción de hospitalización en unidades de cuidados intensivos fue del 14,5%, observándose asociación significativa con la residencia en la región Sudeste (RR=5,03, IC95%=1,78-14,24, p=0,002), saturación de oxígeno menor al 95% (RR=2,62, IC95%=1,17-5,87, p=0,019) y presencia de comorbilidades (RR=2,05, IC95%=1,01-4,16, p=0,047). **Conclusión:** Las tasas de ingreso a UCI fueron altas entre las adolescentes embarazadas, encontrándose relación con la presencia de comorbilidades (38).
- B. “El embarazo en la adolescencia desde la perspectiva actual en COVID-19. Díaz P., en el año 2021, en la Habana.” Este artículo tuvo el objetivo de resaltar el problema del embarazo adolescente y la importancia de prevenirlo en el Caribe y Latinoamérica. **Metodología:** Se realiza un análisis del problema desde el enfoque de la pandemia provocada por el covid-19. La pandemia por el COVID-19 monopolizó la atención por lo que el problema del embarazo adolescente ha sido dejado de lado. **Resultados:** Perú se ha posicionado como el país con la mayor tasa de mortalidad por COVID-19 a nivel mundial y como uno de los más impactados por la pandemia en diversos ámbitos. En este contexto, se evidenció un incremento del 12% en los embarazos adolescentes, así como una

reducción del 67 % en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para esta población. Esto refleja un retroceso en los avances logrados por el país en la reducción de la maternidad adolescente. Situaciones similares se han reportado en varias naciones de América Latina y el Caribe. **Conclusión:** El rol del Estado es crucial en la prevención del embarazo adolescente, ya que su falta de atención a este problema contribuye directamente al aumento de los casos. Del mismo modo, tanto la educación impartida en el hogar como en las escuelas es indispensable. El incremento de embarazos en adolescentes durante el confinamiento pone en evidencia un nivel significativo de desinformación y falta de responsabilidad frente a las consecuencias de una gestación temprana (39).

- C. El estudio "Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente durante la pandemia por COVID-19", desarrollado por Guerrón-Enríquez S, et al., en el año 2023, en Ecuador, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo relacionados con el embarazo adolescente durante la pandemia de COVID19. **Metodología:** Se aplicó un enfoque mixto que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas. El estudio fue de tipo no experimental, descriptivo y correlacional, sustentado en investigación de campo y revisión bibliográfica. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y análisis documental para actualizar de manera precisa el contexto del problema. La muestra incluyó a 87 adolescentes embarazadas a quienes se les aplicó una encuesta, con base en cuyos resultados se formuló una propuesta de intervención. **Resultados:** De las adolescentes encuestadas, el 67% tenía entre 15 y 19 años. Durante la pandemia, el 32% de ellas recibió visitas de su pareja sentimental, el 43% no tuvo acceso a los servicios de salud, y el 25% no recibió educación en sexualidad. Asimismo, el 52% no tuvo acceso a métodos anticonceptivos, mientras que el 63 % no experimentó violencia intrafamiliar, aunque un 2% fue víctima de violación sexual. El 56% reportó apoyo por parte de su pareja, pero no contaba con recursos para acceder a servicios privados. Además, el 76% no recibió orientación sobre planificación familiar, y el 63% consideraba que la responsabilidad de la educación sexual recaía en los padres. **Conclusión:** El estudio permitió identificar varios factores de riesgo entre las adolescentes embarazadas, lo que resalta la necesidad de desarrollar intervenciones

educativas que mejoren el acceso a información sobre educación sexual, planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos (40).

3.2.2. Antecedentes nacionales

- A. La investigación “Factores Sexuales y Reproductivos asociados al incremento de embarazos en adolescentes del Cantón Babahoyo, 2022” límite de Piura, elaborada por Oscuez G., en el año 2022, en Piura, tuvo como objetivo identificar los factores sexuales y reproductivos asociados al embarazo en adolescentes. **Metodología:** Estudio de tipo básico y no experimental de nivel transversal con participación de 68 gestantes. **Resultados:** El 46% tuvo actividad sexual, el 54% no tuvo actividad sexual, el 28% inició su vida sexual por amor, solo el 13% utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual y el 17% tiene al menos 2 parejas sexuales. El 26% opina que el embarazo trunca sus planes a futuro. El 54% tuvo poco conocimiento sobre educación sexual. **Conclusión:** Se observó relación significativa entre factores y embarazo adolescente (41).
- B. “Principales factores de riesgo socioeconómicos asociados a los embarazos de adolescentes en un centro de salud Chiclayo-2020”. Elaborado por Leyth M., en el año 2023, en Chiclayo. Con el objetivo de establecer la relación entre los principales factores socioeconómicos y el embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud José Olaya, en Chiclayo, durante el 2020. **Metodología:** Se utilizó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, correlacional y transversal. Se aplicó un cuestionario compuesto por 13 preguntas para analizar las variables del estudio. La población incluyó a 100 adolescentes embarazadas, de las cuales 61 participaron como muestra. La confiabilidad del instrumento se verificó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que arrojó un valor de 0.760, lo que indica que el cuestionario tiene una buena consistencia interna y es adecuado para su aplicación. **Resultados:** En cuanto a los factores sociales, el 76,5 % de las adolescentes con embarazos no deseados manifestaron que la comunicación con sus padres no era adecuada. Sin embargo, la prueba de Chi- cuadrado mostró que no existe una relación significativa entre estas variables, ya que el valor de p fue 0.091, superior a $\alpha=0.05$. Respecto al factor económico, el 35,3 % de las adolescentes con

embarazos no deseados calificaron la condición laboral de su pareja como buena, mientras que el 19 % la consideró mala. La prueba Rho de Spearman tampoco encontró una relación significativa entre estas variables, con un valor de $p=0.076$, también superior a $\alpha=0.05$. **Conclusión:** Se encontró una asociación significativa entre el embarazo adolescente y la orientación sexual recibida por las adolescentes por parte de sus padres (42).

- C. “Frecuencia y factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el hospital Goyeneche. durante la emergencia sanitaria por COVID - 19, 2020”. Flores C., en el año 2021, en Arequipa. Cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo adolescente en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante la emergencia sanitaria por COVID-19, entre marzo de 2020 y marzo de 2021. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo. La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes adolescentes que asistieron al servicio de obstetricia ($n=433$), seleccionándose una muestra por conveniencia de 152 adolescentes embarazadas. **Resultados:** Se encontró una frecuencia de embarazo adolescente del 11,6%. **Conclusión:** La prevalencia de embarazo en adolescentes fue del 11,6%. Entre los factores epidemiológicos asociados se identificaron: nivel educativo de secundaria incompleta, procedencia urbana, convivencia en pareja y ausencia de empleo. En cuanto a factores socioeconómicos, predominó la familia monoparental, inicio de relaciones sexuales entre los 14 y 16 años, y la mayoría no utilizaba métodos anticonceptivos (43).

3.2.3. Antecedentes locales

- A. En la investigación “Factores sociofamiliares del embarazo adolescente en las estudiantes de una Institución Educativa Pública, Lima 2022” elaborado por Cachay C. El objetivo del estudio fue describir los factores sociofamiliares asociados al embarazo adolescente en estudiantes de una institución educativa pública de Lima en 2022. **Metodología:** Se empleó un diseño observacional y descriptivo de tipo transversal, con una muestra de 30 adolescentes embarazadas. El instrumento utilizado fue un cuestionario de 17 ítems que evaluó los factores sociofamiliares relacionados con el embarazo adolescente.

Resultados: El 60% de las adolescentes tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. Solo el 21% utilizó algún método anticonceptivo, con el condón siendo el más común (33,3%). No obstante, el conocimiento sobre el uso correcto de anticonceptivos fue limitado, ya que el 56,7% reportó no tener buenas prácticas. el 53,3% de las adolescentes proviene de hogares con padres separados o divorciados., el 13,3% de los padres no completó la primaria, el 16,7% la terminó, y el 56,7% no culminó la secundaria. Además, el 63,3% de las adolescentes señaló antecedentes familiares de embarazo adolescente, destacando a la madre (13,3%), hermana (23,3%), tía (10%) y prima (13,3%).

Conclusión: Se identificaron tres grupos principales de factores sociofamiliares: individuales, familiares y sociales. Los factores individuales, relacionados con las decisiones personales, y los familiares, que constituyen el núcleo de apoyo de las adolescentes, fueron los que representaron el mayor riesgo para el embarazo adolescente (44).

- B. En el estudio “Factores de riesgo sociales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en un hospital público materno infantil de Lima 2021” llevada a cabo por Diaz J., en el año 2021 con el objetivo de establecer los factores sociales asociados a gestación adolescente. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio no experimental de tipo observacional con una población de 90 mujeres adolescentes a quienes se les aplicó un instrumento validado. **Resultados:** La menarquia entre los 10 y 11 años representó un 86,7% de riesgo elevado. En el nivel educativo, el riesgo es alto para el 53,3%, y en el nivel socioeconómico, alcanza el 73,3%. La condición familiar presenta un riesgo medio (73,3%), mientras que el acceso a servicios de salud es un factor de alto riesgo para el 73,3% de las adolescentes. Las relaciones sexuales entre los 14 y 16 año se asocian con un 51,1% de alto riesgo, y los embarazos en edades entre 10 y 13 años tienen un riesgo del 75,6%. Además, se observó que el nivel educativo, socioeconómico, la condición familiar y el acceso a la salud tienen un fuerte impacto, con riesgos elevados de embarazo en adolescentes de 10 a 13 años. En todas estas dimensiones, se identificó una relación estadística significativa con el riesgo de embarazo. **Conclusión:** Las adolescentes tienen un elevado riesgo de gestación dado sus factores sociales (45).



CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

a. Técnica

La técnica que se aplicó es la Recopilación de datos y Análisis documental.

b. Instrumento

El instrumento es la Ficha de Recolección de datos

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal porque recogió información de un hecho ya ocurrido y en un solo momento. La técnica que se utilizó en el estudio fue la recopilación y análisis documental, a través de una ficha de recolección de datos elaborando para ello, un cuestionario estructurado que recoge los datos necesarios, tanto de las historias clínicas, los boletines epidemiológicos como de los informes estadísticos del Instituto Nacional Materno Perinatal desde 2020 al 2021, sobre las adolescentes en estudio.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Precisión del lugar

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) ubicado en la ciudad de Lima, específicamente en Jr. Santa Rosa No 940, dentro del Centro Histórico de Lima. Este instituto se encuentra en el distrito de La Victoria, provincia y departamento de Lima. El INMP está registrado en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) y cuenta con la categoría nivel III-2. Además, es un centro de referencia a nivel nacional en las especialidades de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, dedicado a la atención especializada de casos complejos. Por ser de referencia nacional no cuenta con población asignada por lo que recibe a pacientes de todo Lima y los demás departamentos del Perú.

El INMP atiende 18 000 partos anuales, 1 500 partos mensuales y 50 partos diarios en promedio, según el Boletín Epidemiológico de esta institución. En Lima existen más de 236 hospitales y clínicas, 320 centros de salud, incluidos los centros

Maternos Infantiles, pero en El Instituto Nacional Materno Perinatal se atiende la mayor cantidad de partos por ser netamente de atención obstétrica tanto a nivel de Lima como a nivel nacional.

2.2. Ubicación temporal

- Cronología: agosto 2023.
- Visión Temporal: retrospectivo.
- Corte Temporal: transversal.

2.3. Unidad de estudio

Historias clínicas de gestantes adolescentes cuyos partos fueron atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre los años 2020-2021

2.3.1. Universo

Historias clínicas de gestantes adolescentes cuyos partos se produjeron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2020-2021 En el presente estudio no hay muestra calculada pues están incluidas todas las madres adolescentes que acudieron para la atención del parto en entre el año 2020 - 2021. Se espera que para el 2020 la frecuencia de embarazo adolescente sea de 1225 partos por estimado histórico

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de adolescente embarazadas registradas, cuyos partos se produjeron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2020 y 2021.
- Historias clínicas de adolescentes que tuvieron un parto a partir de las 22 semanas para adelante.

Criterio de exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos sobre el embarazo adolescente.

3. Estrategia de recolección de datos

Técnica	Instrumento
Revisión documentaria	Ficha de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de la ficha de recolección de datos, que se obtuvo a partir de la historia clínica, los datos estadísticos y epidemiológicos del INMP.

Para ello se pidió el permiso respectivo al jefe de la Unidad de Epidemiología que cuenta con la información estadística para obtener los datos solicitados. También se solicitó el permiso al jefe del Servicio de Adolescentes para obtener datos principalmente de las historias clínicas de las adolescentes en estudio, así como del Libro de Registros de Ingresos pues ahí se anotan a todas las púerperas adolescentes tanto de Sala de Partos como de sala de Operaciones, para realizar la comparación con los otros documentos y verificar sobre todo la frecuencia de partos en dichas adolescentes.

Las coordinaciones y permisos se hicieron en 4 días aproximadamente. La recolección de datos fue 3 veces por semana de acuerdo a la disponibilidad de mi persona por el horario de trabajo y en la tarde para no interrumpir el trabajo de dichos servicios. El horario de recolección de datos fue de 14 a 17 horas. El tiempo de recolección fue aproximado de un mes teniendo en cuenta que se revisó todo el Libro de Registros del 2020 y 2021. En cuanto a la información estadística se realizó un filtro solo de pacientes adolescentes como la revisión exhaustiva de los datos para complementar con la información de los registros físicos.

4. Estrategia para manejo de datos

4.1. Plan de procesamiento

4.1.1. Tipo de procesamiento

Se realizó la tabulación de datos a través del paquete estadístico para ciencias sociales: SPSS 27.0.

4.1.2. Plan de procesamiento de datos

En el presente trabajo, luego de la recolección de datos, esta se exportó al paquete SPSS 27.0 para el conteo total de los casos, así como para la elaboración de tablas para su respectivo análisis y correlación entre ellas. Las tablas se realizaron en Microsoft Word y Excel.

4.2. Plan de análisis de datos

4.2.1. Tipo de análisis

Se utilizó las medidas de frecuencias relativas y absolutas para las variables cuantitativas. Dichos resultados se complementaron con la información del marco teórico que sirvieron para llegar a la discusión y las conclusiones de la presente investigación.



CAPÍTULO III. RESULTADOS

Tabla N°1

Frecuencia de partos en adolescente en el INMP durante la pandemia 2020-2021

Grupo etario	n	%
Adultas	13,665	91,2
Adolescentes	1,202	8,8
Total	14,867	100

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

De la Tabla N°1 se observa que la frecuencia de embarazo adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue de 8,8% en los años 2020 y 2021.

Tabla N°2

Frecuencia de embarazo adolescente en el INMP por grupo etario del durante la pandemia 2020-2021.

Grupo etario	n	%
10 a 13 años	15	1,2
14 a 16 años	233	19,4
17 a 19 años	954	79,4
Total	1,202	100,0

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°2 se observa que el 79,4% de adolescentes del grupo etario de 17 a 19 años tuvo su parto en el período de mayo del 2020 a abril del 2021, mientras que en aquellas de 10 a 13 años representó un 1,2%. El 19,4% de partos ocurrió en adolescente de 14 a 16 años.

Tabla N°3

Grado de instrucción de las madres adolescentes del INMP durante la pandemia 2020- 2021.

	n	%
Sin instrucción	40	3,3
Primaria completa	94	7,8
Primaria incompleta	22	1,8
Secundaria completa	557	46,3
Secundaria incompleta	482	40,1
Superior incompleto	7	0,6
Total	1202	100,0

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°3 se observa que el 3.3% de adolescentes que tuvieron su parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal en este periodo, no tuvieron instrucción mientras que el 7,8% solo tiene primaria completa. El 40,1% de adolescentes tiene secundaria incompleta.

Tabla N°4

Edad en relación con el grado de instrucción de las gestantes del INMP durante la pandemia 2020-2021.

	Sin instrucción	Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria completa	Secundaria incompleta	Superior incompleto
10-13	0	3 (20%)	1 (7%)	0(0%)	11 (73.3%)	0 (0.0%)
14-16	1(0,4%)	39 (17%)	9 (4%)	18 (7.75%)	166 (71.5%)	0 (0.0%)
17-19	39 (4%)	52 (6%)	12 (1%)	539(58.9%)	305 (33.3%)	7 (0.76%)
Total	40	94	22	557	482	7

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En esta tabla cruzada de grado de instrucción con edad de las adolescentes se observa que, en el GE de 10 a 13 años el 7% de adolescentes tuvo primaria incompleta. En el GE de 14 a 16 años, el 17% solo contó con primaria completa y el 4% con primaria incompleta. El GE de 17 a 19 años presenta un 32% de adolescentes con secundaria incompleta, 6% solo con primaria completa y un 4% no cuenta con ningún grado de instrucción.

Tabla N°5

Estado civil de las madres adolescentes del INMP durante la pandemia 2020-2021.

	n	%
Soltera	399	33,2
Casada	5	0,4
Conviviente	798	66,4
Total	1202	100,0

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°5 se observa que el 33, 2% de adolescentes que tuvieron su parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2020-2021, fueron solteras y el 66,4% presentaron el estado civil conviviente.

Tabla N°6:

Edad en relación con el estado civil del INMP durante la pandemia 2020-2021.

Edad	Estado Civil			%
	Soltera	Casada	Conviviente	
10 a 13	15 (100%)	0	0	100%
14 a 16	135 (58%)	0	98 (42%)	100%
17 a 19	249 (26%)	5 (1%)	700 (73%)	100%
Total	399	5	798	100%

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

Según la Tabla N°6, el 100% de adolescentes de 10 a 13 años presentó el estado civil soltera. En el grupo etario de 14 a 16 años predomina el estado civil soltera con un 58%, el 42% fue conviviente. En el grupo etario de 17 a 19 años el 73% presenta el estado civil conviviente mientras que el 26% es soltera.

Tabla N°7

Lugar de residencia de las madres adolescentes del INMP durante la pandemia 2020- 2021.

	n	%
San Juan de Lurigancho	393	32,7
Lima	95	7,9
Agustino	57	4,7
La Victoria	73	6,1
Ate	82	6,8
Pachacamac	34	2,8
Chorrillos	48	4,0
San Juan de Miraflores	36	3,0
San Martín de Porres	56	4,7
Santa Anita	51	4,2
Otros distritos de Lima	213	17,7
Otros departamentos	64	5,3
Total	1202	100,0

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°7 se observa que el 32,7% de adolescentes proceden de San Juan de Lurigancho, seguido de Lima con un 7,9%, Ate Vitarte con 6,8%, La Victoria 6,1% y El Agustino con un 4,7%.

Tabla N°8

Edad gestacional de las madres adolescentes del INMP durante la pandemia 2020-2021.

	n	%
< 37 semanas	154	12,8
37 a 40 semanas	1045	86,9
> 41 semanas	3	0,2
Total	1202	100,0

Fuente: Estadística INMP 2021-2021

En la tabla 8 se observa que el 86,9% de adolescentes madres presentó una edad gestacional de 37 a 41 semanas y el 12.8% presentó una edad gestacional menor de 37 semanas.

Tabla N°9

Paridad previa de las madres adolescentes durante la pandemia 2020-2021.

	N°	%
1 hijo	920	76,5
Más de 1 hijo	282	23,5
Total	1202	100,0

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°9 se observa que el 76,5% es madre por primera vez y el 23,5% es madre por segunda vez. Es decir, la cuarta parte de dichas adolescentes ya tiene más de 1 hijo.

Tabla N°10

Edad en relación con el número de hijos de las adolescentes del INMP durante la pandemia 2020-2021.

Edad	Número de hijos			%
	1 hijo	Más de 1 hijo	Total	
10 a13	15 (100%)	0 (0%)	15	100%
14 a 16	195 (84%)	38 (16%)	233	100%
17 a 19	710(74%)	244 (26%)	954	100%
Total	920	282	1202	100%

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°9 se observa que el 16% del GE de 14 a 16 años tiene más de un hijo, lo que quiere decir que antes de este parto tuvo otro hijo. Dentro del GE de 17 a 19 años un 26% tiene más de un hijo, lo que quiere decir que antes de este parto tuvo otro hijo.

Tabla N°11

Abortos previos en gestantes adolescentes durante la pandemia 2020-2021.

	n	%
Ninguno	1112	92,5
1 aborto	82	6,8
Más de 1 aborto	8	0,7
Total	1202	100,0

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°11 se observa que el 6.8 % de adolescentes madres tuvieron un aborto previo y un 0,7% tuvo 2 abortos previos

Tabla N°12

Edad en relación con el número de abortos de las gestantes del INMP durante la pandemia 2020-2021.

Edad	Número de abortos				%
	Ninguno	1 aborto	Más de 1 aborto	Total	
10 a 13	15(100%)	0(0%)	0(0%)	15	100%
14 a 16	229 (98%)	4 (2%)	0(0%)	233	100%
17 a 19	868 (92%)	78 (8%)	8(1%)	954	100%
Total	1112	82	8	1202	100%

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En el GE de 17 a 19 años el 8% presentó un aborto y las de 14 a 16 años un 2%.

Un 1% presentó más de un aborto dentro del GE de 17 a 19 años.

Tabla N°13

Tipo de Parto de las madres adolescentes del INMP durante la pandemia 2020-2021

	N	%
Vaginal	855	71,3
Cesárea	347	28,7
Total	1202	100,0

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la tabla 13 se observa que en el 70,7% de adolescentes el parto culmina por vía vaginal mientras que en el 29,3% el parto culmina por vía cesárea.

Tabla N°14

Edad en relación con la vía de parto de las gestantes adolescentes durante la pandemia 2020-2021.

Edad	Vaginal	Cesárea	Total	%
10 a 13	7(47%)	8 (53%)	15	100%
14 a 16	181(78%)	52(22%)	233	100%
17 a 19	667(70%)	287(30%)	954	100%

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En esta Tabla N°14 se observa que el grupo etario de 10 a 13 años presentó el mayor porcentaje de cesáreas con un 53% mientras que el grupo etario de 17 a 19 años presentó un 30% de cesáreas.

Tabla N°15

Motivo de cesárea de gestantes adolescentes del INMP durante la pandemia 2020-2021.

Motivo de cesárea	n	%
Desproporción céfalo pélvica	38	11
Estrechez pélvica	9	2,6
Sufrimiento fetal	68	20
Trabajo de parto prolongado	9	2,6
Trastorno hipertensivo en el embarazo	43	12
RCIU	20	5,8
Presentación podálica	14	4
Prematuro	47	13,5
Presentación anormal	27	7,8
Otros	72	20,7
Total	347	100

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°15 se observa que el principal motivo de cesárea en las adolescentes es el sufrimiento fetal con un 20%, seguido de la prematuridad con 13,5%. Le siguen el trastorno hipertensivo del embarazo y la desproporción céfalo pélvica con 12% Y 11% respectivamente.

Tabla N°16

Motivo de la cesárea en relación con la edad de gestantes adolescentes del INMP durante la pandemia 2020-2021.

Motivo	Edad			Total
	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años	
Desproporción céfalo pélvica	0	6 (12%)	32(11.14%)	38
Estrechez pélvica	2 (25%)	3(5.76)	4(1.39%)	9
Sufrimiento fetal	3 (37,5%)	12 (23%)	53 (19%)	68
Trabajo de parto prolongado	0	2(3.84%)	7(2.43%)	9
Trastorno hipertensivo del embarazo	0	4(7.69%)	39 (13,6%)	43
Retardo crecimiento intrauterino	0	6(11.53%)	14(4.87%)	20
Podálico	1(12,5%)	1(1.92%)	12(4.18%)	14
Prematuro	1(12,5%)	6(11.53%)	40 (14%)	47
Presentación anormal	0	3(5.76)	24(8.36%)	27
Otros	1(12,5%)	9(17.3%)	62 (21.60)	72
Total	8 (100%)	52 (100%)	287 (100%)	347

Fuente: Estadística INMP 2021-2021.

En la Tabla N°16 se observa que en los tres grupos etarios prevalece el sufrimiento fetal como primer motivo de cesárea. Como segundo motivo de cesárea se encuentra la estrechez pélvica con 25% en el GE de 10 a 13 años y en el GE de 14 a 16 años la desproporción céfalo pélvica, el retardo de crecimiento intrauterino y la prematuridad con un 6% cada uno. En el grupo etario de 17 a 19 años se observa que el segundo motivo de cesárea es la prematuridad 14% seguido del trastorno hipertensivo del embarazo con 13,6%.

DISCUSIÓN

La frecuencia del embarazo adolescente en 2020-2021 fue de 8,8% en el INMP; no obstante Flores (43) halló una frecuencia de 11,6% en un año. Sin embargo, la tasa de embarazo a adolescente a nivel nacional según el INEI fue de 10,7% para el año 2021. Cabe indicar que durante el 2019 el número total de partos en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue de 16 864 y el porcentaje de adolescentes que tuvieron su parto fue del 10%. En el 2020 el número total de partos es de 15,882 y el porcentaje de partos en adolescentes representó el 11%. Lo que significa que en las adultas se produjo una disminución de partos durante el 2020 respecto al año anterior, pero en las adolescentes se incrementó en 1%, con un total de 77 partos más que en el 2019. Entonces se puede afirmar que durante la pandemia del Covid 2019 del año 2020, los partos en las adolescentes se incrementaron en el Instituto Materno perinatal de Lima.

Respecto al grupo etario de adolescentes tardías embarazadas (17 a 19 años), un estudio de Flores (43) halló un 42,8% de embarazo adolescente en este grupo etario, mientras que en el presente estudio halló un 79,4% cifra lejana. En las adolescentes intermedias (14 a 16 años), D'Añari (46) encontró un 15,3% de partos y en este estudio se halló un 19,4%, además este autor no halló embarazos tempranos (10 a 13 años); en el presente estudio si se encontró embarazo en este grupo etario en un 1,2% de adolescentes. Del mismo modo, Flores (43). solo halló un 0,66% que representó un caso en este grupo etario. Duarte (38) encontró que la mediana de edad fue de 17 años; no obstante, Guerrón-Enriquez et al (40) halló que el 67% de estas mujeres tuvo entre 15 y 19 años. Encontrando una edad 2 años menor para aquellas gestantes embarazadas. Mientras menos sea la edad, mayor es el riesgo que tiene cada embarazo según Diaz (45).

Según el grado de instrucción, la mayoría de las pacientes tuvo secundaria completa, así como incompleta en un 40,1%, primaria completa en 7,8% y un 3,3% no tuvieron ninguna instrucción. Además, según Diaz (45) las adolescentes tienen un riesgo elevado si tienen un inadecuado nivel educativo. En el presente estudio se halló que el 46% de adolescentes madres culminó la secundaria, pero Flores (43) halló 37,5% con secundaria completa. Esto resalta la importancia de promover la inclusión de las gestantes adolescentes en el sistema educativo, inclusive, se resalta la importancia de que se promueva una educación sexual integral en los colegios para prevenir el embarazo adolescente. Dado que el 25% no recibió educación sexual integral y 76% no recibió orientación sobre planificación familiar según Guerrón-Enriquez et al (40).

Aunque no se identificó el grado de instrucción de los padres; algunos estudios resaltan que podría existir relación entre esto y el embarazo adolescente o tener familiares con este antecedente.

Acorde al estado civil en este estudio se halla 33,2% con estado civil soltera, 66,4% conviviente y 0,4% casada. Flores (43) en Arequipa halla una cifra similar, 30% soltera y 70% conviviente. Esto evidencia una inestabilidad en la relación de pareja y dependencia económica proveniente de los padres. El presente estudio encontró incluso 5 gestantes adolescentes casadas. Dejando en duda si fue una aceptación personal de la paciente.

Las adolescentes provinieron principalmente del distrito de Lima San Juan de Lurigancho. Esto es acorde a lo reportado por el boletín estadístico del INMP en el 2019 el distrito que reporta mayor cantidad de gestantes en general es San Juan de Lurigancho con 30,5%, Ate Vitarte 6,4%, Lima cercado 5,6%, La Victoria 5.3% y San Martín de Porres 5.2%. Se observa que, en dichos estudios como el presente, existe coincidencia respecto a la procedencia más frecuente de donde provienen las adolescentes, que es San Juan de Lurigancho, distrito que además es el más poblado de Lima y se encuentra muy cercano al Instituto Nacional Materno Perinatal por lo que se comprende la concurrencia frecuente de dichas adolescentes. Otros distritos de donde proceden con más frecuencia y que coinciden con los otros estudios es Lima Cercado, Ate Vitarte, La Victoria, El Agustino, San Martín de Porras y Chorrillos.

La mayoría de las adolescentes madres (86.9%) tuvieron su bebé a término, con un embarazo que duró entre 37 y 41 semanas. Sin embargo, el 12.8% tuvo a sus bebés antes de las 37 semanas, por lo que nacieron prematuros. Acuña y Ochoa hallaron un 13% de madres adolescentes que llegaron con esa edad gestacional para su atención, cifra muy cercana al presente estudio. Se denota que, aunque la mayoría de las adolescentes gestantes llegó al término, existe una alta probabilidad de que tengan un parto prematuro, por lo cual el embarazo adolescente conlleva altos riesgos no solo para la madre sino también para el recién nacido. El trabajo preventivo promocional toma especial importancia, así como la búsqueda activa de gestantes adolescentes para evitar las complicaciones.

Finalmente, en un hospital de San Juan de Lurigancho se encontró que 14% de adolescentes atravesó un segundo embarazo, cercano al hallado en el presente estudio, pero más cercano a Siña que halló 26% de adolescentes con su segundo hijo. Flores (43) encontró que el 10% de

adolescentes ya eran madres por segunda vez. En la tabla 11 se observa que el 6.8 % de adolescentes madres tuvieron un aborto previo y un 0,7% tuvo 2 abortos previos.

La frecuencia de cesárea en adolescentes fue de 28,7%; pero Rojas (48) halló un 34% en el hospital Loayza. Los motivos de cesárea que se halló en el presente estudio fueron principalmente sufrimiento fetal (20%), prematuridad (13,5%), trastorno hipertensivo del embarazo (12%) y desproporción céfalo pélvica (11%). No obstante, Barrena (47) halló como principal indicación de cesárea en las adolescentes la desproporción céfalo pélvica (29%). Rojas (48) halló a la desproporción céfalo pélvica (24%), cesárea previa (15%), sufrimiento fetal (14%) y trastorno hipertensivo del embarazo (8%). Es evidente que la primera indicación de cesárea en los dos estudios mencionados es la desproporción céfalo pélvica, hecho que no coincide con el presente estudio cuyo primer motivo es el sufrimiento fetal, pero hay coincidencia en cuanto a los otros motivos como el sufrimiento fetal y el trastorno hipertensivo del embarazo. Aquellas pacientes de 10 a 13 años tuvieron una frecuencia de cesárea de 53% es decir; se confirma que en las adolescentes tempranas hay un mayor número de cesáreas, lo que aumenta el riesgo reproductivo en ellas.

CONCLUSIONES

Primera. - Las características demográficas de las gestantes adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante la pandemia del Covid 2020-2021; el 79,4% de madres adolescentes se encuentra en el grupo etario de 17 a 19 años y el 1,2% en el grupo etario de 10 a 14 años. En relación con su grado de instrucción el 3,3% de adolescentes eran analfabetas, el 1.8 presentaban primaria incompleta y el 40,1% secundaria incompleta, el mayor porcentaje de adolescentes sin instrucción se situó entre los 17 a 19 años. El 66,4% fue conviviente y un bajo porcentaje estuvo casada. En cuanto a la residencia de las adolescentes embarazadas la mayor parte residían en San Juan de Lurigancho mientras que la menor en Pachacamac.

Segunda. - Las características obstétricas de las gestantes adolescentes; el 86,9% presentó una edad gestacional de 37 a 41 semanas y el 12,8% presentó una edad gestacional menor de 37 semanas. En cuanto a la paridad, el 76,5% fue madre por primera vez y el 23,5% es madre por segunda vez. Por otro lado, el 6,8% presentó al menos 1 aborto previo y el 0,7 más de un aborto previo. En relación con la vía del parto el 71,3% presentó parto vaginal y el 28,7 cesárea, siendo el grupo etario de 10 a 13 años la mayor proporción. Los principales motivos de cesárea en las adolescentes son el sufrimiento fetal (20%), prematuridad (13,5%), trastorno hipertensivo del embarazo (12%) y la desproporción céfalo pélvica (11%).

RECOMENDACIONES

- 1.- Al Ministerio de Salud que fortalezca el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, involucrando a todos los sectores relevantes, especialmente al Ministerio de Educación, Desarrollo e Inclusión Social, y Trabajo, entre otros. Es fundamental establecer alianzas multisectoriales efectivas. Además, se recomienda brindar atención especializada a las madres adolescentes entre 10 y 14 años, dado que muchas son víctimas de violencia sexual. También se debe garantizar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, que incluyan orientación y asesoría en anticoncepción para las adolescentes sexualmente activas y aquellas que ya son madres
- 2.- Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, trabajar en la prevención de la violencia sexual en las adolescentes y mujeres desde los hogares que está muy arraigado en la sociedad peruana. Fortalecer las actividades preventivo promocionales respecto al cuidado del cuerpo de la niña y adolescente, dando hincapié al respeto a la mujer y al trato igualitario.
- 3.- Al Ministerio de Educación, abarcar y mejorar la educación básica en todas las niñas sin excepción. aumentar el porcentaje de adolescentes que finalizan la educación secundaria, además de garantizar la inclusión de la educación sexual integral desde la infancia, tanto en el currículo nacional como en los programas de formación del Ministerio de Educación. Planes efectivos como autocuidado del cuerpo desde la primaria, educación a los padres varones.
- 4.- A las municipalidades, con énfasis las que presentan alto porcentaje de embarazo adolescente, trabajar en el bienestar de las/los adolescentes como espacios de recreación y buen uso del tiempo libre, empoderarlos, brindarles orientación vocacional y empleabilidad juvenil. Asimismo, trabajar en el entorno familiar y comunitario para favorecer el desarrollo integral del adolescente.
- 5.- Al Instituto Nacional Materno Perinatal, realizar otros estudios respecto al embarazo en adolescentes para obtener datos más sólidos respecto al tema. Además, mejorar el llenado de datos estadísticos, de las adolescentes embarazadas y contar con un personal de salud, por ejemplo, una obstetra para contribuir en ello.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Embarazo en adolescentes y niñas en el Perú. [Internet]. 2018. [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Alerta%20embarazo%20en%20adolescentes%20y%20ni%C3%B1as%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf>
2. Pinzón-Rondón Á, Ruiz-Sternberg Á, Aguilera-Otalvaro P, Abril-Basto P. Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2018 [citado 23 de octubre de 2024];83(5):487-499. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000500487&script=sci_abstract
3. Guzmán A. La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y la salud pública. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2017 [citado 23 de octubre de 2024];63(3):409-411. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322017000300012&script=sci_abstract
4. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [Internet]. 2013 [citado 23 de octubre de 2024];30(3):471-479. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300017
5. UNICEF. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. 2020 [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-laadolescencia>
6. Organización Panamericana de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (¡Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países [Internet]. 2018 [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>
7. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019 [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4942.pdf>

8. Canals J. La sexualidad en la adolescencia. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2010 [citado 23 de octubre de 2024];10(61):4191-4195. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541210702183?via%3Dihub>
9. Ferrer S, Llorent V. Orientación y estilo de vida. Tiempo Latinoamericano. [Internet]. 2015 [citado 23 de octubre de 2024];52(75):3-5. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304526796_Orientacion_y_estilo_de_vida
10. Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica [Internet]. 2008 [citado 23 de octubre de 2024];5(1):42-51. <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2008/vol5num1/pdf/EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf>
11. Cevallos M, Moreira A, Burga S, Chiluisa M, Zamora A. Revisión sobre el embarazo adolescente e implicancias sociales. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2024 [citado 23 de octubre de 2024];24(2):156-165. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v24n2/2308-0531-rfmh-24-02-156.pdf>
12. Gomez S, Umpiri K. Inteligencia emocional y depresión en adolescentes embarazadas del Hospital Carlos Cornejo Rosello de Azángaro - 2017. [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017 [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/06b93d3a-55ec-4a45-9b55-9ba367f52440>
13. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Prevención del embarazo adolescente [Internet]. 2023 [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia.aspx>
14. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia [Internet]. 2024 [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

15. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Embarazo adolescente [Internet]. 2024 [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/embarazo-adolescente>
16. Instituto Nacional de la Juventud. Documento Técnico Embarazo Adolescente Hablemos de Todo 2020-2021 [Internet]. Chile: Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile; 2021. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Embarazo-adolescente.pdf>
17. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mapa del embarazo y maternidad en niñas y adolescentes en el Perú [Internet]. 2022 [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/mapa-del-embarazo-y-la-maternidad-en-ni%C3%Blas-y-adolescentes-en-el-per%C3%BA>
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2020 [Internet]. Lima: INEI; 2020 [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
19. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe [Internet]. OAS; 2019. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>
20. Defensoría del pueblo. Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud. Serie Informes Especiales N° 009-2021-DP [Internet]. Lima: Defensoría del pueblo; 2021. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/07/INFORME-DE-ATENCI%C3%93N-EMBARAZO-EN-NI%C3%91AS-Y-ADOLESCENTES-DP-UNFPA-PER%C3%9A.pdf>
21. Prado-Juscamaita J, Reves-Huapaya E. El embarazo adolescente en Perú: Estrategias de afrontamiento para el bienestar emocional y la inclusión educativa. Investigación y Postgrado [Internet]. 2018 [citado 29 de octubre de 2024];33(2):83-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6736285>

22. Salud con Lupa. El número de niñas que se convirtieron en madres en el Perú se triplicó en 2020 [Internet]. 2020 [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/el-nmero-de-nias-que-se-convirtieron-en-madres-en-el-per-se-triplic-en-2020/>
23. Tello M. Las madres adolescentes en el Perú y su educación. [Tesis]. Lima: Universidad de Lima; 2018. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/7542>
24. Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía N.º 013-2021-DP/ADM. Supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID-19 [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2021. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.mimp.gob.pe/server/api/core/bitstreams/9e489791-5f96-473b-a817-f0a780de8347/content>
25. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Diagnóstico sobre la situación de violencia de género hacia las mujeres y el embarazo adolescente en escuelas de la Provincia de Cangallo, Ayacucho. [Internet]. Lima: UNESCO; 2020. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000375650>
26. Gonzáles-Betancourt E, García-Baró Y. La prevención del embarazo en la adolescencia desde un enfoque interdisciplinario, humanista, activo y transformador. Revista Médica Electrónica. [Internet]. 2024 [citado 29 de octubre de 2024];46:e5551. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5551>
27. UNESCO. Por qué es importante la educación integral en sexualidad. [Internet]. 2018 [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/articles/por-que-es-importante-la-educacion-integral-en-sexualidad>
28. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Anuario Estadístico 2023 [Internet]. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2024. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>

29. Cunningham F, Leveno K, Dashe J, Hoffman B, Spong C, Casey B. Williams Obstetricia [Internet]. 26a ed. New York: Mc Graw Hill; 2021. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3103>
30. Schwarcz R, Fescina R, Divurges C. Obstetricia [Internet]. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2018. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.udocz.com/apuntes/71331/obstetricia-schwarcz-6ta-edicion>
31. Instituto Nacional Materno Perinatal. Monitoreo electrónico fetal: test no estresante. En: Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; [2018]. p. 480-485. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
32. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>
33. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Anuario Estadístico 2019 [Internet]. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2020. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
34. Valarezo S, Bernardi G, Ávalos M, Narea V. El embarazo adolescente tras el impacto del covid-19. Revista de Producción Ciencias e Investigación. [Internet]. 2022 [citado 29 de octubre de 2024];6(43):183-188. Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/536>
35. Gallardo-Lizarazo H, Guerrero-Romero I, Niño-González J, Villaveces-Franco M. Adolescencia materna y su asociación con la realización de cesárea. Revista Ciencia y Cuidado. [Internet]. 2015 [citado 29 de octubre de 2024];12(2):11-25. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/506>
36. Martínez E, Montero G, Zambrano R. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. Revista Espacios. [Internet]. 2020 [citado 29 de octubre

- de 2024];41(47):1-10. Disponible en:
<https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/20414701.html>
37. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román J, Huamán-Gutiérrez R. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2016 [citado 23 de octubre de 2024];62(1):13-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002
 38. Duarte B, Henrique A, Temer M, De Carvalho H, García De Lima C. Factores asociados con la gravedad de COVID-19 en mujeres embarazadas adolescentes brasileñas: un estudio de base poblacional. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Internet]. 2022; [citado 23 de octubre de 2024];30(spe):e3653. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nkP3G4gj9XWGpJdTGM3PQ4r/?format=pdf&lang=es>
 39. Asenjo P, Quispe C. El embarazo en la adolescencia desde la perspectiva actual en COVID-19. Revista Cubana de Pediatría. [Internet]. 2021 [citado 23 de octubre de 2024];93(2):1-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=108304>
 40. Guerrón-Enríquez S, Imbaquingo-Ruano D, Aveiga-Hidalgo M. Factores de riesgo asociados al embarazo adolescentes durante la pandemia por COVID-19. Revista Información Científica [Internet]. 2023 [citado 23 de octubre de 2024];102:1-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551774301048>
 41. Oscuez G. Factores sexuales y reproductivos asociados al incremento de embarazos en adolescentes del Cantón Babahoyo, 2022. [Tesis]. Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2022. [citado 29 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/93797>
 42. Leyth M. Principales factores de riesgo socioeconómicos asociados a los embarazos de adolescentes en un centro de salud Chiclayo-2020. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2023. [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10951>

43. Flores C. Frecuencia y factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el hospital Goyeneche. durante la emergencia sanitaria por COVID-19, marzo 2020 - marzo 2021. [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/b38b5cb3-f36e-473f-8108-727df6d7f63d>

44. Cachay C, Mallma J, Ormachea da Silva K. Factores sociofamiliares del embarazo adolescente en las estudiantes de una Institución Educativa Publica, Lima - 2022. [Tesis] Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7716>

45. Diaz J. Factores de riesgo sociales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en un hospital público materno infantil de Lima 2021. [Tesis] Lima: Universidad Norbert Wiener; 2021. [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5100>

46. D' Añari J. Factores Biosociodemograficos asociados al embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el HRHDE, Abril - Mayo 2019. [Tesis] Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019. [citado 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/2846b957-a8df-424a-8b0e-1c8051aa1a3f>

47. Barrena M, Quispe P, et al. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2020 [citado 10 de noviembre de 2024];66(2):1-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000200004&script=sci_abstract

48. Rojas V. Indicaciones de cesárea en gestantes adolescentes nacional arzobispo Loayza. [Tesis]. Lima: Universidad San Martin de Porres; 2017. [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3860>



ANEXOS

Anexo 1.

Ficha de recolección de datos.

Características Demográficas y Obstétricas del Embarazo Adolescente en el Instituto Nacional Materno Perinatal Durante la Pandemia 2020-2021. Lima Perú.

Ficha N.º.:

1. Edad:

- 10 - 13 años
- 14 - 16 años
- 17 – 19 años

2. Grado de instrucción:

- No letrada
- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Superior

3. Procedencia:

- San Juan de Lurigancho
- Lima
- El Agustino
- La Victoria
- Ate vitarte
- Pachacamac
- Chorrillos
- San Juan de Miraflores
- San Martin de Porres
- Santa Anita
- Otros distritos de Lima
- Otros departamentos

4. Edad Gestacional:

- < de 37 semanas
- 37 – 40 semanas
- 41 a más semanas

5. Paridad:

- 1 hijo
- 2 o más hijos

6. Abortos:

- 1 aborto
- Más de 1 aborto

7. Tipo de Parto:

- Vaginal
- Cesárea

8. Motivo de cesárea:

- Desproporción céfalo pélvica
- Estrechez pélvica
- Sufrimiento fetal
- Trabajo de parto disfuncional
- Trastorno hipertensivo
- Restricción de Crecimiento intrauterino
- Presentación podálica
- Prematuro
- Presentación anormal
- Otros.

Anexo 2

Mapa de ubicación del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima



Anexo 3

Cartera de Servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal

1.1. Obstetricia:

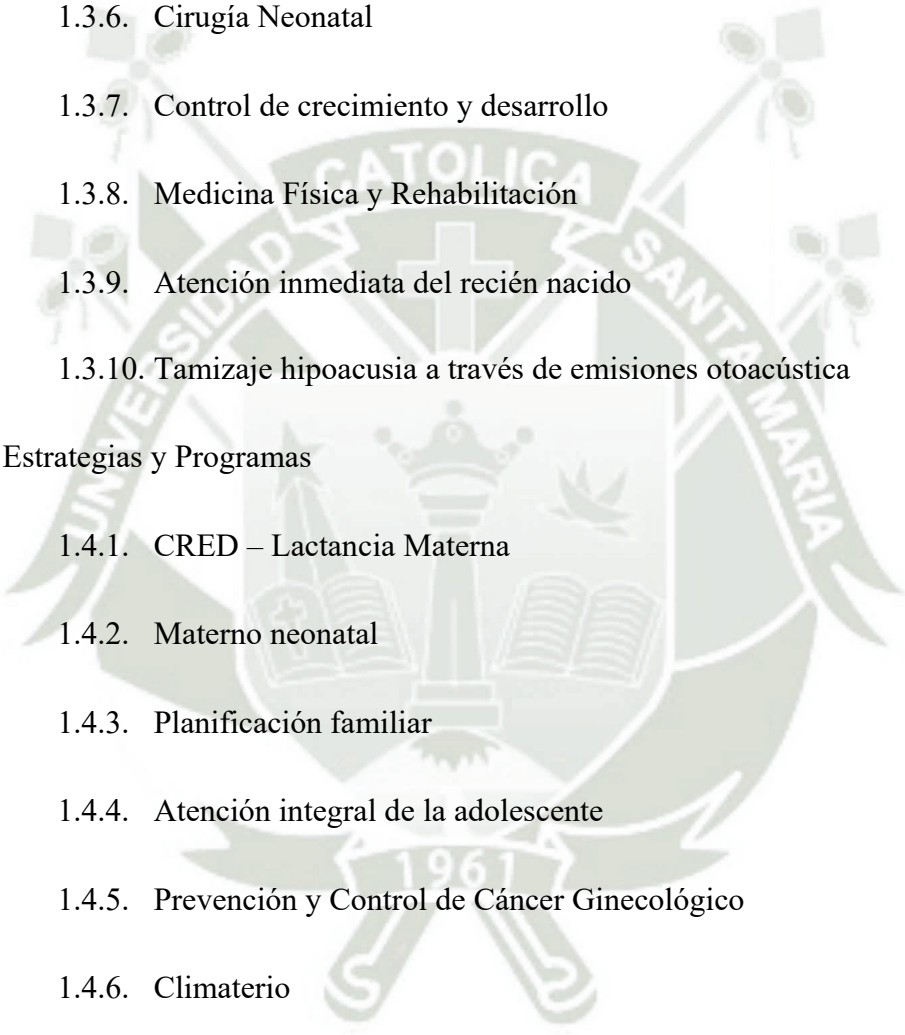
- 1.1.1. Atención de morbilidad materna no complicada
- 1.1.2. Atención de morbilidad materna severa o extrema
- 1.1.3. Atención integral diferenciada de Adolescencia
- 1.1.4. Cirugía obstétrica
- 1.1.5. Endocrinología obstétrica
- 1.1.6. Atención del parto
- 1.1.7. Unidad de Cuidados Intensivos Materna
- 1.1.8. Psicoprofilaxis obstétrica
- 1.1.9. Medicina Fetal
- 1.1.10. Consulta externa obstétrica

1.2. Ginecología

- 1.2.1. Ginecología General
- 1.2.2. Climaterio
- 1.2.3. Infertilidad
- 1.2.4. Colposcopia
- 1.2.5. Cirugía ginecológica
- 1.2.6. Consulta externa ginecológica

1.3. Neonatología

- 1.3.1. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

- 
- 1.3.2. Procedimientos invasivos en Neonatología
 - 1.3.3. Cuidados Intermedios Neonatales
 - 1.3.4. Seguimiento ambulatorio del niño que nace con problemas
 - 1.3.5. neonatales que puede llevar a patología del desarrollo
 - 1.3.6. Cirugía Neonatal
 - 1.3.7. Control de crecimiento y desarrollo
 - 1.3.8. Medicina Física y Rehabilitación
 - 1.3.9. Atención inmediata del recién nacido
 - 1.3.10. Tamizaje hipoacusia a través de emisiones otoacústica
- 1.4. Estrategias y Programas
- 1.4.1. CRED – Lactancia Materna
 - 1.4.2. Materno neonatal
 - 1.4.3. Planificación familiar
 - 1.4.4. Atención integral de la adolescente
 - 1.4.5. Prevención y Control de Cáncer Ginecológico
 - 1.4.6. Climaterio
 - 1.4.7. Prevención y Control del VIH y Otras ITS
 - 1.4.8. Prevención y Control de Tuberculosis
 - 1.4.9. Inmunizaciones
 - 1.4.10. Psicoprofilaxis obstétrica
 - 1.4.11. Tamizaje neonatal

1.4.12. Banco de Leche

1.5. Capacitación

1.5.1. Sistema de capacitación personalizada (SICAP)

1.5.2. Sistema de capacitación virtual (SICAV)

1.5.3. Formación de especialistas y subespecialistas en áreas de Gineco

1.5.4. Obstetricia, Neonatología y Anestesiología Obstétrica.

1.6. Investigación

1.7. Telesalud

1.8. Asistencia técnica directa

1.8.1. Apoyo Asistencial:

2.1. Especialidades de apoyo a Gineco Obstetricia y Neonatología

2.1.1. Oftalmología

2.1.2. Odontoestomatología

2.1.3. Cirugía Oncológica

2.1.4. Cardiología

2.1.5. Medicina Interna

2.1.6. Psicología

2.1.7. Endocrinología

2.1.8. Anestesiología

2.1.9. Rehabilitación

3.1. Laboratorio y Patología Clínica

3.1.1. Anatomía Patológica

3.1.2. Laboratorio Clínico

3.1.3. Banco de Sangre

4. Diagnóstico por Imágenes: Ecografía, Radiología
5. Farmacia
6. Nutrición
7. Servicio Social.



Anexo 4

Ficha general de la matriz de datos.

N	CKNROHIS	EDAD	Edad	GI	EC	PROC.	EG	Paridad	Abortos	Tipo P.
1	1431815	13	1	5	1	5	1	1	0	1
2	1431689	13	1	5	1	3	2	1	0	1
3	1432198	13	1	5	1	50	2	1	0	1
4	1423376	13	1	5	1	1	2	1	0	1
5	1429116	14	2	2	1	14	2	1	0	2
6	1413407	14	2	5	1	1	2	1	0	2
7	1421888	14	2	5	1	50	2	1	0	2
8	1425599	14	2	2	3	50	2	1	0	1
9	1425673	14	2	2	1	1	2	1	1	1
10	1426224	15	2	5	3	3	1	1	0	2
11	1426285	15	2	5	1	50	2	1	0	1
12	1426896	15	2	5	1	2	2	1	0	2
13	1424868	15	2	2	1	5	2	1	0	1
14	1427749	15	2	2	3	1	2	1	0	1
15	1430235	15	2	5	1	5	2	1	0	1
16	1426755	15	2	5	3	1	2	1	0	1
17	1431544	15	2	5	1	1	2	1	0	2
18	1432280	15	2	5	1	5	2	1	0	1
19	1425077	15	2	5	1	1	2	1	0	1
20	1432391	15	2	5	1	1	2	1	0	2
21	1426603	15	2	5	3	4	2	1	0	1
22	1433657	15	2	5	3	4	2	1	0	2
23	1424434	16	2	5	3	1	2	1	0	1
24	1422055	16	2	5	1	1	1	1	0	1
25	1425107	16	2	5	3	1	2	1	0	1
26	1418105	16	2	5	3	1	2	1	0	1
27	1425946	16	2	5	1	3	2	1	0	1
28	1425985	16	2	5	1	50	1	1	0	2
29	1425389	16	2	5	3	1	2	1	1	2
30	1427206	16	2	2	1	2	2	1	0	1
31	1429143	16	2	5	1	1	2	1	0	2
32	1429564	16	2	2	1	2	2	1	0	1
33	1430106	16	2	5	1	2	2	1	0	1
34	1428848	16	2	5	3	1	2	1	0	1
35	1430489	16	2	5	1	2	2	2	0	1
36	1430525	16	2	5	1	2	2	2	0	1
37	1429702	16	2	5	3	1	2	1	0	1
38	1429496	16	2	2	3	4	2	1	0	2
39	1430745	16	2	2	1	1	2	2	0	1
40	1431488	16	2	5	1	50	2	2	0	1

Anexo 5

Ficha de datos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	CKNROHIS	PACPAT	PACMAT	PACNAM	FECHA_ING	MADRE_EDAD	TIPO_GESTA	T_GESTAS	T_PARTOS	T_ABORTOS	T_CESAREAS	T_NACVIVOS	T_NACMUERT	T_HIJIVOS	T_HIJMT01S	T_HIJMT01S	PARTOSMULT	RNMENC
750	1406782	PANDURO	RUIZ	VICTORIA	7-jun-20	19	1	1	1	0	0	1	0	1				
751	1406789	PINEDO	VASQUEZ	MARVI ESTRELLA	7-jun-20	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
752	1406796	SERRANO	BLANCO	EVELYN ALEXAN	7-jun-20	19	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
753	1406801	NIEVA	MARQUEZ	ZAORI YAJAIRA	21-nov-20	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
754	1406804	SOTO	DIAZ	IMASUMAC LEA	7-jun-20	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
755	1406823	MEDRANO	QUISPE	YOHANA MASHC	7-jun-20	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
756	1406835	ACUÑA	RELUZ	ESTEFANIA NICO	8-jun-20	18	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
757	1406895	UCANCIAL	CARRASCO	MILAGROS Del F	28-jul-20	19	2	1	1	0	0	1	0					
758	1406910	FLORES	RIOJAS	NARDA ADAMAF	9-jun-20	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
759	1406914	RIOJAS	SUCLUPE	ELIZABETH ESMK	9-jun-20	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
760	1406934	SAMAN	ORTIZ	MARIA CRISTINA	9-jun-20	19	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
761	1406951	CHUQUILLANQ	NOVOA	MARIA Yuliana I	24-jun-20	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
762	1406965	MONTALVO	BERECHE	KADELIS IZUMI	9-jun-20	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
763	1407039	PARIONA	RICALDI	GABRIELA ANDR	10-jun-20	19	2	1		1								
764	1407061	SALAS	YSIDRO	KRISTY MASSIEL	6-ago-20	17	1	1		1					0		1	1
765	1407099	CORDOVA	RANGEL	KARELIS PAOLA	14-ago-20	18	1	1		1		0		0			1	1
766	1407102	FLORES	NAPAN	NICOL CATHERIN	11-jun-20	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
767	1407108	SOSA	ALVARADO	GIANINA JOSSY	25-oct-20	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
768	1407116	RUIZ	RODRIGUEZ	YULIMAR	7-jul-20	19	2	1			1	1		1				
769	1407243	TORRES	AJON	ESTRELLITA CELE	16-jul-20	19	2	1		1								
770	1407246	LOPEZ	RUBEN	GIGI KEILA	12-jun-20	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
771	1407247	ESCALONA	LEAL	KIMBERLY CORC	13-jun-20	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
772																		

Base_2020(Estudio)

Base_2021(Estudio)

Varia_Adicio

DefinicionVariables

Hoja6

Anexo 6

Ficha de datos 2021

Microsoft Outlook (anterior) x Correo: ANA MARÍA PAUCAR A x 15_01_TESIS WORD (1).pdf x Solicitud Nota Informativa 23-1 x +

mail.google.com/mail/u/0/#search/MARIO/FMfcgzGwHpPFNPhNvDBrhbsdXXpkcbbX?projector=1&messagePartId=0.1

GO(2020-2021)(Adolescentes)(Grupos_edad_etc).xlsx Abrir con ▾

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	CKNROHIS	PACPAT	PACMAT	PACNAM	FECHA_ING	MADRE_EDAD	TIPO_GESTA	T_GESTAS	T_PARTOS	T_ABORTOS	T_CESAREAS	T_NACVIVOS	T_NACMUERT	T_HIJUVIVOS	T_HIJMTD1S	T_HIJMTD1S	PARTOSMULT	RNMENC
2	1259142	MONTES	BARDALEZ	ANGELINE ARIAT	28-dic-20	19	2	1			1	1		1				
3	1411721	AGUILAR		SUSEJ Orlana	7-ene-21	17	1	1	1			1		1				1
4	1418105	APAESTEGUI	ORE	LUZ MARIA	26-ene-21	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	1418815	ARIMUYA	PEZO	CINTHIA	6-ene-21	19	2	1			1	1		1				
6	1419693	WOOLCOTT	SANTOS	RUTH ESTHER	19-ene-21	19	2	1		1								
7	1421888	HUANCA	QUISPE	MARIELA YBANA	16-ene-21	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	1422055	VALENCIA	SALAZAR	XIOMARA Estef	13-ene-21	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1423376	ARELLANO	CALLAN	MARIA FERNAN	29-dic-20	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1423478	DORANTE	FIGUEROA	LAURA VALENTI	30-dic-20	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	1423502	RENDON	MEZA	YANEYT SOLEDA	30-dic-20	19	1	1		1								
12	1423679	FERNANDEZ	NUÑEZ	IORELA DANITZ	3-ene-21	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	1423705	ALVAREZ	SANCHEZ	LISBETH ESMERA	3-ene-21	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1423851	CARO	POMPA	NAYELI YUDITH	5-ene-21	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1424063	ROJAS	TAFUR	JHOSELIN YASUF	8-ene-21	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1424195	OYARSE	PAREDES	ANGIE VALERIA	15-ene-21	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	1424198	MENDOZA	NAVARRO	JACQUELINE GR	12-ene-21	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1424219	GARCIA	REYES	LEYDY DIANA	9-ene-21	19	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
19	1424237	LOZANO	MOZOMBITE	GINA	22-ene-21	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1424328	TORRES	MORI	MARICIOLO	15-ene-21	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1424399	CELEDONIO	URBANO	MAISE DESIRE	12-ene-21	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	1424434	RIVEROS	CALDERON	LORENA MEDAL	13-ene-21	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	1424437	ADARMES	CASTRO	MILEIDYS NAYEL	13-ene-21	18	1	1		1								
24	1424445	ALATA	HERMOZA	MILAGROS GUA	13-ene-21	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Base_2020(Estudio) Base_2021(Estudio) Varía_Adicio DefinicionVariables Hoja6

21°C Mayorm. soleado 07:04 30/01/2025

Anexo 7

Aprobación ética en el INMP

 **PERÚ** Ministerio de Salud
Vicepresidencia de Políticas y Atención en Salud Instituto Nacional Materno Perinatal

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO

HETG 23-17721-1

Lima, 30 de octubre de 2023

CARTA N°0179-2023-DG-N°0152-OEAIDE-INMP

Señora Alumna
ANA MARIA PAUCAR ARAMBURÚ
Investigadora Principal
Universidad Católica de Santa María
Presente -

RECIBIDO
02 NOV. 2023
09:36

Asunto: Aprobación del Proyecto de Investigación Transversal Descriptivo

De nuestra consideración:

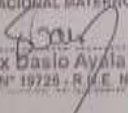
Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: **"CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LA PANDEMIA 2020-2021. LIMA PERÚ"**, cuyo estudio es de tipo transversal descriptivo; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en la Investigación, así como también por el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 26 de OCTUBRE de 2024.

En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad de la investigadora principal.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,

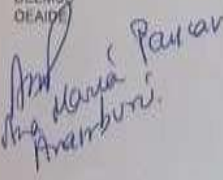
 **L. MEZA**

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Mg. Félix Dasio Ayala Peralt
C.M.P. N° 19725 - R.U.E. N° 9175

RECIBIDO
02 NOV. 2023
9:38

FDAP/ofc
S.C.
• DEOG
• DEN

• DEEMSC
• OEAIDE


Ana Maria Paucar Aramburu

RECIBIDO
02 NOV. 2023
9:40

www.ienmp.gob.pe

Jr. Santa Rosa N°941
Cercado de Lima, Lima 1, Perú
(511) 328 0998
direcciongeneral@ienmp.gob.pe