



R E V I S T A M É D I C A PANACEA

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

p-ISSN 2223-2893

e-ISSN 2225-6989

VOLUMEN 13 NÚMERO 1

PUBLICACION CUATRIMESTRAL

ENERO - ABRIL

2024

ARTÍCULO ORIGINAL:

Análisis de las características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas, atendidas en un Hospital General de Ica, Perú

Analysis of the clinical-epidemiological characteristics of pregnant adolescents treated at a General Hospital in Ica, Peru

AUTOR:

Jorge Ybaseta Medina

Jesús Meza León

Elizabeth Morales Bellido

Mayli M. Condori Orosco

Rosa G. Cornejo Chacaltana

REVISTAS.UNICA.EDU.PE

INDEXADA EN:



Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



Análisis de las características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas, atendidas en un Hospital General de Ica, Perú

Analysis of the clinical-epidemiological characteristics of pregnant adolescents treated at a General Hospital in Ica, Peru

Ybaseta-Medina Jorge¹, Meza-León Jesús², Morales-Bellido Elizabeth³, Condori-Orosco Mayli M.⁴, Cornejo-Chacaltana Rosa G.⁵

1. Médico Ginecólogo-Obstetra. Hospital Santa María del Socorro de Ica, Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0003-1224-1357>
2. Médico Ginecólogo-Obstetra. Hospital Regional de Ica, Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-1633-7252>
3. Médico Ginecólogo-Obstetra. Hospital Santa María del Socorro de Ica, Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0001-7496-2905>
4. Estudiante de Medicina Humana. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0003-1218-0881>
5. Estudiante de Medicina Humana. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú. <https://orcid.org/0009-0005-3050-4159>

DOI: .

Correspondencia:

Nombre: Jorge Ybaseta Medina
Dirección: Urbanización Villa del Médico B-7, Ica, Perú.
Teléfono: (+51) 956747941
Correo electrónico: jorgeybaseta@gmail.com

Contribuciones de autoría:

Camacho Conchucos.
JYM, JML y EMB: Diseño del estudio, análisis, redacción, revisión crítica del manuscrito y aprobación final del manuscrito.
MCO y RCCH: Recolección de datos, búsqueda de información bibliográfica, análisis.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Cómo citar:

Ybaseta-Medina Jorge, Meza-León Jesús, Morales-Bellido Elizabeth, Condori-Orosco Mayli M., Cornejo-Chacaltana Rosa G. Análisis retrospectivo de las características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas, atendidas en un Hospital General de Ica, Perú. Rev méd panacea 2024;13(1):8-20. DOI: .

Recibido: 24 - 01 - 2024
Aceptado: 08 - 02 - 2024
Publicado: 12 - 04 - 2024

RESUMEN

Introducción: aproximadamente la décima parte de todos los nacimientos ocurren en mujeres adolescentes y más del 90% son en países en desarrollo. En Perú se describen factores sociodemográficos y sanitarios a nivel individual y territorial asociados al embarazo adolescente. El objetivo del estudio fue identificar la proporción y las características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro. **Métodos:** estudio descriptivo, analítico, transversal y prospectivo. La muestra de tipo censal fue de 198 que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Los criterios de inclusión correspondieron a toda adolescente embarazada que asistió a su control prenatal. Se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Análisis estadístico se realizó con el programa EPIINFO Versión 7.0.9.34 (CDC, Atlanta, EUA). **Resultados:** las gestantes adolescentes presentan una edad promedio de 17 años, e inicio de las relaciones sexuales a los 15 años, 84% tiene educación secundaria, el 64% procede del área rural y el 33.3% del distrito de Ica. El 57,6 utiliza métodos de planificación familiar. **Discusión:** las adolescentes de zonas rurales tienen más probabilidades de iniciar la maternidad que las adolescentes de zonas urbanas. Esto podría deberse a la falta de oportunidades educativas, la pobreza y el acceso limitado a los servicios de salud. Existe acceso a planificación familiar, sin embargo hay gestación por falla de método, probablemente por incumplimiento de indicaciones médicas. El estudio puede ayudar a los formuladores de políticas y a los funcionarios de salud a diseñar intervenciones para prevenir el embarazo en adolescentes. **Palabras clave:** adolescentes, proporción, características, embarazo en adolescencia, salud reproductiva, Perú.

ABSTRACT

Introduction: approximately one tenth of all births occur in adolescent women and more than 90% are in developing countries. In Peru, sociodemographic and health factors associated with adolescent pregnancy are described at the individual and territorial levels. The aim of the study was to identify the proportion and clinical-epidemiological characteristics of pregnant adolescents attended at the Hospital Santa María del Socorro. **Methods:** descriptive, analytical, cross-sectional and prospective study. The census sample consisted of 198 women who met the eligibility criteria. Inclusion criteria corresponded to all pregnant adolescents who attended prenatal care. A questionnaire with open and closed questions was applied. Statistical analysis was performed with the EPIINFO Version 7.0.9.34 program (CDC, Atlanta, USA). **Results:** the average age of the adolescent pregnant women was 17 years, and they started sexual relations at 15 years of age. 84% had secondary education, 64% were from rural areas and 33.3% were from the district of Ica. 57.6% used contraceptive methods. A total of 46.5% use family planning methods. **Discussion:** Adolescent girls in rural areas are more likely to initiate motherhood than adolescent girls in urban areas. This could be due to a lack of educational opportunities, poverty, and limited access to health services. There is access to family planning, however, there is pregnancy due to a failure of method, probably due to non-compliance with medical indications. The study can help policymakers and health officials design intervening. **Key words:** adolescents, proportion, characteristics, adolescent pregnancy, reproductive health, Perú

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, (OMS), define la adolescencia de la siguiente manera: "La Adolescencia es la etapa de la vida del ser humano que transcurre entre los 10 y 19 años (1,2,3), puede dividirse en adolescencia temprana de los 10 a los 14 años y tardía de los 15 a los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios periodo en que niños y niñas experimentan cambios significativos en maduración sexual, crecimiento y desarrollo físico, composición corporal, psicológicos y sociales" (1,4).

Los 1.200 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años en todo el mundo constituyen 16% de la población mundial, la mayoría (86%) de los adolescentes viven en países en desarrollo. Cuando tienen 19 años, la mitad de Las adolescentes de los países en desarrollo son sexualmente activas, alrededor del 40%. están casados y cerca del 20% tienen hijos (4).

Según la OMS, 16 millones de madres adolescentes dan a luz anualmente y nueve de cada diez nacimientos de adolescentes pertenecen a países de ingresos bajos y medianos⁵. La tasa de natalidad adolescente es más baja en Japón y Dinamarca, mientras que las tasas más altas se encuentran en Nigeria y la República del Congo (6).

El embarazo en la adolescencia se ha asociado con un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo, como parto prematuro, bajo peso al nacer (BPN), muerte perinatal, parto obstruido y muertes maternas. Sin embargo, la evidencia sigue siendo controvertida; La medida en que las asociaciones observadas fueron causadas por la inmadurez biológica de las madres adolescentes, o fueron confundidas por sus condiciones socioeconómicas frecuentemente pobres y la falta de atención médica, sigue siendo un tema de debate (7,8,9).

Se evidencia, el embarazo en la etapa de la adolescencia es uno de los problemas de salud pública más frecuentes y que va en aumento en gran parte de América Latina, incluido el Perú (10). Es por ello, que esta situación se considera como un factor de alto riesgo obstétrico (ARO), ya que las mujeres embarazadas, a medida que menor edad tienen más probabilidades de presentar complicaciones, incrementando la morbimortalidad en esta población (11). La gestación en adolescentes no solo es un problema de salud pública y violación de derechos humanos, si no, que va acompañado de repercusiones psicológicas, sociales y económicas, constituyendo barreras para el desarrollo integral de las adolescentes. Las adolescentes carecen de madurez reproductiva y dependen de la familia, cuyo contexto se relaciona estrechamente con pobreza y exclusión, cerca de 30% de adolescentes de 10 a 19 años viven en pobreza en el Perú (10).

Así mismo dentro de las complicaciones físicas o emocionales entre ellas destaca la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico, así como la inmadurez del sistema inmunológico materno, el inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria, además de la inapropiada estructura ósea materna que, entre otros, constituyen un alto riesgo no solo para la madre (7,11).

En el Perú el tiempo de iniciación sexual según la información del Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2022) la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres fue más temprana en el área rural (17,6 años) que en el área urbana (18,5 años). Según región natural, las mujeres residentes en la selva inician su actividad sexual a una edad más temprana (17,0 años) (10,12). Del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 9,2% estuvieron alguna vez embarazadas, de las cuales el 7,5% ya eran madres y 1,7% estaban gestando por primera vez (13).

El embarazo adolescente se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad materna, así como con un mal pronóstico neonatal, especialmente en países en desarrollo como el nuestro. Estos embarazos acarrear problemas psicológicos, sociales, económicos y frustración del desarrollo de la mujer, por lo que es importante conocer la realidad de nuestra localidad y nuestro Hospital. A partir de todo lo mencionado, se están ejecutando los programas específicos del Ministerio de Salud (MINSa) para así revertir todos los problemas que un embarazo adolescente conlleva.

La importancia de la salud de los adolescentes ha aumentado aún más debido a que la población de personas de 10 a 24 años es la más grande de la historia, con 1.8 mil millones en 2016. En respuesta, en 2015, las Naciones Unidas (ONU) ampliaron la agenda existente Cada Mujer, Cada Niño para incluir a los adolescentes a través de la Estrategia Global para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (14). La Estrategia de organismos gubernamentales y no gubernamentales destacan la necesidad de tener datos de salud sólidos para impulsar la rendición de cuentas. La salud de los adolescentes es tomada en cuenta en 12 de los 232 indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relevantes para la salud, incluidos indicadores asociados con la nutrición, la salud reproductiva, la violencia sexual y de pareja, el matrimonio infantil, la educación y el empleo. Entre los indicadores más relevantes se incluye la mortalidad y la fecundidad adolescentes como indicadores específicos de adolescentes. trazándose metas dentro de los ODS para el 2030 (14).

Varios estudios han demostrado que el alto nivel de morbilidad y mortalidad materna y perinatal puede reducirse al disminuir la alta tasa de embarazo adolescente en los países en desarrollo. En consecuencia, reducir la alta tasa de embarazo adolescente y la mortalidad materna se considera uno de los principales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), meta 3.1 y 3.7 (15).

En el Perú mediante el análisis exploratorio se encontró que la frecuencia de embarazo entre mujeres de 10 a 19 años osciló en un rango de 4,5% y 11,7%. Los departamentos de la región geográfica de la Selva fueron los que presentaron cifras más altas de prevalencia de embarazo adolescente (16).

El estudio se justifica por tratarse de un problema sanitario internacional, que requiere conocer exactamente las características propias de las adolescentes que se atienden en el Hospital Santa María del Socorro y así sustentar con evidencias científicas para el mejoramiento de las estrategias de atención preconcepcional, materna y perinatal desde un enfoque intersectorial de salud reproductiva.

En síntesis, en los contextos estudiados se observa que la adolescencia es una categoría variable y a su vez flexible, dinámica y compleja, tanto por las definiciones socioculturales y etarias propias de cada lugar, como por factores influyentes, como las uniones tempranas y el embarazo, que se superponen por encima de elementos fisiológicos y de maduración emocional (4).

Consideramos que con este estudio se contribuirá en el desarrollo y/o aplicación de políticas públicas necesarias para la implementación de programas de prevención del embarazo en adolescentes orientando a la participación social de la adolescente y a mejorar la calidad de vida a través de la posposición de un embarazo temprano. es imprescindible la presente investigación.

En el estudio se incluyó, un examen de prevalencia, factores socioculturales, económicos y ambientales que afectan el embarazo adolescente. Siendo el objetivo del estudio Identificar la proporción y las características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, del 01 de abril a 30 de noviembre del 2023.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

Tipo y Diseño de Investigación

Tipo de estudio: observacional se enmarca como un estudio epidemiológico observacional, descriptivo – transversal.

Universo

Corresponderá a toda adolescente en edad reproductiva que pertenezca a la población atendida en el Hospital Santa María del Socorro desde el 01 de abril a 30 de noviembre de 2023.

Muestra

Corresponderá a toda adolescente embarazada que asista a su control prenatal al Hospital Santa María del Socorro del 01 de abril a 30 de noviembre de 2023.

Cálculo de la muestra

Tomando en cuenta que en el año 2022 en el Hospital Santa María del Socorro hubo 2226 atenciones de partos, siendo un total de 278 partos que corresponden a edades de 12 a 19 años según el libro de reportes de sala de partos.

El estudio tendrá una duración de 8 meses, siendo la suma de partos en adolescentes en los primeros ocho meses del año 2022 fue de 152.

Tipo de muestreo

Se desarrolló un muestreo No Probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta la totalidad de adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital Santa María del Socorro del 01 de abril a 31 de noviembre de 2023.

Unidad de Análisis

Correspondió a la totalidad de adolescentes embarazadas que asistieron a su control prenatal del Hospital Santa María del Socorro del 01 de abril a 31 de noviembre de 2023.

Criterios de Inclusión

Correspondió a toda adolescente con una edad entre 10 a 19 años que tenga una prueba de embarazo positiva (test de embarazo positivo) o diagnóstico de embarazo por ultrasonografía (USG) o que se evidenció por evaluación clínica durante su control prenatal el embarazo de la paciente atendida por un ginecólogo en el Hospital Santa María del Socorro del 01 de abril a 31 de noviembre de 2023.

Criterios de Exclusión

Retraso mental u otra discapacidad de tipo mental y que no brinde su consentimiento para participar en el estudio.

Técnicas y Procedimientos de Recolección de la Información

Se utilizó como fuente primaria de datos a toda adolescente embarazada que acudió a su atención de embarazo ya sea sola o en compañía de su padre ó madre cuando es menor de edad, complementando la información con los datos consignados en su expediente clínico.

A toda adolescente con embarazo que acudió al Hospital Santa María del Socorro de Ica se le aplicó una encuesta estructurada con preguntas cerradas (abiertas en algunos casos), se investigó datos generales sobre edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia, religión, etc.; antecedentes gineco-obstétricos (menarquía, número de compañeros, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar) y antecedentes personales patológicos (enfermedades previas, consumo de alcohol, tabaco, drogas).

Dicha encuesta permitió conocer información sobre patologías frecuentes que presentan las adolescentes embarazadas (infecciones del tracto urinario, anemia, hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, edema de miembros inferiores, sangrado, presión arterial

alta, presión arterial baja), así como también antecedentes familiares patológicos (enfermedades crónicas, violencia).

Es importante aclarar que el instrumento de recolección de la información fue sometido a una prueba de validación como control de calidad para ajustar preguntas inconsistentes o de difícil comprensión por parte de las participantes.

Plan de Tabulación y Análisis

La información recolectada fue ingresada en una base de datos que se creó usando el paquete estadístico EPIINFO Versión 7.0. 9.34 (CDC, Atlanta EUA).

Se hizo limpieza de las bases de datos para revisar inconsistencias, valores fuera de rango y otros errores de digitación o de colección de datos.

El análisis consistió en construcción de frecuencias simples de las variables y análisis univariado y bivariado; cuando se aplicó pruebas estadísticas como Chi cuadrado para comparación de proporciones y t-Student para comparación de medias a fin de establecer significancia estadística.

Recogida de datos

Los datos sociodemográficos se obtuvieron a través de una entrevista cara a cara a las madres, en el momento de la consulta prenatal, mediante un cuestionario estructurado. Los cuestionarios fueron realizados en idioma nacional. Los investigadores ginecólogos ejecutaron y fueron responsables de todas las actividades principales como: 1) obtención del consentimiento e inscripción de los participantes, 2) recopilación de datos de las tarjetas prenatales más registros clínicos maternos 3) entrevistas cara a cara y 4) entrada de datos en la base de datos.

Supervisión del Estudio

Se programaron Talleres de capacitación para los ginecólogos y estudiantes que participaron en la investigación, donde se brindarán los detalles metodológicos del estudio, se realizó supervisión de campo a los ginecólogos que participaron en el estudio y atendieron a las embarazadas adolescentes.

Aspectos éticos

El presente fue sometido a dictamen del Comité de Ética en Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica el mismo que fue informado al vicerrectorado de investigación de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga y además se pidió en el establecimiento de salud la autorización del director de dicho hospital, aunque la información que se recabó forma parte de los datos que se piden en la historia clínica materna.

Para proceder a la recolección de la información, se le pidió a cada adolescente embarazada la aprobación mediante el consentimiento informado posterior a la explicación del propósito del estudio, procedimientos, beneficios y riesgos de participar en el mismo dejando una copia del consentimiento a la participante una vez que este sea obtenido.

Asimismo, se garantizó que los procedimientos de este estudio en la recolección de la información se apegaron a lo descrito en el presente protocolo y que los resultados se dan a conocer con exactitud y apego a los hallazgos del proyecto. En caso de encontrar alguna complicación ginecológica u obstétrica la paciente se quedará en observación o se internará en el hospital donde reciba la atención.

Dificultades metodológicas

Se consideró como una dificultad del estudio la poca asistencia de embarazadas adolescentes al hospital cuando los investigadores del estudio les tocaba trabajar en el consultorio de obstetricia para la atención de las adolescentes en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

RESULTADOS

En el Hospital donde se desarrolló el estudio existe un promedio 2450 nacimientos en los últimos 3 años de las cuales el 12.2% corresponde a madres adolescentes.

Las gestantes adolescentes exhiben una edad media de 17 años, situándose mayoritariamente en la adolescencia tardía (53.5%). Desde la perspectiva sociodemográfica, la mayoría de estas gestantes ha culminado la educación secundaria (84.3%). En términos de estado civil, se observa que la gran mayoría de ellas es conviviente (54.6%), mientras que un considerable porcentaje también se encuentra en la categoría de soltera (42.9%). Con respecto a los estudios académicos, el 52% aún se encuentra en la etapa estudiantil, mientras que otro considerable porcentaje, el 43.9%, desempeña roles como amas de casa. En cuanto a la procedencia, destaca que la mayoría proviene de áreas rurales, representando un 64.7%. Por otro lado, el 35.4% tiene origen en áreas urbanas. Al examinar el distrito de procedencia, se evidencia una notable diversidad geográfica, aunque se observa una concentración significativa en el distrito de Ica, alcanzando un 33.3%. (Tabla 1.)

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas		
	n=198	%
Edad	17 [12 – 19]*	
Adolescencia Temprana	9	4,6
Adolescencia media	83	41,9
Adolescencia tardía	106	53,5
Escolaridad		
Primaria	21	10,6
Secundaria	167	84,3
Superior	10	5,1
Estado civil		
Soltera	85	42,9
Conviviente	108	54,6
Casada	5	2,5
Ocupación		
Estudiante	103	52,0
Ama de casa	87	43,9
Con trabajo	7	3,5
Ninguno	1	0,5
Procedencia		
Urbano	70	35,4
Rural	128	64,7
Distrito de procedencia	n= 198	%
Ica	66	33,3
Salas Guadalupe	26	13,1
Santiago	16	8,1
Subtanjalla	13	6,6
Parcona	11	5,6
Nazca	11	5,6
Tinguiña	9	4,6
Los Aquijes	9	4,6
Ocucaje	9	4,6
San Juan Bautista	6	3,0
Pachacútec	5	2,5
Santa Rosa de los Molinos	5	2,5
Tate	5	2,5
Pueblo Nuevo	4	2,0
Yauca del Rosario	3	1,5

* mediana y rango

Las gestantes adolescentes el 87.9% no tiene antecedentes patológicos, el 93.9% no consume tabaco, el 79.3% no consumen alcohol, el 99.5% no consume drogas y el 90.9% no ha sufrido o sufre de violencia por parte de su pareja o familia. (Tabla 2.)

Las gestantes adolescentes el 87.9% no tiene antecedentes patológicos, el 93.9% no consume tabaco, el 79.3% no consumen alcohol, el 99.5% no consume drogas y el 90.9% no ha sufrido o sufre de violencia por parte de su pareja o familia. (Tabla 2.)

Tabla 2. Antecedentes patológicos personales.

Tabla 2. Antecedentes patológicos personales		
	n=198	%
Enfermedades anteriores		
No	174	87,9
Si	24	12,1
Consumo de tabaco		
No	186	93,9
Una vez al mes	5	2,5
Una vez a la semana	3	1,5
Fines de semana	4	2,0
Consumo de alcohol		
No	157	79,3
Una vez al mes	31	15,7
Una vez a la semana	5	2,5
Fines de semana	5	2,5
Consumo de drogas		
No	197	99,5
Si	1	0,5
Violencia familiar		
No	180	90,9
Si	18	9,1

Las manifestaciones clínicas que refieren las gestantes adolescentes son: 13.1% edemas de miembros inferiores, 8.1% sangrado vaginal, 1.5% aumento de presión arterial y 0.5% de baja de presión arterial. (Tabla 3.)

Tabla 3. Manifestaciones clínicas.

Tabla 3. Manifestaciones clínicas		
	n=198	%
Edema de miembros inferiores		
No	172	86,9
Si	26	13,1
Sangrado vaginal		
No	182	91,9
Si	16	8,1
Aumento de presión arterial		
No	195	98,5
Si	3	1,5
Baja de presión arterial		
No	197	99,5
Si	1	0,5

La familia de las gestantes adolescente tiene el 7.1% como antecedente hipertensión arterial, el 16.2% diabetes y el 5.1 % otras enfermedades. (Tabla 4.)

Tabla 4. Antecedentes familiares patológicos

Tabla 4. Antecedentes familiares patológicos		
	n=198	%
Hipertensión arterial		
No	184	92,9
Si	14	7,1
Diabetes		
No	166	83,8
Si	32	16,2
Otras enfermedades		
No	188	95,0
Si	10	5,1

Las gestantes adolescentes inician la menarquia a los 12 años de edad siendo el rango entre 11 y 13 años, las relaciones sexuales a los 15 años en un rango entre 14 y 16 años, el 46.5% ha presentado infección de transmisión sexual y el 57,6% tiene acceso al servicio de planificación familiar. (Tabla 5.)

Tabla 5. Antecedentes gineco-obstétricos

Tabla 5. Antecedentes gineco-obstétricos		
	n=198	%
Menarquia	12 [11 – 13]*	
Inicio de relaciones sexuales	15 [14 – 16]*	
Infección de transmisión sexual		
No	106	53,5
Si	92	46,5
Planificación familiar		
No	84	42,4
Si	114	57,6
* mediana y rango		

Los resultados indican notables disparidades entre áreas urbanas y rurales. En el distrito de Ica, se observa que el 57.1% de las gestantes adolescentes provienen de zonas urbanas, mientras que solo el 20.3% tiene origen en áreas rurales, representando el 33.3% del total.

Los resultados sobre planificación familiar revelan datos esenciales sobre las prácticas contraceptivas entre las gestantes adolescentes. De manera específica, el 62.9% de las adolescentes en el grupo de áreas urbanas indica utilizar métodos de planificación familiar, mientras que el 37.1% no lo hace. Por otro lado, en las áreas rurales, el escenario es diferente, con un 48.4% de las gestantes adolescentes empleando métodos de planificación y un 51.6% que no lo hace. El análisis conjunto muestra que el 53.5% de todas las gestantes adolescentes encuestadas no utiliza métodos de planificación familiar, mientras que el 46.5% si lo hace. (Tabla 6.)

Tabla 6. Gestantes adolescentes según distrito y procedencia.

Tabla 6. Gestantes adolescentes según distrito y procedencia							p
Distrito	Urbano		Rural		Total		
	n=70	%	n=128	%	n=198	%	
Ica	40	57,1	26	20,3	66	33,3	0,001
Tinguíña	2	2,9	7	5,5	9	4,5	
Los Aquijes	1	1,4	8	6,3	9	4,5	
Ocucaje	2	2,9	7	5,5	9	4,5	
Pachacútec	1	1,4	4	3,1	5	2,5	
Parcona	3	4,3	8	6,3	11	5,6	
Pueblo Nuevo	2	2,9	2	1,6	4	2,0	
Salas Guadalupe	4	5,7	22	17,2	26	13,1	
Santa Rosa de los Molinos	3	4,3	2	1,6	5	2,5	
San Juan Bautista	2	2,9	4	3,1	6	3,0	
Santiago	4	5,7	12	9,4	16	8,1	
Subtanjalla	2	2,9	11	8,6	13	6,6	
Tate	2	2,9	3	2,3	5	2,5	
Yauca del Rosario	1	1,4	2	1,6	3	1,5	
Nazca	1	1,4	10	7,8	11	5,6	
Planificación familiar							
No	44	62,9	62	48,4	106	53,5	
Si	26	37,1	66	51,6	92	46,5	
*prueba exacta de Fisher							

DISCUSIÓN

La frecuencia de embarazo adolescentes en el Perú para el 2020 según ENDES fue de 12.6% siendo superior a los países desarrollados (16), en el Hospital donde se desarrolló el estudio existe un promedio 2450 nacimientos en los últimos 3 años de las cuales el 12.2% pertenecen a embarazos en adolescentes cifra que es mayor a lo reportado por ENDES el 2020(16,17), constituyéndose un problema en el sector salud por que esta población implica un mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales (17).

En esta investigación se identificó la proporción y las características clínico-epidemiológicas de adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, del 01 de abril a 30 de noviembre del 2023.

Los hallazgos de este estudio muestran un total de 198 adolescentes gestantes, respecto a las características sociodemográficas resalta que la mayoría se encuentra en la etapa media y tardía de la adolescencia con una edad promedio de 17 años, así mismo un gran porcentaje proceden del área rural. Sobre los antecedentes gineco-obstétricos resalta que la mayoría de las adolescentes afirmaron haber utilizado algún método de planificación familiar sin embargo hay gestación por falla de método, o probablemente por incumplimiento de indicaciones médicas. También se reportó que un gran porcentaje de las adolescentes embarazadas han tenido una infección de transmisión sexual (ITS) lo cual puede representar un riesgo significativo durante el embarazo tanto para la madre como para el feto. Los distritos de Ica y Salas Guadalupe reportaron un porcentaje significativo de gestantes adolescentes de áreas rurales.

Características sociodemográficas

Respecto a las características sociodemográficas en este trabajo la población de estudio estaba constituida mayoritariamente por adolescentes embarazadas de edad promedio 17 años, un alto porcentaje (94%) de ellas se encuentran en las etapas media y tardía de la adolescencia, ya que este grupo de edad tiene el mayor número de adolescentes sexualmente activos. Estos resultados son consistentes con un estudio previo realizado por Zamudio Raya y colaboradores en México, donde el 98.6% de las adolescentes estudiadas se encontraba en adolescencia tardía (15-19 años) (18). Además, la información recopilada coincide con el informe del 2023 del CNV-MINSA, que indica un aumento en el número de recién nacidos vivos entre adolescentes de 15 a 19 años (19). A demás en nuestro país según ENDES, 2017 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez (20). Estos hallazgos sugieren una tendencia similar en diferentes contextos geográficos, destacando la prevalencia de embarazos en la adolescencia tardía y resaltando la relevancia de abordar este fenómeno desde una perspectiva de salud pública.

La educación es un factor protector frente al riesgo de embarazo en adolescentes. A mayor nivel educativo menores posibilidades de embarazo. En el Perú, actualmente existen barreras para el acceso a la educación sexual integral en la educación básica regular, lo cual limita a las adolescentes a disponer de información y las convierte en un grupo vulnerable (20). Los resultados obtenidos sobre el grado de instrucción en este estudio revelan que un alto porcentaje (84%) de estas adolescentes tienen un nivel educativo de secundaria, la mayoría de las adolescentes gestantes aún continúan sus estudios secundarios, pero otro gran porcentaje son amas de casa y en su mayoría tienen pareja. Asimismo, estudios previos realizados en poblaciones similares como el de los autores Pasquel S., y Tenazoa K. donde dentro de los factores sociodemográficos de las adolescentes destaca que el 51.7% son convivientes, el 65.5%, han tenido nivel secundario (21). Es una situación común que las adolescentes que están estudiando y quedan embarazadas tiendan a interrumpir sus estudios, y, posterior al parto, solo un número reducido de ellas regresa a la escuela. Este hecho nos plantea preguntas sobre la efectividad de los programas educativos existentes en la transmisión de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, además que existen barreras culturales y sociales que impiden que tal información sea recibida de manera efectiva.

Antecedentes patológicos personales

Sobre los antecedentes patológicos personales nuestros resultados muestran que las adolescentes encuestadas tienen un bajo porcentaje de consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Estos resultados son similares al estudio realizado en México por Zamudio Raya y colaboradores, donde la mayoría de las pacientes encuestadas no consumía drogas legales o ilegales (58%). Así mismo otro estudio realizado en Eslovaquia por Jana Diabelková y colaboradores, donde el consumo de alcohol durante el embarazo fue relativamente bajo (0,6%) y los datos sobre el consumo de alcohol no fueron estadísticamente significativos (22). La baja incidencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas podría tener implicaciones positivas para la salud materno-fetal, pero es importante considerar que estos resultados son específicos de la población estudiada y no deben generalizarse sin considerar las particularidades de cada contexto.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo se asocia con un mayor riesgo de complicaciones, como retraso en el crecimiento, malformaciones congénitas y bajo peso al nacer, lo que afecta la salud del neonato. Además, las adolescentes embarazadas se enfrentan a una mayor morbilidad, con prevalencia de anemia, infección urinaria, rotura prematura de membranas y partos pretérmino, lo que resalta la importancia de abordar estos factores de riesgo de manera integral para prevenir y mitigar sus efectos en la salud de las adolescentes y sus hijos (23).

El embarazo en adolescentes se asocia con diversos factores de riesgo, incluyendo la violencia familiar, los antecedentes de hábitos tóxicos y las manifestaciones clínicas, los cuales pueden tener un impacto significativo en la salud de las gestantes y sus hijos. Estudios han demostrado que la violencia en el hogar contribuye como un factor importante para el incremento de embarazos en adolescentes, con altas prevalencias de violencia emocional, física y sexual en este grupo (24). Sin embargo, en nuestro estudio se refleja un alto porcentaje (90.9%) de adolescentes que reportan no haber sufrido o sufrir de violencia por parte de su pareja o familia.

Manifestaciones clínicas

En nuestro estudio se halló respecto a las manifestaciones clínicas que la mayoría de las participantes (86.9%) no experimentan edema en los miembros inferiores, sugiriendo una prevalencia relativamente baja de este síntoma entre la población estudiada. Por otro lado, el sangrado vaginal se presenta en un 8.1% de las gestantes adolescentes, indicando que esta manifestación clínica es menos común pero aún relevante en un segmento significativo de la muestra. Según el sitio web de Children's Hospital Colorado menciona que el sangrado vaginal en adolescentes puede ser una señal de problemas graves, como el aborto espontáneo, y que puede ser relevante en un segmento significativo de la muestra (25).

Es notable que las alteraciones en la presión arterial, ya sea en forma de aumento (1.5%) o disminución (0.5%), son manifestaciones clínicas raras entre las gestantes adolescentes en este estudio. Estos hallazgos podrían indicar que, en términos generales, la hipertensión y la hipotensión no son problemas frecuentes entre estas adolescentes. Sin embargo, estos resultados son notoriamente diferentes al estudio realizado por García-Hermida y colaboradores, quienes hallaron que el 55,17 % de las adolescentes investigadas presentaban al menos una comorbilidad asociada (dato que mostró significación estadística), dentro de las cuales el sobrepeso (50 %), la hipertensión arterial (28,12 %) y la obesidad (18,75 %) edema en miembros inferiores (36,21%) (26). Estos resultados difieren en gran porcentaje de los hallados en nuestro estudio, por lo que consideramos que uno de los factores que influye es que el reporte de las manifestaciones clínicas mencionadas no son porcentajes confiables ya que debido a su edad y al grado de instrucción de las adolescentes no les permite diferenciar con claridad las manifestaciones clínicas que presentan durante su gestación.

Antecedentes familiares patológicos

Según los resultados se observa que el antecedente familiar más frecuente en las gestantes adolescentes es la diabetes mellitus (16,2%). La presencia de antecedentes familiares de diabetes mellitus durante la gestación puede ser un factor relevante a considerar en el cuidado y la monitorización de mujeres embarazadas. Cuando una gestante tiene antecedentes familiares de diabetes, especialmente de tipo 2, existe un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional durante el embarazo (27). Lo cual es importante considerar como factor de riesgo que podría poner en peligro la vida de la madre o el hijo.

Procedencia y Distrito de Origen

El distrito de Ica, Perú, se observa que un porcentaje considerablemente mayor de gestantes adolescentes proviene de zonas urbanas en comparación con las áreas rurales. Además, se evidencia que un menor porcentaje de adolescentes en áreas rurales utiliza métodos de planificación familiar en comparación con las áreas urbanas.

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones que muestran que las adolescentes de áreas rurales tienen un mayor riesgo de embarazo no planificado en comparación con las de áreas urbanas (28).

Asimismo, se ha señalado la importancia de abordar las desigualdades de género y cuestionar los roles tradicionales para disminuir los embarazos no planificados en las adolescentes (29). La influencia de los condicionantes, como la edad y el lugar de nacimiento, se ha relacionado con un mayor impacto en las adolescentes, especialmente en aquellas de áreas rurales.

Este patrón subraya la importancia de considerar las diferencias geográficas al diseñar estrategias de salud reproductiva, reconociendo que las adolescentes en áreas rurales pueden enfrentar desafíos únicos en términos de acceso a servicios de salud y oportunidades educativas.

Planificación Familiar

Los resultados en cuanto al acceso a los servicios de planificación familiar son desalentadores puesto que las gestantes embarazadas del estudio en más de la mitad han tenido acceso al programa de planificación familiar específicamente a método anticonceptivo sin embargo el objetivo de este ha fallado mejor dicho ha habido falla de método probable causa incumplimiento de indicaciones médicas (14).

El estudio también revela que un porcentaje importante de adolescentes embarazadas no tuvieron acceso a los servicios de planificación familiar, se ha observado que el programa tiene para otorgar todo tipo de anticonceptivo incluyendo el implante subdérmico, otros datos estadísticos dan cuenta que, a pesar del aumento del uso de anticonceptivos, muchas mujeres declaran que su último hijo no fue planeado o que quisieron evitar un embarazo o que no practican la anticoncepción (14, 30).

Las mujeres adolescentes a temprana edad sobre todo en países en desarrollo el 12% son sexualmente activas y necesitan uso de anticonceptivos, porque no desean tener hijos y las que han tenido no desean tener otro durante al menos dos años. Otro motivo se da cuando a las adolescentes pueden ser reacias o incapaces de obtener y usar anticonceptivos, porque temen exponer que son sexualmente activas, o porque los proveedores les niegan la atención adecuada, el no uso puede deberse por el temor de tener efectos secundarios, o por tener relaciones sexuales poco frecuentes o porque socialmente es estigmatizado (31).

Otra literatura indica que las adolescentes que viven en países de ingresos bajos y medianos bajos tienen proporcionalmente más necesidades insatisfechas de métodos modernos, en comparación con los adolescentes que viven en países de ingresos medianos altos (31,32,33).

Nuestros resultados sugieren la necesidad de un enfoque integral para la educación y el acceso a la planificación familiar, abordando las diferencias entre áreas urbanas y rurales. El diseño de programas específicos que atiendan las necesidades de cada grupo demográfico podría contribuir a mejorar las tasas de planificación familiar y, por ende, tener un impacto positivo en la salud reproductiva de las adolescentes.

Limitación del estudio

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, porque el estudio no ha sido todo el año y la recogida de datos fue cuando los investigadores trabajaban según rol de turnos, asimismo el estudio se implementó en un solo establecimiento de salud y no se puede generalizar para el resto de los hospitales de la región o país.

Sin embargo, este estudio nos permitió construir el primer mapeo de que distritos de Ica, Perú proceden las adolescentes lo que ayudaría en la formulación de políticas y en la toma de decisiones clínicas.

Estudios futuros

Un estudio futuro con un número superior de participantes podría y conociendo la procedencia y dirección exacta podría ampliarse la investigación a un estudio espacial.

Contribución de nuestro estudio al conocimiento

No se había publicado ningún estudio sobre este tema sobre la proporción clínica-epidemiológica de las adolescentes embarazadas en el Hospital Santa María del Socorro.

CONCLUSIÓN

El estudio confirma que el embarazo en adolescentes sigue siendo común en la sociedad actual, representando el 12.2% de los embarazos. Se observa que las adolescentes de zonas rurales tienen más probabilidades de embarazarse en comparación con las de zonas urbanas, posiblemente debido a la falta de oportunidades educativas, la pobreza y la limitada accesibilidad a los servicios de salud.

A pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, se identifica que hay embarazos debido a fallos en su uso, posiblemente por no seguir las indicaciones médicas. Estos hallazgos pueden ser útiles para los responsables de políticas y profesionales de la salud al diseñar intervenciones para prevenir el embarazo en adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kassa, G.M., Arowojolu, A.O., Odukogbe, A.A. et al. Prevalencia y determinantes del embarazo adolescente en África: una revisión sistemática y metaanálisis. *Reprod Health*. 2018;15(1):195. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0640-2>
2. Moraes, A.N., Likwa, R.N. y Nzala, S.H. Un análisis retrospectivo de los resultados obstétricos y perinatales adversos en el embarazo adolescente: el caso de la provincia de Luapula, Zambia. *Salud materna, neonatol y perinatol*. (2018;4(1):20. <https://doi.org/10.1186/s40748-018-0088-y>
3. Ruiz-Sternberg AM, Botero-Pinzon M, Niño-Orrego MJ, Pinzon-Rondon AM. The Association of Teen Pregnancy and Violence: A Multilevel Study in Colombia. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2024 Jan 30;5(1):46-55. doi: 10.1089/whr.2021.0075. PMID: 38500846; PMCID: PMC10946673.
4. Igras SM, Macieira M, Murphy E, Lundgren R. Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health. *Glob Public Health*. 2014;9(5):555-69. doi: 10.1080/17441692.2014.908230.
5. Vázquez Ramírez V. Hacia una política territorial para prevenir el embarazo adolescente [Tesis de maestría]. México: Centro De Investigación en Ciencias e Información Geoespacial, A.C. CentroGeo; 2018. Recuperado a partir de <https://centrogeo.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1012/282>
6. Medhi R, Das B, Das A, Ahmed M, Bawri S, Rai S. Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth: a hospital-based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. *AHMT*. 1 de abril de 2016; 7:37-42. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S91853>
7. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reproductive Health*. 8 de junio de 2015;12(2):S8. Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/12/S2/S8>
8. Thirukumar M, Thadchanamoorthy V, Dayasiri K. Adolescent Pregnancy and Outcomes: A Hospital-Based Comparative Study at a Tertiary Care Unit in Eastern Province, Sri Lanka. *Cureus*. 2020;12(12).
9. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. Marzo de 2014;121 Suppl 1:40-8. DOI: 10.1111/1471-0528.12630
10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo 2018 [Internet]. Panamá. 2018 feb [Citado 2023 jul 04]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
11. Flores M, Nava G. y Arenas L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev Salud Pública*. [Publicación periódica en línea] 2017. May-Jun [Citado 2023 jul 04]; 19(3): [5pp]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00374.pdf>.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 – Nacional y Departamental" (2022), [citado el 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf
13. Mendoza Tascón L, Claros Benítez D, Peñaranda Ospina C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. [Internet]. 2016 jun [citado 2023 Jul 25]; 81(3): 243-253. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012&lng=es.
14. Azzopardi PS, Hearn SJ, Francis KL, Kennedy EC, Mokdad AH, Kassebaum NJ, et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10176):1101–18. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32427-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32427-9)
15. GM Kassa, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and Meta-analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):1–17.
16. Espinola-Sánchez Marcos, Sanca-Valeriano Silvia. Embarazo adolescente en Perú: 10 años de evolución y análisis espacial. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA* [Internet]. 2022 Ene [citado 2024 Mar 24]; 15(1): 160-161. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000100029&lng=es. Epub 31 de marzo de 2022. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1299>.
17. Janneth S, Torres V, Delcid M, Allan F, Barcan Batchvaroff, Moran E, Barahora Zelaya WP. Caracterización Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas Sociodemographic Clinical Characterization of Pregnant Adolescents Introducción. *iMedPub Journals* [Internet]. 2017; 13:1–7. Available from: www.archivosdemedicina.com
18. Zamudio Raya CA, Silva Contreras JG, Gómez Alonso C, Chacón Valladares P. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Atención Familiar*. 2 de abril de 2018;25(2):54-8.
19. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. PERÚ: Prevenir el Embarazo en Niñas y Adolescentes y Reducir las Muertes Maternas y Neonatales. 2023. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-09-29/mclcp-cartilla-prevenciondelembarazoenadolescentes-2023-v33.pdf>
20. Albán W., Carrillo S., Mendoza W., Embarazo en Adolescentes y Niñas en el Perú. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. 2018. 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>
21. Castillo Abad S. Factores de riesgo que influyen en el embarazo de adolescentes que acuden al Centro De Salud San Ignacio, Cajamarca, 2019. [Tesis de pregrado]. Perú:

- Universidad Señor de Sipán; 2019. Recuperado a partir de: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6476/Castillo%20Abad%20Saby%20Roxana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová L. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 25 de febrero de 2023; 20(5):4113. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10002018/>
 23. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. enero de 2016;62(1):13-8.
 24. Díaz-Arroyo G, Alfaro-Alfaro N. Violencia familiar y su relación con embarazo en adolescentes. *Sal Jal*. 22 de julio de 2022;9(2):113-20.
 25. Sangrado vaginal | Children's Hospital Colorado [Internet]. [citado 26 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.childrenscolorado.org/es/conditions-and-advice/conditions-and-symptoms/symptoms/sangrado-vaginal/?language=es>
 26. García-Hermida MI, García-Remirez CG, García-Ríos CA, García-Hermida MI, García-Remirez CG, García-Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [Internet]. agosto de 2020 [citado 26 de diciembre de 2023];24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552020000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 27. Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz I, et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina interna de México*. febrero de 2017;33(1):91-8.
 28. Sagalova V, Garcia J, Kapeu AS, Ntambi J, Zagre NM, Vollmer S. Socio-economic predictors of adolescent marriage and maternity in West and Central Africa between 1986 and 2017. *J Glob Health*. 2021 Aug 10;11:13002. doi: 10.7189/jogh.11.13002.
 29. Yago-Simón T, Tomás-Aznar C. Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. *Anales de Psicología*. octubre de 2015;31(3):972-8.
 30. Ministerio de Salud. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima; 2023. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3033.pdf>
 31. Jeffing P, Dasgupta ANZ, Kantorová V. Sexual activity by marital status and age: a comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*. noviembre de 2020;52(6):860-84.
 32. Christofides NJ, Jewkes RK, Dunkle KL, McCarty F, Shai NJ, Nduna M, et al. Risk factors for unplanned and unwanted teenage pregnancies occurring over two years of follow-up among a cohort of young South African women. *Global Health Action*. 1 de diciembre de 2014;7(1):23719.
 33. Deitch J, Stark L. Adolescent demand for contraception and family planning services in low- and middle-income countries: A systematic review. *Glob Public Health*. 2019 Sep;14(9):1316-1334. doi: 10.1080/17441692.2019.1583264.

