



## Embarazos en adolescentes y adherencia a la consulta puerperal\*


Ingrid Rosane Pinto<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0040-6716>


Jéssica Aparecida da Silva<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4308-5978>


Patrícia Casale Parra<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2407-4146>


Monika Wernet<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1194-3261>

Luciana Mara Monti Fonseca<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5831-8789>

Mariana Torreglosa Ruiz<sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5199-7328>

**Puntos destacados:** **(1)** Las puérperas adolescentes tenían baja escolaridad. **(2)** Asociación entre edad precoz y ausencia de enfermedades durante el embarazo. **(3)** Hubo tasas más altas de partos vaginales normales entre las adolescentes. **(4)** Las adolescentes no tuvieron resultados negativos obstétricos o neonatales. **(5)** No hubo diferencias en cuanto a la adherencia y edad de las puérperas.

**Objetivo:** identificar el perfil de embarazos y la prevalencia de adherencia a las consultas puerperales entre madres adolescentes frente a las no adolescentes, atendidas en un hospital clínico universitario en el interior de Minas Gerais (Brasil). **Método:** estudio transversal anidado en un grupo de puérperas; muestra no probabilística, por conveniencia; embarazo adolescente – variable dependiente; variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas– variables independientes. Se utilizó instrumento propio, prueba piloto. Se calcularon razones de prevalencia e intervalos de confianza; Se aplicaron las pruebas chi-cuadrado y exacta de Fisher, considerando un nivel de significancia del 5%, y regresión de Poisson con varianza robusta. **Resultados:** se entrevistaron a 121 puérperas, el 18,2% (22) eran adolescentes, siendo confirmado entre ellas una baja escolaridad ( $p < 0,001$ ); menor número de embarazos con patologías ( $p = 0,016$ ); predominando las primíparas ( $p < 0,001$ ) y mayores tasas de parto normal ( $p = 0,032$ ). La prevalencia de adherencia a la consulta puerperal fue del 34,7% y de 31,8% en adolescentes. No hubo diferencias en cuanto a la adherencia y la edad de las puérperas. **Conclusión:** las adolescentes no presentaron resultados obstétricos y neonatales negativos, aunque se observó menor escolaridad. Se identificó una asociación entre la edad precoz y la ausencia de enfermedades durante el embarazo y mayores tasas de partos vaginales normales. La adherencia al retorno puerperal fue ligeramente inferior, pero sin significación estadística.

**Descriptorios:** Adolescente; Embarazo en Adolescencia; Periodo Posparto; Prevalencia; Prevención de Enfermedades; Cooperación del Paciente.

\* Este artículo hace referencia a la convocatoria "La salud del adolescente y el papel de la(o) enfermera(o)". Editado por la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. La publicación de este suplemento contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Los artículos se han sometido al proceso estándar de revisión por pares de la revista para suplementos. Las opiniones expresadas en este suplemento son exclusivas de los autores y no representan las opiniones de la OPS/OMS.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.






<sup>2</sup> Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar, Uberaba, MG, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Pinto IR, Silva JA, Parra PC, Wernet M, Fonseca LMM, Ruiz MT. Adolescent pregnancies and adherence to puerperal consultation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30(spe):e3702. [Access    ]; Available in:    
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6269.3702>

## Introducción

Los adolescentes representan cerca del 40% de la población brasileña<sup>(1)</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la adolescencia como la etapa de la vida entre la infancia y la edad adulta, incluyendo el grupo etario entre 10 y 19 años<sup>(1)</sup>. Durante esta etapa, ocurren rápidos y progresivos cambios físicos, cognitivos y psicosociales que tienden a afectar la forma de sentir, pensar, tomar decisiones e interactuar con el mundo. Es un período significativo para la constitución de subjetividades, elección de comportamientos y constitución de la identidad<sup>(1)</sup>.

Entre las numerosas pautas de la adolescencia se encuentran la sexualidad, las cuestiones de género y el comportamiento sexual y reproductivo. Un estudio brasileño señaló que el 27,5% de los adolescentes ya habían iniciado la actividad sexual, y de estos, el 66% usaban preservativos<sup>(2)</sup>. Un estudio realizado con 499 adolescentes entre 12 y 17 años reveló que el 47,3% de ellos ya había iniciado actividades sexuales; siendo que la edad media de la primera relación sexual fue de 14,1 años, con una tendencia precoz en varones, y un tercio de las primeras relaciones sexuales ocurrió sin protección (33,9%)<sup>(3)</sup>.

La actividad sexual precoz y sin protección aumenta las posibilidades de embarazo en la adolescencia. Los datos de la OMS indican que cada año más de 21 millones de adolescentes con edades entre 15 y 19 años quedan embarazadas en todo el mundo y, de estas, más de 10 millones de embarazos fueron no deseados<sup>(4)</sup>.

En territorio nacional, los registros del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (Datasus) señalan más de 29 millones de nacimientos durante el período de 2010 a 2019. De estos, doce madres tenían menos de 10 años; 252 mil (0,9%) con edades entre 10 y 14 años y cerca de 5 millones (17%) con edades entre 15 y 19 años<sup>(5)</sup>. Durante este período, los embarazos adolescentes representaron cerca del 18% de todos los nacimientos en el país, mostrando una tendencia estable<sup>(5)</sup>.

Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, endometritis puerperal y otras infecciones; sus hijos recién nacidos tienen mayor riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro<sup>(6)</sup>. Asimismo, las adolescentes embarazadas que no tienen una relación estable pueden experimentar estigma, rechazo y violencia de todo tipo por parte de sus parejas sexuales, padres e incluso de sus pares<sup>(7-8)</sup>.

Los embarazos y partos adolescentes tienden a aumentar las tasas de abandono escolar<sup>(9)</sup>, aspecto que contribuye a la perpetuación del ciclo de baja escolaridad asociado a bajos sueldos, pocas oportunidades de empleo y formación, y aumento de las desigualdades sociales<sup>(10)</sup>.

Dados sus impactos, la OMS y el Ministerio de Salud (MINS) clasifican el embarazo adolescente como una gestación de alto riesgo por la posibilidad de repercusiones en la salud y calidad de vida de la madre y también del recién nacido (RN). Este estudio tiene como objetivo evaluar los resultados en el puerperio de mujeres que dieron a luz en la adolescencia. El puerperio comprende el proceso involutivo posterior al parto; por tiempo indefinido, incluyendo cambios hormonales e inmunológicos para la mujer<sup>(11)</sup>, además de ser un período de intensa vulnerabilidad física y emocional.

Para evitar e identificar complicaciones durante este período, el Ministerio de Salud recomienda que, antes del alta hospitalaria, se conduzca a la mujer a la unidad donde realizó la asistencia prenatal, con un informe completo sobre el parto y la evolución posparto inmediata y mediata, y que esta haga al menos una consulta entre los siete y 42 días después del nacimiento<sup>(12-13)</sup>. Además, si el recién nacido ha sido clasificado como de riesgo, se recomienda al menos una visita domiciliar en la primera semana después del alta, debiendo ocurrir dentro de los primeros tres días<sup>(12-13)</sup>.

Aunque se recomienda una sola consulta puerperal en el territorio nacional, la tasa de adherencia varía entre 16,8 y 58%<sup>(14-15)</sup>. Este índice es mucho menor que lo esperado, cuando se compara con los datos de otros países como el Reino Unido, donde la adherencia a las consultas puerperales tiene una tasa del 91%<sup>(15)</sup>.

Se justifica el estudio teniendo en cuenta la magnitud del embarazo adolescente en Brasil, la escasez de estudios sobre el tema del puerperio en la adolescencia y los posibles impactos en los resultados maternos y neonatales. El objetivo fue identificar el perfil de los embarazos y la prevalencia de adherencia a las consultas puerperales entre madres adolescentes frente a las que no son adolescentes, atendidas en un hospital clínico universitario en el interior de Minas Gerais (Brasil).

## Método

Se trata de un estudio transversal anidado en un grupo de puérperas, en el que se compararon los resultados entre las puérperas adolescentes y las no adolescentes, atendidas por la asistencia sanitaria prenatal y posparto de un hospital clínico universitario en el interior de Minas Gerais (Brasil). La institución brinda atención sanitaria prenatal a gestantes de riesgo en el distrito sanitario donde está ubicada (alrededor de 150 mil habitantes), además de ser referencia para embarazos de alto riesgo en 27 municipios del Triángulo Sur de Minas Gerais. De acuerdo con lo recomendado en Brasil, las puérperas son direccionadas a la unidad

donde realizaron su prenatal, para un seguimiento posparto<sup>(13)</sup>. Según datos institucionales, en el período de recolección de datos –de agosto a diciembre de 2019– se realizaron 573 partos.

La selección de potenciales participantes y la recolección de datos fue realizada por la primera autora de este estudio en la enfermería del alojamiento conjunto (AC) del hospital mencionado y, posteriormente, solo para verificar la asistencia en los registros del centro de salud.

Los criterios de inclusión adoptados fueron: ser puérpera atendida en la enfermería del AC del hospital citado, con previsión de alta hospitalaria; estar hemodinámicamente estable, consciente y orientada; tener programado un retorno puerperal. Se adoptó como criterio de no inclusión: puérperas cuyo retorno estaba programado en las Unidades Básicas de Salud (UBS) o Unidades de Salud de la Familia (USF). De esta forma, las puérperas fueron clasificadas para ser acompañadas por el servicio de salud del hospital mencionado en el estudio.

La identificación de los criterios del estudio se realizó con la enfermera responsable por la enfermería del AC. Respetando los criterios de inclusión y no inclusión, no hubo exclusiones ni pérdidas durante la recogida.

El muestreo fue por conveniencia, no probabilístico, durante la fase establecida para la recolección de datos. En total, fueron entrevistadas 121 puérperas, lo que correspondió al 21% de todas las puérperas atendidas durante el período en la enfermería del Alojamiento Conjunto, y al 100% de las que tenían los criterios necesarios para programar el retorno a la institución.

### Recolección de datos

La recolección de datos se realizó de forma prospectiva en dos momentos diferentes. Después de recibir orientación y de haber aceptado participar en el estudio, todas las puérperas fueron entrevistadas, y los datos fueron completados con los registros clínicos. El abordaje, la selección de datos de la historia clínica y la entrevista fueron realizadas por dos profesionales capacitados e instruidos por el investigador principal.

Los datos fueron recopilados utilizando un instrumento propio, probado a través de un estudio piloto, y que no mostró necesidad de adaptaciones. Los datos sociodemográficos (edad; declaración sobre color/raza; si vivía en pareja; escolaridad; si tenía un trabajo remunerado y qué actividad realizaba), clínicos (hábitos como tabaquismo, consumo de alcohol y consumo de drogas ilícitas; enfermedades crónicas y/o gestacionales) y obstétricos (número de embarazos; partos; abortos; edad gestacional en semanas consideradas al momento del parto; tipo de parto; peso al nacer del recién nacido;

si hubo complicaciones posparto) se obtuvieron con base en una entrevista grabada en el instrumento. En las historias clínicas se consultaron datos específicos sobre el parto, neonato, orientación de retorno a la institución e informaciones incompletas brindadas por la participante.

En un segundo paso, con base en la lista de citas programadas para la fecha en el sistema informático del hospital (historia clínica digital), los investigadores verificaron, de forma independiente, la presencia o ausencia de la cita programada de las puérperas incluidas en la muestra del estudio, siendo validadas las respuestas después de digitarlas en la base de datos.

### Análisis estadístico

La variable dependiente del estudio fue el embarazo adolescente, según la definición de la OMS, en el grupo etario entre 10 y 19 años. Se investigaron los datos sociodemográficos, clínicos y obstétricos.

Después de la recolección, los datos fueron codificados y almacenados en una planilla de cálculo en Excel, con una técnica de doble entrada y posterior validación. Una vez validada la base de datos, se importó al *Statistical Package for the Social Sciences* (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, versión 23). Inicialmente, se realizaron análisis descriptivos (frecuencia, media, desviación estándar, mínimo y máximo) de las variables, y los resultados se presentaron en tablas; se aplicaron las pruebas chi-cuadrado y exacta de Fisher, considerando un nivel de significancia del 5%; y se estimaron las razones de prevalencia y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Se aplicó la regresión de Poisson con varianza robusta en el análisis múltiple, siendo indicada para el análisis de datos de conteo y para minimizar los efectos de la sobreestimación de la razón de prevalencia que ocurre cuando el resultado es común o muy frecuente en la muestra<sup>(16)</sup>. Se utilizó el modelo en el que las variables independientes fueron introducidas en bloques en el siguiente orden: datos sociodemográficos, clínicos y obstétricos. Se incluyeron, en el modelo, las variables con  $p < 0,20$  en los análisis univariados. La selección de variables en el modelo se realizó mediante el método *backward stepwise*. Mediante este método, son consideradas todas las variables con valor igual a 0,20 en el análisis univariado en la prueba estadística de Wald, para mantener las variables durante el análisis ajustado nivel por nivel, con el fin de controlar posibles factores de confusión<sup>(17)</sup> e identificar causas de asociación.

### Aspectos éticos

Ante la indicación de la enfermera responsable por el AC acerca de la potencial participante, la investigadora iba a

la sala de enfermería para proponer la realización del estudio y, en caso de interés, leía en conjunto el Formulario de Consentimiento o Asentimiento Libre y Consciente con tiempo para esclarecer las dudas surgidas. En las situaciones en que la púérpera era menor de 18 años, se contactó previamente a su tutor legal, mostrándole el estudio y registrando su consentimiento a través del Formulario de Consentimiento.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación, dictamen número 2.148.698, del 30 de junio de 2017, y todo su desarrollo fue pautado y trazado por las Directrices y Normas Reguladoras de Buenas Prácticas en Investigación involucrando seres humanos incluidas en la Resolución 466/12/CNS/MS.

## Resultados

Al caracterizar a las 121 púérperas que participaron en el estudio, la media de edad encontrada fue de 25,5 ± 6,7 años, con un rango entre 14 y 43 años, y de estas, 22 (18,2%) eran adolescentes.

Entre las adolescentes embarazadas entrevistadas, el 40,9% (09) se declararon blancas; el 63,6% (14) estaban casadas; solamente el 9,1% (02) habían terminado el bachillerato y el 50% (11) eran estudiantes. En cuanto a los hábitos, el 18,2% (04) eran fumadoras y lo hacían consumiendo más o menos una cajetilla de tabaco al día; el 9,1% (02) se declaró bebedora social y el 9,1% (02) informó consumir diariamente marihuana. De las entrevistadas, ocho (36,4%) presentaban algún

tipo de patología, siendo las más frecuentemente narradas el hipotiroidismo (9,1%) y la sífilis (9,1%).

La mayoría de las adolescentes (81,8% – 18) eran primíparas, aunque el 13,6% (03) lo estaban por segunda vez y una (4,5%) se encontraba en su tercer embarazo; el 13,6% (03) tenían previas experiencias de aborto; todas (22) tuvieron control prenatal con un número apropiado de consultas (seis o más consultas) y el 77,3% (17) de los embarazos fueron de parto normal. La mayoría de los recién nacidos (90,9% – 20) nacieron a término y ninguno nació con un peso inferior a 2500 gramos. Tres adolescentes (13,6%) tuvieron complicaciones posparto, incluyendo un caso de acretismo placentario, un caso de atonía uterina y un caso de hemorragia posparto.

La prevalencia de adherencia a la consulta general puerperal fue del 34,7%, y la tasa de retorno entre las adolescentes fue del 31,8% (07). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la adherencia y la edad de las púérperas. Solo dos adolescentes (9,1%) relataron anticoncepción en el puerperio, a una le fue colocado un dispositivo intrauterino (DIU) en el posparto y a otra se le prescribió un anticonceptivo inyectable.

La Tabla 1 presenta los datos comparativos de la caracterización de la muestra con relación a las adolescentes embarazadas y las no adolescentes que fueron entrevistadas. Como resultado, los datos mostraron baja escolaridad entre las adolescentes; menor número de embarazos con patologías previas; predominio de mujeres primíparas y mayores tasas de parto normal.

Tabla 1 – Caracterización sociodemográfica, clínica y obstétrica de embarazos en adolescentes y no adolescentes. Uberaba, Minas Gerais, 2019

Variable	Adolescentes		No adolescentes		RR	IC 95%	p*
	n	%	n	%			
Color/raza blanca	9	7,4	47	38,8	0,862	0,501 – 1,484	0,641
Color/raza no blanca	13	10,7	52	42,9			
Vive con pareja	14	11,6	56	46,3	1,125	0,785 – 1,612	0,637
Vive sin pareja	8	6,6	43	35,5			
Educación inferior al bachillerato	20	16,5	47	38,8	1,876	1,470 – 2,395	<0,001
Educación superior al bachillerato	2	1,6	50	41,3			
Fumadora	4	3,3	18	15,0	1,273	0,463 – 3,496	0,741
No Fumadora	14	11,7	84	70,0			
Alcoholismo	2	1,6	20	16,5	0,692	0,168 – 2,850	1,000
Sin alcoholismo	13	10,7	86	71,1			
Consume drogas ilícitas	2	1,6	1	0,8	9,000	0,854 – 94,899	0,085
No consume drogas ilícitas	20	16,5	98	80,9			
Con patologías	8	6,6	65	53,7	0,554	0,313 – 0,980	0,016
Sin patologías	14	11,7	34	28,1			

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Variable	Adolescentes		No adolescentes		RR	IC 95%	p*
	n	%	n	%			
Primípara	18	14,9	24	19,8	0,240	0,098 – 0,586	<b>&lt;0,001</b>
Múltipara	4	3,3	75	62,0			
Parto normal	17	14,0	50	41,3	1,530	1,135 – 2,063	<b>0,032</b>
Cesárea	5	4,1	49	40,5			
Recién nacido prematuro	2	1,6	10	8,3	0,900	0,212 – 3,822	1,000
Recién nacido a término	20	16,5	89	73,6			
Bajo peso al nacer	0	-	5	4,1	1,053	1,006 – 1,102	0,583
Peso adecuado	22	18,2	94	77,7			
Complicaciones posparto	3	2,5	5	4,1	2,700	0,697 – 10,465	0,158
Sin complicaciones	19	15,7	94	77,7			
Retorno en el puerperio	7	5,8	35	28,9	0,900	0,462 – 1,754	0,810
Sin retorno	15	12,4	64	52,9			

\*IC 95%; Nivel de significancia = 5%; Los valores con significación estadística se destacan en negrita

La Tabla 2 muestra el Modelo de Regresión de Poisson Robusta para explicar la adherencia a las consultas puerperales asociadas a variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas, incluyendo la relación con

el embarazo adolescente. Las siguientes variables presentaron significación: el consumo de drogas ilícitas, que se asoció con la no adherencia, y la primiparidad, la cual explicó la adherencia.

Tabla 2 – Modelo de Regresión de Poisson para explicar la adherencia a las consultas puerperales asociadas a las variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas. Uberaba, Minas Gerais, 2019

Variable	Coefficiente*	(IC95%)		p
Adolescencia	0,002	(-0,146)	(-0,151)	0,974
Escolaridad	0,074	(-0,041)	(0,189)	0,207
Consumo de drogas ilícitas	0,579	(0,012)	(0,249)	<b>0,031</b>
Patología(s)	-0,101	(-0,207)	(0,004)	0,060
Primiparidad	v	(-0,262)	(-0,01)	<b>0,049</b>
Cesárea	0,045	(-0,065)	(-0,154)	0,426
Complicaciones posparto	0,093	(-0,063)	(-0,250)	0,243

\*Modelo de Regresión de Poisson Robusta, método *backward stepwise*, valor adoptado de  $p \leq 0,20$

Así, el embarazo en la adolescencia no justificaba la adherencia o no a la consulta puerperal.

## Discusión

El retorno puerperal es un momento estratégico para prevenir, detectar y tratar alteraciones que pueden ser letales y/o comprometer la salud de la mujer y, en consecuencia, de su recién nacido.

Las mujeres entrevistadas se encontraban en el grupo etario considerado en *edad fértil*, así como puérperas que participaron de otros estudios nacionales e internacionales<sup>(18-24)</sup>. Sin embargo, la media de edad

(25 años) fue inferior a la encontrada en estudios realizados en la región sur del país<sup>(18)</sup> y en Polonia<sup>(24)</sup>. Aunque eran más jóvenes que en otros estudios, no se encontraron asociaciones entre la adherencia y la edad materna.

Sin embargo, las adolescentes constituyeron el 18,5% de la muestra de puérperas entrevistadas, similar a los datos nacionales<sup>(5)</sup>, que indican tasas del 18% de embarazos adolescentes. Pero el análisis se mostró superior a los datos encontrados en el estudio Nacer en Brasil, realizado en 2011 y 2012, el cual reveló un porcentaje del 11%<sup>(25)</sup>. Hay indicios de una tendencia a un

aumento de los embarazos entre adolescentes, aspecto que se refiere a la consideración de la existencia y alcance de las acciones de la Atención Primaria dirigidas a la salud del adolescente y la planificación familiar<sup>(26)</sup>, así como la colaboración entre salud y escuela.

El estudio mostró baja escolaridad entre las adolescentes embarazadas, similar a los datos reportados en el estudio Nacer en Brasil<sup>(25,27)</sup>. Un estudio cualitativo mostró que el 75% de las adolescentes interrumpen sus estudios debido al embarazo<sup>(28)</sup>. La baja escolaridad es un factor determinante a tener en cuenta por los profesionales. Un estudio<sup>(29)</sup> realizado en los Estados Unidos relacionó la baja escolaridad de las púerperas con sentirse discriminadas durante el período de hospitalización y con bajas tasas de adherencia al retorno posparto. Las púerperas relataron dificultades en la comprensión de las orientaciones, no percibieron los esfuerzos de los profesionales en adaptar el lenguaje, señalando que eso contribuyó para su decisión de no retornar<sup>(29)</sup>. Aunque en este estudio no se encontró asociación entre la escolaridad y la adherencia a las consultas, otros apuntan a una menor adherencia en mujeres con baja escolaridad<sup>(18,29-30)</sup>.

En cuanto a los hábitos, el 18,2% de las adolescentes eran fumadoras, el 9,1% eran alcohólicas y el 9,1% reportaron consumo de drogas ilícitas (marihuana). Se destaca que el uso de drogas ilícitas también fue un factor asociado a la no adherencia. Un estudio realizado con púerperas en Rio Grande do Sul reveló mayores tasas de tabaquismo (53,8%) y consumo de alcohol (63,3%), pero menor porcentaje de consumo de drogas ilícitas (marihuana) (3,8%)<sup>(31)</sup>. Los datos del estudio Nacer en Brasil<sup>(27)</sup> mostraron menor tasa de tabaquismo entre las adolescentes (8,6%) y mayor consumo de alcohol (11,3%) en comparación con los datos del presente estudio. Se necesitan más investigaciones para compilar evidencias sobre el consumo de sustancias psicoactivas por adolescentes y durante el embarazo y el puerperio, así como la actuación del profesional frente a tales circunstancias. El uso de drogas ilícitas se asoció, en este estudio, con la significación estadística de la no adherencia al puerperio.

La tasa de primiparidad en la muestra fue del 34,7% y del 81,8% entre las adolescentes, siendo resultados similares a los del estudio Nacer en Brasil<sup>(25-27)</sup>. Se destaca que se encontró una asociación entre la primiparidad y mayor adherencia al retorno puerperal. El seguimiento puerperal de la mujer primípara es estratégico para la salud de la mujer y del niño, especialmente cuando se considera la visita domiciliaria<sup>(32)</sup>. En la consulta, durante el puerperio, existen diferentes formas para identificar complicaciones, tales como infecciones y trastornos, así como para obtener informaciones sobre la salud de la mujer y su familia, orientar sobre planificación familiar y aclarar dudas relacionadas con el cuidado del niño y la lactancia<sup>(33)</sup>.

Todas las púerperas adolescentes realizaron adecuadamente el prenatal, a diferencia de los datos reportados en el estudio Nacer en Brasil, que mostraron una adherencia inferior al 60%<sup>(25,27)</sup>.

Entre las adolescentes, el 36,4% tenían alguna patología, y se encontró una mayor asociación entre los eventos de las patologías con el avance de la edad materna. No se encontraron casos de preeclampsia y/o procesos infecciosos, desenlaces asociados a embarazos adolescentes en un estudio multicéntrico internacional<sup>(6)</sup>. Por otro lado, el 9,1% de las adolescentes reportaron caso de sífilis durante el embarazo. Esa enfermedad también fue reportada en un estudio nacional sobre embarazos adolescentes con una frecuencia del 0,9%<sup>(27)</sup>. La sífilis es un problema de salud pública y se refleja directamente en la calidad de la atención sanitaria prenatal y también en el apoyo a la asistencia sanitaria relacionada con los problemas de salud sexual y reproductiva.

En cuanto al alumbramiento, en la muestra de este estudio, los partos normales fueron predominantes (77,3%), con tasas superiores a las encontradas en estudios nacionales, variando del 62,4 al 65,7%<sup>(25,27)</sup>. Aunque no se encontró asociación entre el tipo de parto y el retorno puerperal, un estudio cualitativo mostró que las mujeres que tuvieron cesárea dieron mayor importancia al retorno y a la visita puerperal domiciliaria debido a la evaluación profesional de la herida quirúrgica<sup>(34)</sup>.

Si bien existe bibliografía internacional sobre el tema, cabe señalar que no fueron encontrados en el presente estudio una asociación entre el embarazo adolescente, partos prematuros y el bajo peso del recién nacido<sup>(6)</sup>, con una tasa de prematuridad del 9,1% y sin nacimientos con bajo peso entre las adolescentes estudiadas.

Los resultados de este estudio mostraron una baja tasa de adherencia a la consulta puerperal (34,7%) sobre el total de la muestra y tasas más bajas entre las púerperas adolescentes (31,8%), aunque no hubo asociación estadística con la edad. La adherencia fue menor cuando se compara con las tasas encontradas en estudios realizados en Mato Grosso do Sul (43,1%)<sup>(19)</sup> y en la ciudad de Botucatu –donde la tasa de adherencia fue del 46,9% en la UBS y del 69,7% en la USF<sup>(35)</sup>–, en el estado de Paraná (51,1%)<sup>(36)</sup> y en la región sur de Brasil (75,2%)<sup>(18)</sup>. Sin embargo, el índice encontrado está dentro de la tasa señalada en un estudio de revisión bibliográfica que obtuvo valores de adherencia que oscilan entre 16,8% y 58%<sup>(14-15)</sup>. Esta tasa está muy por debajo del nivel deseado, cuando se compara con datos del Reino Unido, donde la adherencia a las consultas puerperales tiene un índice del 91%<sup>(15)</sup>. Cabe mencionar que la atención sanitaria puerperal sigue siendo el punto más crítico, considerado el peor indicador de la asistencia sanitaria durante el ciclo de embarazo y

puerperio<sup>(37)</sup>. Es necesario considerar la atención sanitaria durante el puerperio, buscando las razones de la adherencia y de no adherencia en la asistencia puerperal.

La ausencia o insuficiencia en el acompañamiento puerperal puede derivarse en demandas innecesarias para los servicios de urgencia y emergencia, destinados a la atención sanitaria de problemas serios de extrema gravedad que requieren asistencia rápida e inmediata, especialmente cuando existe riesgo inminente de muerte<sup>(38)</sup>.

La bibliografía señala puntos críticos en la atención sanitaria puerperal: la asistencia posparto todavía tiene como foco principal el cuidado del recién nacido<sup>(35)</sup>; la adherencia a consultas ligadas a complicaciones (curativa más que preventiva); la necesidad de mayor visibilidad para la mujer y mayor cualificación profesional en la atención puerperal<sup>(32)</sup>.

Reflexionar sobre la asistencia sanitaria puerperal implica identificar posibilitadores y barreras para la adherencia. Un estudio americano identificó como factores para la no adherencia la dificultad en el transporte, los cuidados demandados por otros hijos y la falta de compromiso profesional en la búsqueda activa por las ausencias<sup>(39)</sup>. Además de esos factores, los autores identificaron que las consultas y la atención sanitaria fragmentada a la madre y el recién nacido dificultan la adherencia<sup>(39)</sup>, ya que la puérpera muchas veces antepone el cuidado del propio hijo en detrimento del bebé.

Además, aunque se recomienda una sola consulta, parece que es insuficiente para atender las particularidades de la situación y brindar consejos sobre los diferentes temas que se contemplan en la agenda puerperal, como la depresión posparto, lactancia materna, planificación familiar, alimentación saludable, ejercicio, etc. Con la intención de aportar más a la consulta puerperal, el protocolo de atención sanitaria podría proporcionar una consulta informativa, significativa y de calidad<sup>(40)</sup>. Sin embargo, corresponde al profesional intervenir en la singularidad de la experiencia y necesidades de cada mujer, niño y familia para que el sentido y significado de la consulta puerperal se haga efectivo. Incluso al considerar que la propia adolescencia ya impone preguntas y obstáculos, se puede deducir la complejidad y alcance que puede tomar una consulta de puerperio, cuestionando la suficiencia del seguimiento estricto de los protocolos.

La experiencia del puerperio en la adolescencia puede despertar una perspectiva de edad adulta precoz debido a la maternidad. Un estudio señaló que los adolescentes reciben apoyo de sus padres, o sea, ayudan en el día a día con el bebé, y no reconocen el apoyo de los profesionales sanitarios<sup>(41)</sup>. Este mismo estudio identificó que con la falta de ayuda surgía el descuido por la salud, abandono escolar, aislamiento social y relaciones conflictivas con la pareja y/o familia<sup>(41)</sup>. En contraste, se señala la visita

domiciliaria (VD) como una alternativa para tener un vínculo con las adolescentes, ya que favorece la comprensión sobre el contexto de la vida y las individualidades de las adolescentes<sup>(15,41)</sup>. Al considerar el sentimiento de abandono y desamparo relatado por las puérperas adolescentes, se puede deducir que la búsqueda activa y el compromiso con la VD favorecen la comprensión e intervención sobre las peculiaridades de la situación, además de ser una estrategia de adherencia y un vínculo con el equipo.

Se destaca que, aunque existe poco seguimiento en el retorno puerperal, las puérperas que son direccionadas a la unidad de procedencia, donde realizaron el control prenatal, tienen mayor probabilidad de retorno. Así, la calidad de la atención sanitaria prenatal minimiza potencialmente los efectos socioeconómicos y las adversidades en los indicadores de salud materno-infantil<sup>(35)</sup>. Esos datos pueden reflejar los resultados del presente estudio, el cual mostró una ausencia de desenlaces desfavorables y la adherencia al control prenatal de todas las adolescentes embarazadas.

Los embarazos adolescentes en el territorio nacional son clasificados como de alto riesgo<sup>(12)</sup>, y en estos casos, las enfermeras especialistas en obstetricia pueden actuar plenamente durante la atención sanitaria pre- y posnatal<sup>(42-43)</sup>. Sin embargo, existe una restricción para su función, que muchas veces se resume a la recepción y acciones específicas de educación sanitaria<sup>(42)</sup>. Vale mencionar que aunque la adolescente sea conducida a un centro de alto riesgo, la AP debe ser la coordinadora de la asistencia sanitaria y participar colaborando durante el acompañamiento de esa adolescente<sup>(13)</sup>.

Además, los enfermeros pueden trabajar con las familias para actuar sobre el impacto de la maternidad en esta etapa de la vida<sup>(44)</sup>, y que puede afectar la salud mental, ya que entre el 26% y 50% de las adolescentes embarazadas tienen depresión posparto<sup>(45)</sup>.

Se destaca que la independencia del enfermero con relación a la atención sanitaria en el período gestacional y de puerperio debe basarse en la preparación técnica y científica<sup>(44)</sup>; sin embargo, los estudiantes del último año demuestran falta de preparación técnica, científica y psicológica para trabajar con adolescentes<sup>(46)</sup>, ya que la asistencia durante el embarazo y el puerperio en la adolescencia reúne conocimientos y habilidades particulares sobre las vivencias en la adolescencia. La adolescencia sigue siendo un desafío para la profesión, puesto que constituye un grupo de alta vulnerabilidad social y necesita atención sanitaria cualificada y específica<sup>(47)</sup>. De esta forma, el tema de los embarazos en la adolescencia necesita ser ampliamente estudiado en la formación sanitaria especializada.

Cuidar a las adolescentes gestantes y puérperas significa brindar una atención sanitaria integral y sensible

a las características del grupo etario y a la transición relacionada a la maternidad, con acciones que apunten al empoderamiento, el autocuidado y la planificación familiar, respetando los aspectos éticos y legales de la atención sanitaria y los derechos de los adolescentes. La madre adolescente necesita estar mejor informada, ser escuchada y atendida en sus derechos, sin ningún tipo de restricción únicamente por el simple hecho de ser adolescente<sup>(25)</sup>.

Los autores entienden que una limitación sobre el estudio atañe a la eficacia externa, ya que los datos no pueden generalizarse a otras realidades. Cabe señalar que, con base en los resultados encontrados, futuramente se podrán realizar más estudios sobre el tema, los cuales se comprueben a través de pruebas de hipótesis o que utilicen diferentes diseños.

## Conclusión

Los embarazos de adolescentes en la muestra del estudio no indicaron resultados obstétricos y neonatales negativos, aunque se observó una menor escolaridad en esta población. A pesar de las limitaciones del estudio en cuanto a su generalización, estos datos pueden reflejar la importancia e influencia de la adherencia en el prenatal sobre una evolución favorable, ya que todas realizaron las consultas recomendadas. Se identificó que la edad precoz fue asociada a la ausencia de enfermedades durante el embarazo y mayores tasas de partos vaginales normales. La prevalencia de adherencia al retorno posparto fue ligeramente inferior a la de las mujeres que no son adolescentes, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

La baja adherencia refuerza la importancia de la consulta puerperal como herramienta de prevención y mejora de la salud materna, infantil y de adolescente. El consumo de marihuana se asoció a una baja adherencia en la consulta puerperal.

Los resultados sugieren particularidades de la atención sanitaria puerperal en las madres adolescentes, siendo urgente la necesidad de reflexionar sobre las estructuras de la asistencia puerperal y la formación de profesionales sanitarios para las singularidades de esta población.

Las discusiones planteadas pueden ser consideradas tanto en la institución donde se realizó el estudio como en otras, dado que, en comparación con otros estudios, se identifica la necesidad de aumentar la adherencia en diferentes contextos y organizaciones.

## Referencias

1. World Health Organization. Adolescent Health 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/adolescent-health>

2. Felisbino-Mendes MS, Paula TF, Machado IE, Oliveira-Campos M, Malta DC. Analysis of sexual and reproductive health indicators of Brazilian adolescents, 2009, 2012 and 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(suppl 1):E180013.supl.1. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180013.supl.1>

3. Vieira KJ, Barbosa NG, Dionísio LA, Santarato N, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Initiation of sexual activity and protected sex in adolescents. *Esc Anna Nery.* 2021;25(3):e20200066. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0066>

4. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016.

5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Nascidos vivos por idade da mãe, 2010 a 2019 [Homepage]. 2021 [cited 2021 Dec 04]. Available from: <https://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nv.br.def>

6. World Health Organization. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015 [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2021 Dec 04]. Available from: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>

7. World Health Organization; The Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2022 Apr 27]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>

8. Cabral CS, Brandão ER. Adolescent pregnancy, sexual initiation, and gender: perspectives in dispute. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(8):e00029420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029420>

9. World Health Organization. Every woman every child. The global strategy for women`s, children`s and adolescents` health (2016-2030) [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2022 Apr 27]. Available from: [https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC\\_GSUpdate\\_Brochure\\_EN\\_2017\\_web.pdf](https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Brochure_EN_2017_web.pdf)

10. Batyra E. Increasing educational disparities in the timing of motherhood in the Andean region: a cohort perspective. *Popul Res Policy Rev.* 2020;39:283-309. <https://doi.org/10.1007/s11113-019-09535-0>

11. Sherer ML, Posillico CK, Schwarz JM. The psychoimmunology of pregnancy. *Front Neuroendocrinol.* 2018;51:25-35. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.10.006>

12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 32 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2022 Apr 27]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)



13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [Internet]. Diário Oficial da União, 1 jul. 2011 [cited 2022 Apr 27]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
14. Monteiro MFV, Barbosa CP, Vertamatti MAF, Tavares MNA, Carvalho ACO, Alencar APA. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period in Ceará, Brazil. *BMC*. 2019;19:851. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4566-3>
15. Baratieri S, Natal S. Postpartum program actions in primary health care: an integrative review. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(11):4227-38. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017>
16. Barros AJD, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
17. Lopes AR, Trelha CS, Robazzi MLCC, Reis RA, Pereira MJB, Santos CB. Factors associated with musculoskeletal symptoms in professionals working sitting position. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:2. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002617>
18. Gonçalves CS, Cesar JA, Marmitt LP, Gonçalves CV. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(1):71-8. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100004>
19. Fusquine RS, Lino NCF, Chagas ACF, Muller KTC. Adherence and rejection of puerperal Consultation by women of a basic health unit. *Arch Health Sci*. 2019;26(1):37-40. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.1.2019.1241>
20. Vilela MLF, Pereira QLC. Puerperal consultation: guidance on its importance. *J Health NPEPS*. 2018;3(1):228-40. <https://doi.org/10.30681/252610102908>
21. Senoll DK, Yurdakul M, Ozkan SA. The effect of maternal fatigue on breastfeeding. *Niger J Clin Pract*. 2019;22:1662-8. [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_576\\_18](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_576_18)
22. McNamara J, Townsend ML, Herbert JS. A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS One*. 2019;14(7):e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
23. Dev R, Kholer P, Feder M, Unger JA, Woods NF, Drake AL. A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low- and middle-income countries. *Reprod Health*. 2019;16:154. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0824-4>
24. Wszolek KM, Żak E, Żurawska J, Olszewska J, Pięta B, Bojar I. Influence of socio-economic factors on emotional changes during the postnatal period. *Ann Agric Environ Med*. 2018;25(1):41-5. <https://doi.org/10.26444/aaem/74486>
25. Viellas EF, Franco TL Netto, Gama SGN, Baldisserotto ML, Prado PF Neto, Rodrigues MR, et al. Childbirth care for adolescents and advanced maternal age in maternities linked to Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(3):847-58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.12492020>
26. D'Angelo A, Ferraguti G, Petrella C, Greco A, Ralli M, Vitali M, et al. Challenges for midwives healthcare practice in the next decade: COVID-19- Global climate changes – aging and pregnancy-gestational alcohol abuse. *Clin Ter*. 2021;171(1):e30-e36. <https://doi.org/10.7417/CT.2021.2277>
27. Assis TSC, Martinelli KG, Gama SGN, Santos ET Neto. Pregnancy in adolescence in Brazil: associated factors with maternal age. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2021;21(4):1065-74. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400006>
28. Junqueira MPVD, Miranda EP, Resck ZMR, Freitas PS, Calheiros CAP, Felipe AOB. Assistance of health professionals in childbirth and postpartum: giving voice to adolescent women. *Rev Eletr Enferm*. 2022;24:59448. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.59448>
29. Attanasio LB, Ranchoff BL, Geissler K. Perceived discrimination during the childbirth hospitalization and postpartum visit attendance and content: evidence from the Listening to Mothers in California survey. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253055. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253055>
30. Tessema ZT, Yazachew L, Tesema GA, Teshale AB. Determinants of postnatal care utilization in sub-Saharan Africa: a meta and multilevel analysis of data from 36 sub-saharan countries. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):175. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00944>
31. Lopes KB, Ribeiro JP, Dilélio AS, Tavares AR, Franchini B, Hartmann M. Prevalence of psychoactive substance use in pregnant and puerperal women. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11(e45):1-19. <https://doi.org/10.5902/2179769254544>
32. Correa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EM, Souza AI. Postpartum follow-up of women's health. *Cad Saúde Públ*. 2017;33(3):e00136215. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136215>
33. Ribeiro JP, Lima FBC, Soares TMS, Oliveira BB, Klemtz FV, Lopes KB, et al. Needs felt by women in the puerperal period. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13(1):61-9. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a235022p61-69-2019>
34. Batistti EES, Bertolini G, De Bortoli CFC, Beheregaray LR, Graminho FS. Recent mothers expectations on the puerperal review. *Rev Baiana Saúde Públ*. 2017;41(2):440-50. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2357>

35. Oliveira LRA, Ferrari AP, Parada CMGL. Process and outcome of prenatal care according to the primary care models: a cohort study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3058. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2806.3058>
36. Oliveira ICB, Silva RMM, Ferreira H, Ferrari RAP, Zilly A. Influence of epidemiological factors on follow-up and appearance of puerperal problems. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:e35763. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35763>
37. Bittencourt SDA, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, et al. Nascido no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. *Rev Saúde Pública*. 2020;54(100):1-10. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>
38. Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180263:1-10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>
39. Stuebe AM, Kending S, Suplee PD, D’Oria R. Consensus bundle on postpartum care basics: from birth to comprehensive postpartum visit. *Obstet Gynecol*. 2021;137(1):33-40. <https://doi.org/10.1097/AOG0000000000004206>
40. Grotell LA, Bryson L, Florence AM, Fogel J. Postpartum note template implementation demonstrates adherence to recommended counseling guidelines. *J Med Syst*. 2021;45(1):14. <https://doi.org/10.1007/s10916-020-01692-6>
41. Cremonese L, Wilhelm LA, Prates LA, Paula CC, Sehnem GD, Ressel LB. Social support from the perspective of postpartum adolescents. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170088. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0088.21>
42. Ferreira AR Jr, Oliveira JT Filho, Albuquerque RAS, Siqueira DA, Rocha FAA. O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. *Rev Baiana Enferm*. 2017;41(3):650-67. <https://doi.org/10.1022278/2318-2660.2017.v41.n3.a2524>
43. Oliveira ARC, Ventura CAA, Galante ML, Padilla M, Cunha A, Mendes IAC, et al. The current state of obstetric nursing in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3510. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3510>
44. Nascimento FC, Araujo AFP, Viduedo AFS, Ribeiro LM, Leon CGRMP, Schardosim JM. Scenario validation for clinical simulation: prenatal nursing consultation for adolescents.

- Rev Bras Enferm*. 2022;75(3):e20200791. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0791>
45. Booth L, Wedgeworth M, Turner A. Integrating optimal screening, intervention and referral of postpartum depression in adolescents. *Nurs Clin North Am*. 2018;53(2):157-68. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.003>
46. Coimbra WS, Ferreira HC, Feijó ET, Souza RD, Coimbra LLM. Preparation of nursing students for the care of pregnant adolescents. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e1102. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180030>
47. Egry EY, Fornari LF, Taminato M, Vigeta SMG, Fonseca RMGS. Indicators of Good Nursing Practices for vulnerable groups in Primary Health Care: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3488. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5203.3488>

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Ingrid Rosane Pinto, Jéssica Aparecida da Silva, Patrícia Casale Parra, Monika Wernet, Luciana Mara Monti Fonseca, Mariana Torreglosa Ruiz. **Obtención de datos:** Ingrid Rosane Pinto, Jéssica Aparecida da Silva. **Análisis e interpretación de los datos:** Ingrid Rosane Pinto, Jéssica Aparecida da Silva, Patrícia Casale Parra, Monika Wernet, Luciana Mara Monti Fonseca, Mariana Torreglosa Ruiz. **Análisis estadístico:** Mariana Torreglosa Ruiz. **Redacción del manuscrito:** Ingrid Rosane Pinto, Jéssica Aparecida da Silva, Patrícia Casale Parra, Monika Wernet, Luciana Mara Monti Fonseca, Mariana Torreglosa Ruiz. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Ingrid Rosane Pinto, Jéssica Aparecida da Silva, Patrícia Casale Parra, Monika Wernet, Luciana Mara Monti Fonseca, Mariana Torreglosa Ruiz.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 04.05.2022  
Aceptado: 25.06.2022

Editor Asociado:  
Pedro Fredemir Palha

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Mariana Torreglosa Ruiz

E-mail: [marianatorreglosa@hotmail.com](mailto:marianatorreglosa@hotmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-5199-7328>