



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**



ISSEA

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO

HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**COMPLICACIONES PERINATALES Y MATERNAS EN EL
EMBARAZO EN ADOLESCENTE TEMPRANA Y TARDÍA**

TESIS

PRESENTADA:

Miguel Ángel Ortega Castro

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

ASESORES:

Dr. Jorge Alejandro Manríquez Jiménez

Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre

Dra. María del Consuelo Robles Martínez

Dr. Francisco Javier serna vela

Aguascalientes, Ags. 30 de enero del 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MIGUEL ÁNGEL ORTEGA CASTRO
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"COMPLICACIONES PERINATALES Y MATERNAS EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE TEMPRANA Y TARDÍA"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 24 de Enero de 2017.

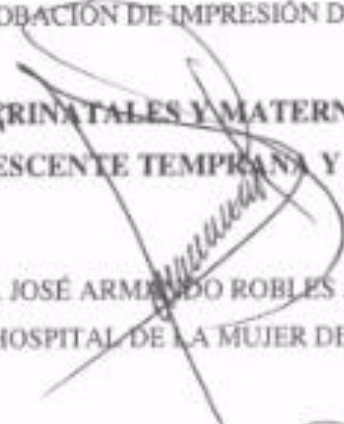
DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

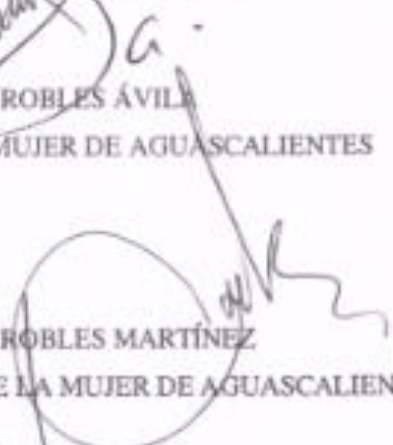



HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES


APROBACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

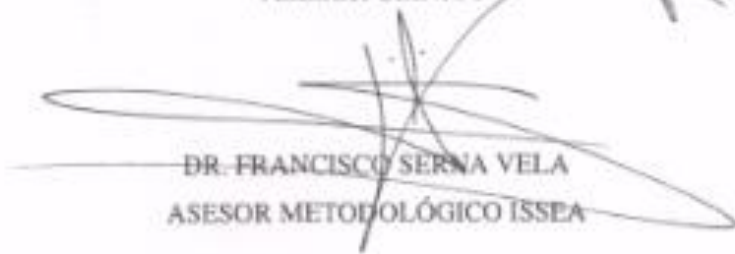
"COMPLICACIONES PERINATALES Y MATERNAS EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTE TEMPRANA Y TARDÍA"


DR. JOSÉ ARMADO ROBLES ÁVILA
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES


DRA. MARÍA CONSUELO ROBLES MARTÍNEZ
JEFA DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES


DRA. MARÍA CONSUELO ROBLES MARTÍNEZ
ASESOR CLÍNICO


DR. JORGE ALEJANDRO MANRÍQUEZ JIMÉNEZ
ASESOR CLÍNICO


DR. FRANCISCO SERNA VELA
ASESOR METODOLÓGICO ISSEA



**PROGRESO
para
todos**

GOBIERNO DE AGUASCALIENTES

DEPENDENCIA:	INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
SECCIÓN:	SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN
Nº DE OFICIO:	5000
EXPEDIENTE:	5000/

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

AGUASCALIENTES, AGS. 24 DE NOVIEMBRE DEL 2016

A QUIEN CORRESPONDA:

EL COMITÉ ESTATAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, BASADO EN LOS ESTATUTOS CONTENIDOS EN EL MANUAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, HA TENIDO A BIEN REVISAR EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN INTITULADO

"COMPLICACIONES PERINATALES Y MATERNAS EN EMBARAZO DE ADOLESCENTES TEMPRANA Y TARDIA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES"

OTORGANDO EL DICTAMEN DE "ACEPTADO" NÚMERO DE REGISTRO: 31 ISSEA-31/16

INVESTIGADOR (S) DE PROYECTO:

MIGUEL ANGEL ORTEGA CASTRO

LUGAR DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

HOSPITAL DE LA MUJER DE AGUASCALIENTES.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR (S) DE INVESTIGACIÓN:

DR. DANIEL ELY BRAVO AGUIRRE

DR. ALEJANDRO MANRIQUEZ JIMENEZ

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. FRANCISCO SERNA VELA

ESPERANDO QUE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REDUNDE EN BENEFICIO A NUESTRA POBLACIÓN, NOS PONEMOS A SUS ÓRDENES.

ATENTAMENTE

DR. JAVIER GÓNGORA ORTEGA, MCM
SECRETARIO TÉCNICO

C.C.P. - ARCHIVO



UNIDAD
DE INVESTIGACIÓN

Secretaría de
SALUD
ISSEA

www.aguascalientes.gob.mx
Venerable plaza No. 1501 Fian. Las Arboledas,
Aguascalientes, Ags. C.P. 20120 | Tel: 910 79 00

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme en estos cuatro años de lucha, por darme la fortaleza de cumplir este sueño.

A mi madre por ser mi ejemplo de vida, por darme ese don de ser un buen ser humano. A mi esposa Fernanda por brindarme su apoyo incondicional, por darme fuerza en los momentos más difíciles estos cuatro años, su compañía, alentándome a seguir adelante y su eterna paciencia en este largo camino. A mis hijos Miguel y Ximena por no estar presente en momentos importantes y momentos difíciles, porque son mi razón de ser, mi todo. A mis hermanos Manuel y Jeimy por creer en mí desde el inicio de residencia.

A todos mis maestros por compartir sus conocimientos y experiencia, por su paciencia en cada procedimiento y cirugía.

Al Dr. Manríquez por brindarme su confianza y creer en mí desde el primer año de residencia.

Al Dr. Leopoldo César Serrano Díaz por su tiempo y compartir su amplio conocimiento durante estos años. Al Dr. Daniel Ely Bravo Aguirre y la Dra. María del Consuelo Robles Martínez por el interés que tienen para mejorar como médico, así como para el desarrollo de esta tesis.

Al Dr. Francisco Javier Serna Vela por su tiempo y asesoría para la elaboración de esta tesis.

A todos mis compañeros por compartir aquellos momentos de felicidad, tristeza, desgaste físico, mental, desvelos y arduo trabajo estos cuatro años.

INDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICAS	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	8
1.1 Marco histórico	8
1.2 Marco científico	8
1.3 Marco normativo	16
1.4 Marco conceptual	21
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	23
2.1 Planteamiento del problema	23
2.2 Pregunta de investigación	24
2.3 Objetivos	24
2.3.1 Objetivo general	24
2.3.2 Objetivos específicos	24
2.4 Hipótesis	25
2.4.1 Hipótesis alterna	25
2.4.2 Hipótesis nula	26
CAPÍTULO III. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS	26
3.1 Tipo y diseño del estudio	26
3.2 Población en estudio	26
3.3 Operacionalización de las variables	26
3.4 Selección de la muestra	33

3.5 Criterios de selección.....	33
3.5.1 Criterios de inclusión.....	33
3.5.2 Criterios de exclusión.....	33
3.5.3 Criterios de eliminación.....	33
3.6 Recolección de la información.....	34
3.6.1 Instrumento.....	34
3.6.2 Logística.....	34
3.6.3 Consideraciones bioéticas.....	34
3.6.4 Recursos humanos.....	34
3.6.5 Recursos materiales.....	34
3.6.6 Recursos financieros.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	61
SUGERENCIAS.....	63
BIBLIOGRAFIA.....	64
ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Nivel de escolaridad. 11

Figura 2. Primera consulta prenatal. 11

Figura 3. Porcentaje de edad por estado. 12

Figura 4. Muertes martenas en el 2016..... 13

Figura 5. Tasa de fecundidad..... 15

Figura 6. Tasa de fecundidad 2..... 16

Figura 7. Tasa de natalidad de adolescentes..... 16

Tabla 1. Operacionalización de variables..... 26

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Adolescentes 35

Gráfica 2. Edad. 36

Gráfica 3. Estado civil. 36

Gráfica 4. Escolaridad..... 37

Gráfica 5. Paridad 37

Gráfica 6. Ocupación. 38

Gráfica 7. Control prenatal. 38

Gráfica 8. Inicio de control prenatal. 39

Gráfica 9. Numero de consultas..... 40

Gráfica 10. Utilización de metodo de planificación 40

Gráfica 11. Metodo de planificación familiar..... 41

Gráfica 12. Tabaquismo antes del embarazo. 41

Gráfica 13. Tabaquismo durante el embarazo 42

Gráfica 14. Consumo de alcohol antes del embarazo..... 42

Gráfica 15. Consumo de alcohol durante el embarazo..... 43

Gráfica 16. Toxicomanías	43
Gráfica 17. Infeccion de vías urinarias durante el embarazo.....	44
Gráfica 18. Aparación de cervicovaginitis en el embarazo.	44
Gráfica 19. Presencia de amenaza de aborto.	45
Gráfica 20. Presencia de hipertensión.....	46
Gráfica 21. Tipo de hipertensión en el embarazo.	46
Gráfica 22. Diabetes gestacional.	47
Gráfica 23. Ruptura prematura de membranas.	47
Gráfica 24. Amenaza de parto pretermino.....	48
Gráfica 25. Oligohidramnios.	48
Gráfica 26. Anemia.....	49
Gráfica 27. Tipo de nacimiento.	49
Gráfica 28. Indicación de cesárea.	50
Gráfica 29. Realizacion de episiotomia.....	51
Gráfica 30. Desgarro perineal.....	51
Gráfica 31. Peso del recién nacido.....	52
Gráfica 32. Semanas de gestación por Capurro.....	53
Gráfica 33. Estado vital de recién nacido.....	54
Gráfica 34. Apgar al minuto y a los 5 minutos.....	54
Gráfica 35. Complicaciones del recién nacido.....	55
Gráfica 36. Tipo de complicación del recién nacido.....	56

RESUMEN

ANTECEDENTES: Las complicaciones en el embarazo en la adolescente hoy en día son más frecuentes por encontrar un mayor índice de embarazos en este grupo de edad. Se estima que el 25% de los nacimientos ocurridos en los sectores de salud en México corresponden a mujeres menores de 20 años. Una de las principales complicaciones observadas en este grupo son amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, presencia de infecciones del aparato genitourinario, hipertensión, productos con bajo peso al nacer, Apgar bajo y productos prematuros.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal comparativo y retrospectivo en 208 expedientes de pacientes adolescentes embarazadas que se atendieron en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes durante el año 2016, identificando las principales complicaciones y comparando entre grupos de adolescentes temprana y tardía.

RESULTADOS: Las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de adolescente temprana fueron: infección de vías urinarias (56.7%), cervicovaginitis (37.8%), amenaza de aborto (14.9%), amenaza de parto pretermino (12.2%) e hipertensión gestacional (9.4%). La principal complicación que se presentó en las madres adolescentes de ambos grupos fueron la presencia de anemia y las infecciones de vías urinarias, y en el recién nacido de ambos grupos fue la dificultad respiratoria.

CONCLUSIÓN: Las principales complicaciones que se observaron en ambos grupos de edad fueron: infección de vías urinarias, cervicovaginitis, anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto pretermino, ruptura de membranas. En los recién nacidos la complicación más frecuente fue la dificultad respiratoria. Por lo tanto debemos promover estrategias de impacto en planificación familiar en la población adolescente, y garantizar medidas de detección oportuna para evitar complicaciones en la mujer adolescente embarazada, población que va en aumento cada día y que se expone a embarazos no planeados y sus repercusiones.

ABSTRACT

BACKGROUND: Complications in pregnancy in adolescents today are more frequent because they find a higher rate of pregnancies in this age group. It is estimated that 25% of the births occurred in the health sectors in Mexico correspond to women under 20 years of age. One of the main complications observed in this group is the threat of abortion, threat of preterm labor, presence of genitourinary tract infections, hypertension, low birth weight products, low Apgar and premature products.

MATERIAL AND METHODS: A comparative and retrospective observational, descriptive, cross-sectional study of 208 cases of pregnant adolescent patients attended at the Aguascalientes Women's Hospital in 2016, identifying the main complications and comparing the groups of early and late adolescents.

RESULTS: Urinary tract infection (56.7%), cervicovaginitis (37.8%), threat of abortion (14.9%), threatened preterm birth (12.2%) and Gestational hypertension (9.4%). The main complication of adolescent mothers in both groups was the presence of anemia and urinary tract infections, and respiratory distress in the newborn of both groups.

CONCLUSION: The main complications observed in both age groups were: urinary tract infection, cervicovaginitis, anemia, threat of abortion, threat of preterm birth, rupture of membranes. In the newborns, the most frequent complication was respiratory distress. Therefore we must promote strategies of impact in family planning in the adolescent population, and ensure timely detection measures to avoid complications in adolescent pregnant women, a population that is increasing every day and that is exposed to unplanned pregnancies and their repercussions.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se define como aquel embarazo en la mujer de 10 a 19 años de edad (OMS). Es un fenómeno que se observa cada vez con más frecuencia en países en desarrollo y al mismo tiempo, que suelen frenar el crecimiento y desarrollo de éstos individuos en ésta etapa.

A nivel mundial se estimada una población de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; y contribuyen con el 10% de todos los nacimientos del mundo. Cada año, aproximadamente, 15 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad dan a luz. En lo que se refiere a México, en ese mismo grupo de edad se registran 400,000 nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años de edad. El embarazo en la adolescencia se asocia con múltiples factores anatómicos, sociales, demográficos, culturales; también se asocia a múltiples complicaciones durante el embarazo debido a la inmadurez biológica, como parto pretermino, peso bajo al nacer, amenaza de aborto entre otras.

Según la Organización Mundial de la Salud se estima que más del 80% de los embarazos en la adolescencia se encuentra en población en vías de desarrollo. Las complicaciones en el embarazo en éste grupo edad, repercute en el estado físico y emocional, deteniendo el crecimiento y desarrollo de la propia mujer adolescente.

La Organización Panamericana de Salud menciona que en una mujer embarazada adolescente de entre 15 y 19 años de edad tiene más riesgo de interrumpir el embarazo por vía cesárea, ya que en ellas se enfrentan a episodios de mayor riesgo durante el trabajo de parto.

En México el embarazo en la adolescente es un problema de salud pública, pues representa el 25% del total de los nacimientos de los hospitales del sector público.

Identificar las complicaciones más frecuentes en el embarazo de la población adolescente del Hospital de la Mujer de Aguascalientes, tanto en el grupo de adolescente temprana y tardía, garantizarán implementar estrategias de impacto para mejorar la salud perinatal en éste fenómeno.

CAPITULO I. MARCO TEORICO.

1.1 Marco histórico

Las estadísticas de la década de 1950 en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros, constituyeron la principal preocupación de la educación sexual, y fueron la base para proporcionar información respecto de la sexualidad y el valor que ésta tiene ante la sociedad. Hacia 1960 hubo una nueva tendencia en la educación sexual que fue considerada como la cimiento para el desarrollo integral de la personalidad y el mejor establecimiento de las relaciones interpersonales. ⁽¹⁾

En las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual estaba circunscrita a la familia, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información acerca del tema a sus hijos e hijas; con el transcurso del tiempo, y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión en forma colectiva, extendiéndose con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades con la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes.

De acuerdo a las cifras de la población mundial actual, las cuales sobrepasan los 6 mil millones, un 17% corresponde al grupo de edad de 15 a 24 años, de estos el 10% terminan en embarazo, lo que representa por obvio el 10% del total de los nacimientos en el mundo. Las mujeres adolescentes de 15 a 19 años tienen un parto, independientemente de la vía de terminación del embarazo, representando unos 15 millones en todo el mundo. En lo que se refiere a México, en ese mismo grupo de edad se registran 400,000 nacimientos anuales, 20% en mujeres menores de 20 años de edad. ⁽²⁾

1.2 Marco científico

De acuerdo con a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es la etapa que transcurre desde los 10 hasta los 19 años de edad, donde el individuo afronta cambios físicos, biológicos, psicológicos y por ende sociales encaminados a lograr la madurez biológica y mental que le permita un crecimiento y desarrollo apropiados para enfrentar los

embates de la vida adulta, la interrupción de cualquiera de estos cambios marcan de manera importante el futuro de un adolescente cuando por falta de madurez deben tomar decisiones cruciales para proyectar el rumbo de sus vidas. El embarazo en adolescentes es un fenómeno que se observa cada vez con más frecuencia en países en desarrollo y al mismo tiempo, unos de los factores más comúnmente observados que suelen frenar el crecimiento y desarrollo de estos individuos en esta etapa, generando riesgos para su prosperidad así como riesgos en la salud física y mental. ⁽³⁾

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer y prematurez. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica. ⁽⁴⁾

Factores predisponentes para embarazo en la adolescencia:

- Aparición temprana de la menarca (primera menstruación).
- Desintegración familiar.
- Relaciones sexuales precoces.
- Libertad sexual.
- Búsqueda de una relación de pareja.
- Circunstancias particulares como prostitución, violación, incesto y adolescentes con problemas mentales.

Según la OMS (2013) las adolescentes que se embarazan aunado los factores de riesgo que se señalan a continuación, incrementarán las complicaciones perinatales:

- El estilo de vida: Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas, alimentación muy deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química.
- Enfermedades de transmisión sexual: La promiscuidad y la falta de educación en estas áreas, agravan los riesgos de la adolescente embarazada.

Complicaciones para la madre adolescente:

- El control prenatal tardío: Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebe. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres mayores de 20 años.
- Bebes de bajo peso al nacer: Los bebes de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, que los bebes nacidos de madres de 20 años o más.
- Parto por cesárea: La causa principal de las cesáreas se debe fundamentalmente a la desproporción pélvico fetal (la pelvis de la adolescente no tiene el tamaño adecuado para permitir el parto), sobretodo en la etapa de adolescencia temprana, que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.
- Mortalidad Infantil Perinatal: El riesgo de mortalidad infantil perinatal aumenta en los hijos de madres menores de 20 años.
- Abortos provocados: existe un aumento en el número de abortos provocados lo que pone en riesgo la vida de la adolescente. ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾

El 80% de las adolescentes embarazadas pertenecen a un medio socioeconómico desfavorable, a una familia desintegrada, numerosa, monoparental, afectada por el desempleo. Las madres del 76% de estas adolescentes también fueron madres adolescentes. En las adolescentes, el embarazo en una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como aumento en el índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimiento deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada, así como problemas de índole social: rechazo en la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido. ⁽⁷⁾

Distribución porcentual de la población joven por grupo quinquenal de edad según nivel de escolaridad 2014

Grupos de edad	Total	Sin instrucción y preescolar	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria ^a	Media superior ^b	Educación superior ^c
Total	100.0	1.2	3.0	7.7	34.4	33.8	19.9
15 a 19	100.0	0.9	2.1	5.9	42.2	44.7	4.2
20 a 24	100.0	1.2	2.7	7.5	28.7	29.9	30.0
25 a 29	100.0	1.7	4.4	10.4	31.1	24.4	28.0

FIGURA 1. NIVEL DE ESCOLARIDAD. FUENTE. INEGI 2014.

Se ha reportado que más del 8.1% de las adolescentes de 12 y 15 años tuvieron dos o menos visitas a control prenatal, menor que el porcentaje de las mujeres embarazadas de 16 y 19 años y de las mujeres adultas. Además, en este grupo de adolescentes es menor el promedio de la edad gestacional, el peso al nacer y al Apgar y mayor la frecuencia de cesárea. ⁽⁸⁾

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años por edad desplegada según trimestre a la primera consulta prenatal 2014

Edad	Trimestre a la primera consulta prenatal			No recibió consulta
	Primero	Segundo	Tercero	
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
15 años	5.4	6.2	6.5	7.5
16 años	12.4	13.6	13.8	14.1
17 años	20.6	21.0	20.5	19.9
18 años	27.3	26.9	27.5	27.9
19 años	34.3	32.3	31.7	30.6

FIGURA 2. PRIMERA COSULTA PRENATAL. FUENTE. INEGI 2014.

Otterbland y su grupo reportan que las adolescentes menores de 17 años de edad tienen mayor riesgo de parto prematuro, muerte fetal tardía y mortalidad perinatal, pero este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características socioeconómicas. Básicamente éste efecto se debe a la pobreza económica, al bajo nivel de escolaridad a la falta de recursos para la atención de salud y el rechazo que le brinda la sociedad a esta población. ⁽⁹⁾

Furzan y sus coautores encontraron que el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública mundial, asociados con mayores riesgos para la salud de la madre y con un peor pronóstico para el niño a corto y a largo plazo. Las adolescentes tienen mayor riesgo

de tener niños afectados por prematuridad, bajo peso, desnutrición y retraso en el crecimiento cognoscitivo; además es mayor la mortalidad infantil. A pesar de ello se desconoce, si el riesgo se debe, primariamente a la inmadurez biológica de la adolescente o de las condiciones sociales precarias. ⁽¹⁰⁾

A pesar de que el número de revisiones promedio efectuadas a las adolescentes supera el mínimo recomendado por la normatividad internacional, preocupa que sea menor que en adultas, ya que, debido a su edad, las adolescentes embarazadas se encuentran expuestas a mayores riesgos de salud que ameritan un seguimiento más cercano del proceso gestacional.

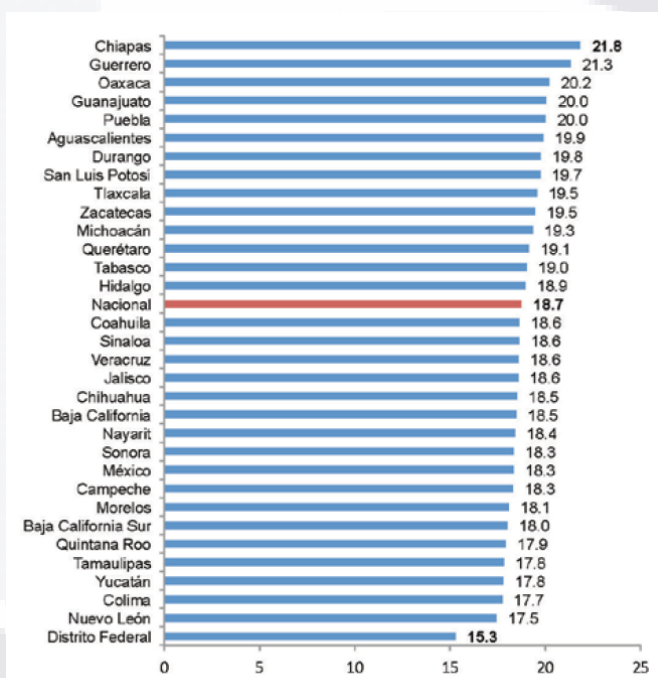


FIGURA 3. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES POR ESTADO. FUENTE. CONAPO

En 2009, las adolescentes (10-19 años de edad) acudieron a atención hospitalaria en Secretaría de Salud (SSA), principalmente por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (82.7%), y de estas las causas son: parto espontáneo (71.2%), parto por cesárea (10.2%), aborto (8.4%), atención materna por desproporción cefalopélvica conocida o presunta (5.6%) y ruptura prematura de membranas (4.6%).

Con respecto a la mortalidad materna en México según el observatorio de mortalidad materna en el 2016 la razón de mortalidad materna calculada fue del 34.4 defunciones por

cada 100 mil nacimientos, con una reducción del 16.5% con respecto a lo registrado en el 2015. Los grupos de edad con mayor razón de mortalidad materna es el de 45 a 49 años. Las principales causas de defunción fueron: Enfermedad hipertensiva, hemorragia obstétrica y aborto. ⁽¹¹⁾

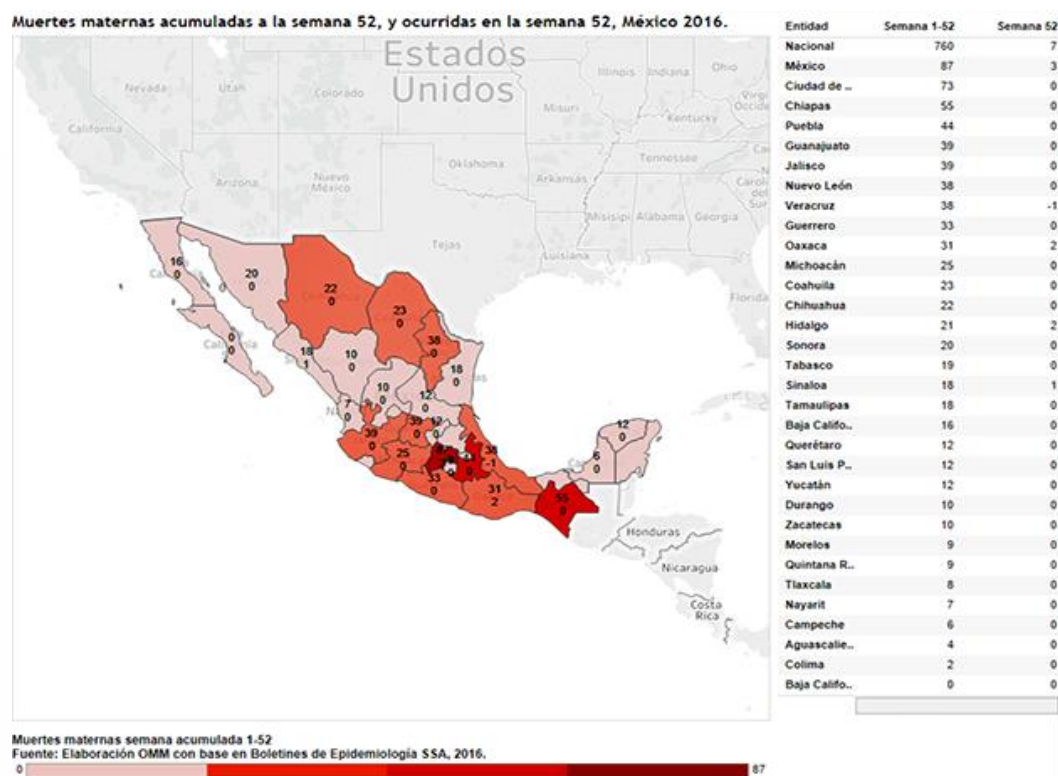


FIGURA 4. MUERTES MATERNAS EN EL 2016. FUENTE. OMM 2016.

En 2008, las defunciones de adolescentes asociadas con el embarazo, parto y puerperio se ubicaron entre las principales causas de muerte, y representaron el 13% de todas las muertes maternas registradas en el país. En el año 2011 la razón de mortalidad materna de las menores de 20 años fue de 53.4, y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100,000 nacidos vivos. ⁽¹²⁾

Asimismo, el número de defunciones asociadas a la maternidad por cada 100,000 nacidos vivos ha aumentado entre las adolescentes. En adolescentes indígenas (de 15-24 años de edad), la mortalidad materna es la primera causa de defunción, duplicando la de las mujeres no indígenas. ⁽¹³⁾

Por otro lado, las complicaciones por abortos inseguros son también una causa de morbilidad materna en adolescentes. En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas avanzadas del embarazo, aumentando el riesgo reproductivo. Una legislación menos restrictiva puede modificar las condiciones que propician la interrupción del embarazo en condiciones inseguras. En 2007 la Asamblea Legislativa del Gobierno del Distrito Federal implementó el Programa de Interrupción Legal del Embarazo. Las cifras de los primeros 3 años indican que 5.1% de las usuarias tienen entre 11-17 años y 12% entre 18-19. Se trata principalmente de mujeres solteras (84%) y sin hijos (75%); el 52% acudió en etapas tempranas del embarazo (< 9 semanas) y los principales motivos para solicitar la interrupción del embarazo fueron la falta de recursos (34%) y el deseo de posponer la maternidad (32%).⁽¹⁴⁾

Con respecto a la incidencia o tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ofrece las siguientes cifras: Durango es el Estado que cuenta con la tasa más alta de fecundidad en adolescentes de los 15 a los 19 años de edad con 79.56 y por el contrario la tasa de incidencia más baja la tiene el Distrito Federal con 36.37. Siguiendo el porcentaje de incidencia el INEGI señala que siete Estados son los que tienen la tasa más alta de fecundidad la cual ubica del 64.77 al 79.56 en donde se encuentran: Chiapas, Guerrero, Chihuahua, Coahuila, Nayarit, Sinaloa, y Durango. Trece son los Estados que se ubican en el rango de 54.55 a 64.77 en la tasa de fecundidad: Puebla, Zacatecas, Campeche, Hidalgo, Veracruz, Aguascalientes, Baja California, Nuevo León, Quintana Roo, Tabasco, Baja California Sur, Tamaulipas y Sonora. Nueve son los Estados que se ubican en un nivel de 44.53 a 54.55: Yucatán, San Luis Potosí, Jalisco, Oaxaca, Tlaxcala, Guanajuato, Morelos, Michoacán y México. Y por último, tres son las Entidades Federativas que se ubican en el rango más bajo que el INEGI señala de 36.39 al 44.53: Distrito Federal, Querétaro y Colima.

Entidad Federativa	%
Aguascalientes	59.90
Baja California	59.99
Baja California Sur	61.39
Campeche	58.11
Chiapas	66.79
Chihuahua	72.47
Coahuila	72.67
Colima	44.53
Distrito Federal	36.39
Durango	79.56
Guanajuato	50.32
Guerrero	69.18
Hidalgo	58.32
Jalisco	50.21
México	54.55
Michoacán	54.48
Morelos	54.22
Nayarit	73.90
Nuevo León	59.45
Oaxaca	50.22
Puebla	56.54
Querétaro	44.45
Quintana Roo	60.66
San Luis Potosí	48.90
Sinaloa	74.92
Sonora	64.77
Tabasco	60.72
Tamaulipas	64.31
Tlaxcala	50.27
Veracruz	59.25
Yucatán	48.79
Zacatecas	56.69

FIGURA 5. TASA DE FECUNDIDAD. FUENTE. INEGI 2014

Con respecto a la salud reproductiva el INEGI señala que las adolescentes de 15 y 19 años de edad el número de nacimientos con respecto a este grupo de edad es de 77 por cada mil habitantes. El embarazo en esta edad no representa solamente un problema de salud para la madre y el producto, sino además presenta repercusiones en lo económico para la madre ya que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de sus estudios.

Tasas específicas de fecundidad
 Trienio 2011 a 2013
 (Nacimientos por cada mil mujeres)

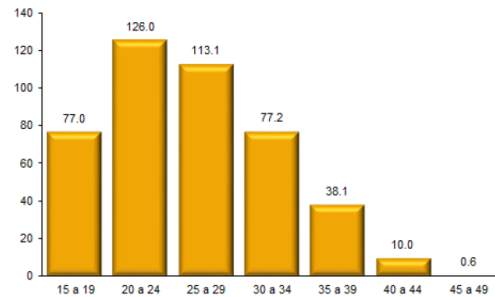


FIGURA 6. TASA DE FECUNDIDAD 2. FUENTE CONAPO

1.3 Marco normativo

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en los países de ingresos bajos y medios, cerca del 10% de las niñas se convierten en madres antes de cumplir los 16 años; las tasas más altas corresponden al África subsahariana y a Asia centromeridional y sudoriental. La proporción de mujeres que se quedan embarazadas antes de cumplir los 15 años varía enormemente incluso dentro de las regiones: en el África subsahariana, por ejemplo, la tasa de embarazos es de un 0,3% en Rwanda, mientras que en Mozambique asciende al 12,2%.

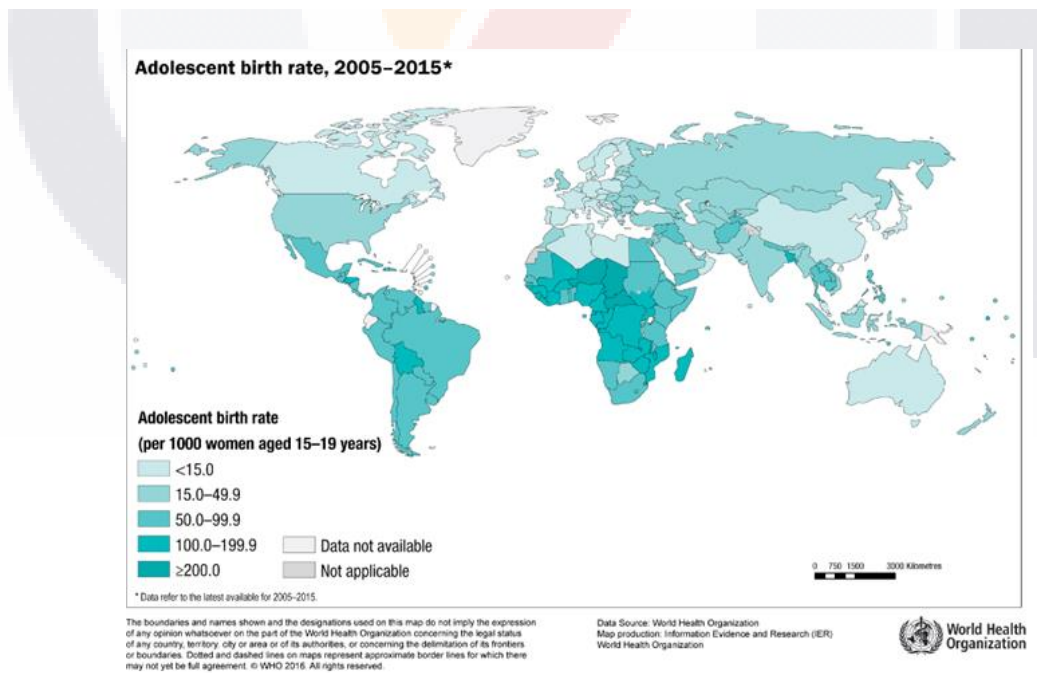


FIGURA 7. TASA DE NATALIDAD MUNDIAL. FUENTE. OMS.

En muchos países tener un hijo fuera del matrimonio es algo bastante común. América Latina, el Caribe, determinadas zonas del África Subsahariana y algunos países de ingresos altos presentan tasas más elevadas de embarazos extramatrimoniales en adolescentes que Asia.

Cuando las gestantes son adolescentes solteras, es mucho más probable que se trate de un embarazo no deseado, como también lo es que se acabe recurriendo al aborto.

Las relaciones sexuales forzadas, denunciadas por un 10% de las mujeres que han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, es una de las causas de los embarazos no deseados en adolescentes.

En los países de ingresos bajos y medios, el 14% de todos los abortos practicados en condiciones poco seguras corresponden a mujeres de entre 15 y 19 años. Cerca de 2,5 millones de adolescentes se someten cada año a abortos peligrosos; por si esto fuera poco, las mujeres de este grupo etario se ven más gravemente afectadas por las complicaciones obstétricas que las de más edad. En América Latina, el riesgo de muerte materna es cuatro veces más elevado en las adolescentes menores de 16 años que en las mujeres veinteañeras.

Muchos problemas de salud están especialmente asociados a consecuencias negativas del embarazo adolescente, como por ejemplo, la anemia, la malaria, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, las hemorragias puerperales y diversos trastornos mentales, como la depresión. En no menos del 65% de las mujeres con fístula obstétrica, la lesión se produce en la adolescencia, con graves consecuencias para la vida de las afectadas, tanto a nivel físico como social.

Las tasas de mortinatalidad y de defunción en la primera semana de vida son un 50% más elevada cuando las madres son menores de 20 años que cuando tienen entre 20 y 29 años. Las defunciones en el primer mes de vida son entre un 50% y un 100% más frecuentes en madres adolescentes que en madres de más edad; cuanto más joven es la madre, mayor es el riesgo.

Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia son más altas entre los hijos de adolescentes; todos estos factores aumentan el riesgo de defunción o de futuros problemas de salud del niño. Las adolescentes embarazadas son más propensas a fumar y consumir alcohol que las mujeres mayores, hábitos estos que pueden acarrear muchos problemas para el niño, también después del parto.

Muchas adolescentes abandonan la escuela al quedarse embarazadas, lo cual tiene consecuencias a largo plazo tanto para ellas mismas como individuos, como para sus familias y comunidades.

Según han demostrado diversos estudios, retrasar los embarazos adolescentes podría contribuir considerablemente a reducir las tasas de crecimiento demográfico, lo que a su vez podría generar importantes beneficios económicos y sociales, además de mejorar la salud adolescente. ⁽¹⁵⁾

Las tasas de maternidad adolescente han disminuido significativamente en la mayoría de los países y regiones en las últimas dos a tres décadas.

La edad a la que las mujeres contraen matrimonio por primera vez está aumentando en muchos países, al igual que las tasas de uso de anticonceptivos entre los adolescentes, tanto casados como solteros. El nivel educativo de las niñas ha aumentado en la mayoría de los países, y también se han ampliado las oportunidades de empleo. El bajo nivel educativo está estrechamente relacionado con la maternidad temprana.

De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud (OPS) las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas tienen mayor riesgo de tener consecuencias adversas en salud, tienen menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleo informal y de pobreza, y sus niños sufren más riesgos de la salud. La mitad de los países de la Región de las Américas presentan tasas de fecundidad entre adolescentes de 15–19 años de edad por encima de 72 por 1.000 mujeres. El 20% de los partos en la Región correspondió a mujeres menores de 20 años

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

de edad, y se estima que el 40% de los embarazos fue no planificado. En América Latina y el Caribe, en el 2003, el 45% (405) del total de muertes estimadas (900) por abortos inseguros se registra en mujeres menores de 24 años. ⁽¹⁶⁾

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

Según la Norma Oficial Mexicana 047-SSA2-2014 la adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas, una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal. Aunque hay suficientes publicaciones en las que se analiza este periodo, existe poco acuerdo sobre el comienzo y el final de la adolescencia y sobre los límites de esta determinación. Desde la perspectiva biológica, el hincapié está en el comienzo y el final de la pubertad y desde el aspecto legal, se determina a partir de los diferentes grupos de edad establecidos por la ley. Entre los integrantes del grupo etario, la adquisición de habilidades, tales como asumir la responsabilidad de sus propios actos y tomar sus propias decisiones, suele considerarse un aspecto importante que está más relacionado con la distinción entre la adultez y la adolescencia.

Si bien la adolescencia puede abarcar desde los 10 años o más, la mayoría de los sociólogos y profesionales de las ciencias sociales reconocen que, debido al importante crecimiento psicológico y social que se produce en esa década, tiene más sentido considerar los años de la adolescencia como una serie de fases y no como una etapa uniforme.

Teniendo esto en consideración, en materia de atención de la salud a esta población, las etapas previa y posterior a este periodo son de suma importancia para la adopción y mantenimiento de un estilo de vida que promueva la salud. La Organización Panamericana de la Salud destaca la importancia de la intervención temprana previa a la adolescencia, en lugar de hacerlo más tarde, cuando ya se han adquirido los patrones de conducta que comprometen la salud y posiblemente sea más difícil modificarlos. Esta intervención es más eficiente cuando la atención de la salud continúa hasta el inicio de la siguiente etapa de la vida. Desde la perspectiva de la Salud Pública en México, existe una ausencia de

normativa específica para determinar los mecanismos que lleven a preservar la salud durante esta etapa del desarrollo humano a fin de establecer hábitos y estilos de vida que promuevan que los integrantes del grupo etario, tengan amplios márgenes de seguridad de cursar una vida adulta y una senectud, lo más saludable posible.

El aumento de la población en este rango de edad genera una demanda específica permanente en los sistemas nacionales de salud, educación y trabajo. Es durante este rango de edad que las y los jóvenes están expuestos a situaciones de vulnerabilidad y riesgo, por lo que es factible que adquieran hábitos que requieren intervenciones mayores de los sectores público, privado y social, para atender los déficits que se presentan a su salud; las condiciones que afectan su estado de nutrición, como el sobrepeso, obesidad, bajo peso y conductas alimentarias de riesgo, con las consecuencias a largo plazo en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, la hipertensión arterial y los accidentes cerebro vasculares; así como, el consumo de tabaco, de alcohol o de sustancias psicoactivas; el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida; la violencia física, sexual o emocional, las acciones de daño físico autoinfligido y los accidentes, son los principales retos que se deben atender desde una perspectiva de prevención y promoción de estilos de vida saludables. Los problemas de salud tienden a ser muy diferentes de los que se presentan a edades más tempranas y están condicionados por una carga psicosocial elevada y un bajo tenor de trastornos orgánicos.

Los adolescentes constituyen una población prioritaria para la salud sexual y reproductiva (SSyR) a nivel global; sus propias características (biológicas, psicológicas y sociales) los colocan en cierta situación de vulnerabilidad. En México, de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), la población de 12-19 años de edad representa el 15.6% de la población total. ⁽¹⁷⁾

Una de las acciones básicas para la preservación de la salud materna e infantil es la atención prenatal por parte de personal calificado. Para lograr un mejor bienestar de la madre y el hijo, la Norma Oficial Mexicana 007 recomienda que al menos sean cinco las

consultas durante un embarazo de bajo riesgo (sean adultas o adolescentes). En el caso de las adolescentes mexicanas de 15-19 años de edad, el número promedio de consultas prenatales en 2009 es de 6.5, en tanto que en las mujeres de 15-49 años es de 7.4.

1.4 Marco conceptual

ABORTO. Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso y/o menos de 22 semanas completas de gestación.

ADOLESCENCIA. Es la etapa que transcurre desde los 10 hasta los 19 años de edad, donde el individuo afronta cambios físicos, biológicos, psicológicos y por ende sociales encaminados a lograr la madurez

ATENCIÓN PRENATAL. Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico.

CESÁREA. Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al producto de la concepción, vivo o muerto, así como sus anexos, a través de una laparotomía e histerotomía.

DIABETES GESTACIONAL. Es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, ésta traduce una insuficiente adaptación a la insulino-resistencia que se produce en la gestante.

DISTOCIA. Anormalidades en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requiere maniobras especiales.

EDAD GESTACIONAL. Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

EMBARAZO COMPLICADO. Certeza de estados patológicos durante la gestación, que incrementan la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido y que requiere atención especializada.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Embarazo con altas probabilidades de presentar estados patológicos que pueden incrementar la morbilidad de la mujer, del feto o del recién nacido.

MUERTE MATERNA. Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Muerte Materna Directa relacionado con las complicaciones propias del embarazo. Muerte Materna Indirecta causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

MUERTE NEONATAL. Pérdida de vida del recién nacido, en el periodo comprendido desde su nacimiento hasta los 28 días completos.

NACIMIENTO CON PRODUCTO PRETÉRMINO. Nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO. Producto de la concepción menor a 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Usher, Capurro, Ballard y Ballard modificado.

RECIÉN NACIDO INMADURO. Producto de la concepción de 22 semanas a menos de 28 semanas de gestación o de 501 a 1,000 gramos.

RECIÉN NACIDO DE PESO BAJO PARA EDAD GESTACIONAL. Recién nacido que tiene peso inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas.

RESTRICCIÓN EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. Producto de la concepción que en su exploración prenatal tiene un crecimiento menor a lo esperado para la edad gestacional, identificado por clínica y/o ultrasonido, nace con un peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional, implicándole una restricción patológica en su capacidad para crecer.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento del problema

El Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes, perteneciente al instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, es un Hospital de segundo nivel enfocado exclusivamente a la atención médico – quirúrgico en las áreas de Ginecología y Obstetricia y Neonatología.

Atiende a población en general, con un predominio de pacientes afiliadas al Seguro Popular y población sin seguridad social, en la mayoría pertenecientes a un estrato social y económico medio y bajo. Cuenta con personal becario, con residentes de los cuatro años de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, residentes rotantes de las Especialidades de Anestesiología y Pediatría, así como Médicos Internos de Pregrado.

En el Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes durante el año 2016 se registraron 10,370 procedimientos obstétricos de los cuales 3,140 (30.2%) fueron registrados en mujeres adolescentes de 12 y 19 años. De los procedimientos obstétricos reportados en este grupo de edad 2,812 (89.5%) fueron nacimientos y 328 (10.5%) abortos de acuerdo a estas cifras reportadas en nuestro hospital. Mencionando las cifras reportadas de los nacimientos en la adolescencia superan considerablemente a las estadísticas internacionales y nacionales.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que se observa cada vez con más frecuencia en países en desarrollo y en el mismo tiempo, unos de los factores más comúnmente observados que suelen frenar el crecimiento y desarrollo de estos individuos en esta etapa, genera riesgos para su prosperidad así como riesgos en la salud física y mental.

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer y prematuridad. Esta asociación refleja un ambiente socio-demográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes o inmadurez biológica.

El objetivo de estudio es identificar las principales complicaciones que se presentan en aquellas mujeres embarazadas adolescentes tempranas y tardías menores de 19 años

atendidas en el hospital de la Mujer de Aguascalientes, así como identificar y comparar de acuerdo a los dos grupos de edad la frecuencia y el tipo de complicación.

Palabras clave: Embarazo en la adolescencia, factores riesgo, complicaciones maternas y fetales.

2.2 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las principales complicaciones perinatales en el embarazo en la adolescencia temprana y tardía en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes?

2.3 Objetivos.

2.3.1 Objetivo General.

Identificar las principales complicaciones perinatales en el embarazo del adolescente temprana y tardía.

2.3.2 Objetivos específicos.

1. Comparar las complicaciones en el embarazo en la adolescente temprana y tardía.
2. Describir el grupo de madres adolescentes de los dos grupos temprana y tardía.
3. Determinar el tipo y frecuencia de las múltiples complicaciones en el grupo de madre adolescente y tardía, comparar entre ambos grupos.
4. Conocer la vía de terminación del embarazo y frecuencia de en el grupo de madres adolescentes en los dos grupos de madre temprana y tardía, realizar comparación entre ambos grupos.
5. Conocer la edad más frecuente en la que se embaraza la mujer adolescente, comparar entre ambos grupos.
6. Averiguar la edad gestacional más frecuente de inicio de control prenatal en la mujer adolescente y comparar entre ambos grupos.

7. Determinar el método más utilizado en la mujer adolescente temprana y tardía y comparar entre ambos grupos.
8. Conocer el estado civil más frecuente de la adolescente temprana y tardía y comparar entre ambos grupos.
9. Conocer la escolaridad de la mujer adolescente temprana y tardía y comparar entre ambos grupos.
10. Percatarse de la ingesta de alcohol y tabaco así como de drogas antes y durante el embarazo en la adolescente temprana y tardía, comparar entre ambos grupos.
11. Conocer el número y causas de muertes maternas en el grupo de madres adolescentes tempranas y adolescente tardía, realizar comparación entre ambos grupos.
12. Determinar la frecuencia y proporción de recién nacidos de término, prematuros, posttérmino e inmaduros de los recién nacidos de madres adolescentes temprana y tardía, realizar comparación entre ambos grupos.
13. Determinar la frecuencia y proporción de recién nacidos con peso bajo, peso adecuado y macrosomía de los recién nacidos de madres adolescentes temprana y tardía, realizar comparación entre ambos grupos.
14. Conocer las complicaciones de los recién nacidos de madre adolescente temprana y tardía, comparar entre ambos grupos.

2.4 Hipótesis.

2.4.1 Hipótesis alterna

En el Hospital de la Mujer de Aguascalientes las complicaciones maternas y perinatales que se presentan en la mujer embarazada adolescente, son más frecuentes en la mujer adolescente temprana en comparación con la mujer adolescente tardía.

24.2 Hipótesis nula

En el Hospital de la Mujer de Aguascalientes las complicaciones maternas y perinatales que se presentan en la mujer embarazada adolescente, no son más frecuentes en la mujer adolescente temprana en comparación con la mujer adolescente tardía.

CAPÍTULO III. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

3.1 Tipo y diseño del estudio

Observacional, descriptivo, transversal comparativo y retrospectivo.

3.2 Población en estudio

Mujeres embarazadas adolescentes de 12 a 19 años que acudieron al Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes en el periodo de enero a diciembre del 2106.

3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION E ÍTEMS
EDAD Cualitativa Ordinal	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Grupo de edad años. <ul style="list-style-type: none"> • 12 a 15 años • 16 a 19 años.
ESTADO CIVIL Cualitativa nominal	Situación civil de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Divorciada • Viuda

<p>ESCOLARIDAD Cualitativa Nominal</p>	<p>Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Lee y escribe • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Preparatoria incompleta • Preparatoria completa • Técnico • Profesional
<p>PARIDAD Cualitativa Nominal</p>	<p>Número de embarazos que ha tenido una mujer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primigestas • Multigestas
<p>OCUPACIÓN Cualitativa nominal</p>	<p>Actividad laboral o estudiantil a la que dedica su tiempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleada • Profesionista • Estudiante
<p>CONTROL PRENATAL TARDÍO Cualitativa Nominal</p>	<p>Inicio de control prenatal después de la semana doce de Gestación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
<p>INICIO DE CONTROL PRENATAL Cualitativa ordinal</p>	<p>Inicio de asistencia médica que recibe una paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre • Segundo trimestre • Tercer trimestre
<p>NÚMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL Cualitativa ordinal</p>	<p>Número de consultas que recibe una mujer embarazada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5

		<ul style="list-style-type: none"> • 6 • etc.
METODO ANTICONCEPTIVO Cualitativa nominal	Conjunto de métodos para evitar el embarazo, los cuales pueden ser naturales o artificiales, hormonales, orales o inyectados.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizó • No utilizó
TABAQUISMO Cualitativa nominal	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo del tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente antes del EMB • Ausente antes del EMB • Presente durante el EMB • Ausente durante el EMB
ALCOHOLISMO Cualitativa nominal	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo del alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente antes del EMB • Ausente antes del EMB • Presente durante el EMB • Ausente durante el EMB
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Cualitativa nominal	Trastornos que afectan el embarazo y exigen cuidado clínico y médico.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
INFECCION DE VIAS URINARIAS Cualitativa nominal	Grupo heterogéneo de condiciones con etiologías diferentes, que tienen por denominador común la presencia de gérmenes en el tracto urinario, cuando este es habitualmente estéril, asociada a	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente

	sintomatología clínica variable.	
CERVICOVAGINITIS Cualitativa nominal	Se entiende por cervicovaginitis infecciosa a la inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (cándida), bacterias (vaginosis) y protozooario por tricomonas vaginalis.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
AMENAZA DE ABORTO Cualitativa nominal	Presencia de sangrado transvaginal antes de las 21.6 semanas de gestación sin presencia de modificaciones cervicales, acompañada o no de dolor en hipogastrio.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
HIPERTENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO Cualitativa Nominal	Elevación sostenida de la presión arterial. Presión sistólica \geq de 140 mm Hg., presión diastólica \geq de 90 mm Hg., por lo menos en dos registros con un mínimo de 6 horas entre uno y otro; o bien, una elevación de 30 mm Hg o más en la presión sistólica y 15 mm Hg o más en la presión	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente

		diastólica, sobre las cifras previas existentes en el primer trimestre del embarazo.	
TIPO DE HIPERTENSIÓN Cualitativa Nominal		Clasificación de estado hipertensivo del embarazo de acuerdo a lineamiento técnico (hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia / eclampsia e hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión crónica • Hipertensión gestacional • Preeclampsia / Eclampsia • Hipertensión crónica + Preeclampsia sobre – agregada
DIABETES GESTACIONAL Cualitativa Nominal		Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad, que se reconoce por primera vez durante el embarazo y, que puede resolverse después de éste.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Cualitativa Nominal		Solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		Presencia de actividad uterina después de las 22 semanas de gestación y	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente

Cualitativa Nominal	antes de las 36.6 semanas, con presencia ó no de modificaciones cervicales.	
OLIGOHDAMNIOS Cualitativa Nominal	Disminución de líquido amniótico.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
ANEMIA Cuantitativa Nominal	Hemoglobina menor a 11 g/dl. Hematocrito menor a 32%.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
TIPO DE NACIMIENTO Cualitativa Nominal	Vía de interrupción del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Parto • Cesárea • Fórceps
REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA. Cuantitativa Nominal	incisión en la zona vulvoperineal que se practica para ampliar el canal blando del parto en su nivel más bajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
DESGARROS VAGINALES DURANTE LA ATENCION DEL PARTO.	Lesión producida durante la expulsión del producto, comprometiendo mucosa vaginal, músculos así como mucosa y submucosa de recto.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
PESO DEL PRODUCTO Cualitativa ordinal	Peso del producto inmediatamente después del nacimiento.	Grupos (gramos) <ul style="list-style-type: none"> • < 500 gramos. • 500 – 999 gramos. • 1000 – 1499 gramos.

		<ul style="list-style-type: none"> • 1500 – 1999 gramos. • 2000 – 2499 gramos. • 2500 – 2999 gramos. • 3000 – 3499 gramos. • 3500 – 3999 gramos. • > 4000 gramos.
<p>CAPURRO Cuantitativa Ordinal</p>	<p>Escala de medición para el cálculo de edad gestacional del recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Semanas <ul style="list-style-type: none"> ○ Extremadamente prematuros: < a 28 sem. ○ Muy prematuros: 28.1 a 32.6 semanas. ○ Prematuros tardíos: 33 a 36.6 semanas.
<p>ESTADO VITAL DEL PRODUCTO AL NACER Cualitativa nominal</p>	<p>Estado de actividad de los seres orgánicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vivo • Muerto
<p>APGAR (AL MINUTO Y 5 MIN.) Cuantitativa Ordinal</p>	<p>Escala de puntuación que evalúa el estado de salud según la adaptación y capacidad de recuperación del recién nacido, al minuto de nacido y a los cinco minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puntos • Sin depresión: 8 -10 • Depresión moderada 4-7 • Depresión severa = ≤ 3
<p>COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO Cualitativa nominal</p>	<p>Entidad clínica presentada por el producto al momento del nacimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de dificultad respiratoria • Hemorragia intraventricular • Sepsis • Malformaciones

3.4 Selección de la muestra

En base a la población de 3140 procedimientos obstétricos realizados en mujeres adolescentes de 12 a 19 años en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes durante el año 2016, de los cuales 2,812 fueron nacimientos constituyen nuestro universo de población y tomando en cuenta la prevalencia de las complicaciones perinatales y maternas en la mujer adolescente, se realizó una fórmula de proporciones para población finita con un nivel de confianza del 99% y con un error mínimo del 0.05%, dándonos por resultado un tamaño de muestra de 208 pacientes como mínimo esperado a calcular, 74 en mujeres adolescentes de 12 a 15 años y 134 en mujeres adolescentes de 16 a 19 años.

3.5 Criterios de selección

3.5.1 Criterios de inclusión

Todos los nacimientos de embarazadas adolescentes atendidas en el año 2016 del hospital de la Mujer de Aguascalientes que tengan expediente clínico completo.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que llevaron su control prenatal en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes y la resolución del embarazo se llevó fuera de él.
- Aquellos embarazos que terminaron en aborto.

3.5.2 Criterios de eliminación

- Pacientes con expediente clínico incompleto y/o no legible.

3.6 Recolección de la información

3.6.1 Instrumento

Cédula de captura que registra los datos del expediente clínico de las madres adolescentes y el recién nacido (ver anexo 1). Se elabora tabla con las variables a estudiar para registrar los datos y resultados obtenidos.

3.6.2 Logística

Se obtendrá la información requerida del muestreo consecutivo del producto nacido e información de la madre adolescente y sus antecedentes atendidas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes en el periodo 2016 de acuerdo al número de muestra calculado. Se solicitan dichos expedientes en el área de archivo, se descartan aquellos expedientes de pacientes que se encuentren incompletos o que la terminación del embarazo se realizó en otra unidad médica, se llenara una hoja foliada con las preguntas de estudio (Anexo 1).

3.6.3 Consideraciones bioéticas

Este estudio se adapta a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, de acuerdo al título quinto referente a Investigación para la Salud, establecido en el artículo 100 de la Ley General de Salud, respetando la confidencialidad de las pacientes y especial resguardo de datos por la ley.

3.6.4 Recursos humanos

Médico residente, personal administrativo y de archivo clínico.

3.6.5 Recursos materiales

Bases de datos, laptop, papel, pluma, marcatextos.

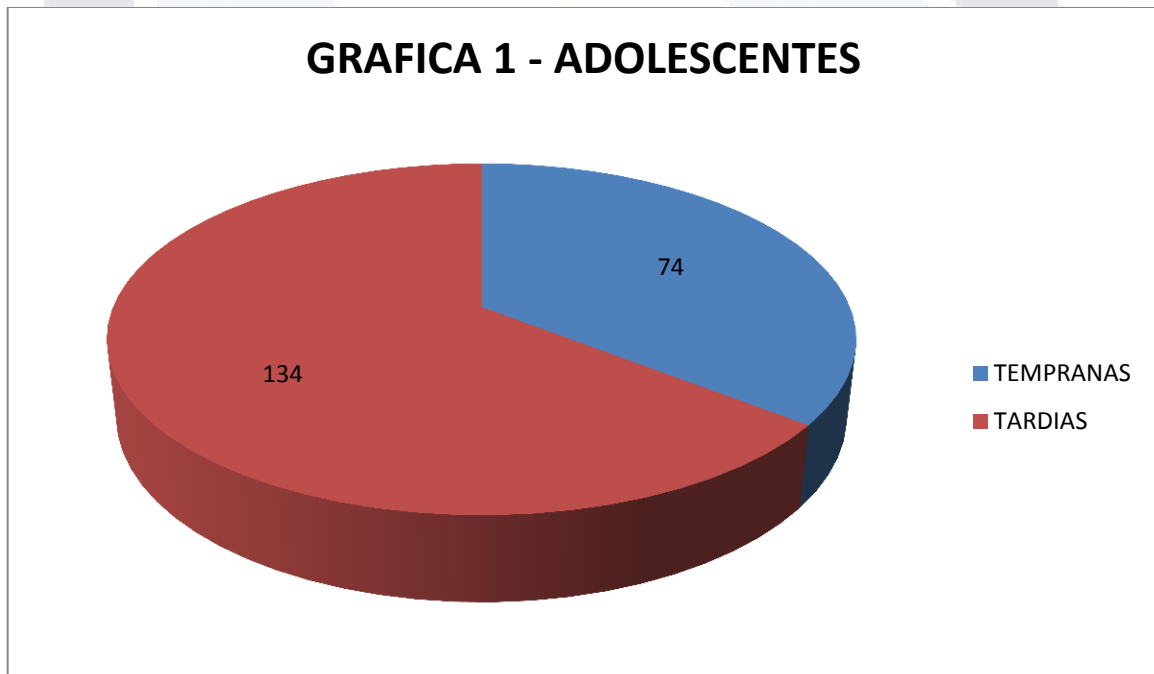
3.6.6 Recursos financieros

No aplica.

RESULTADOS

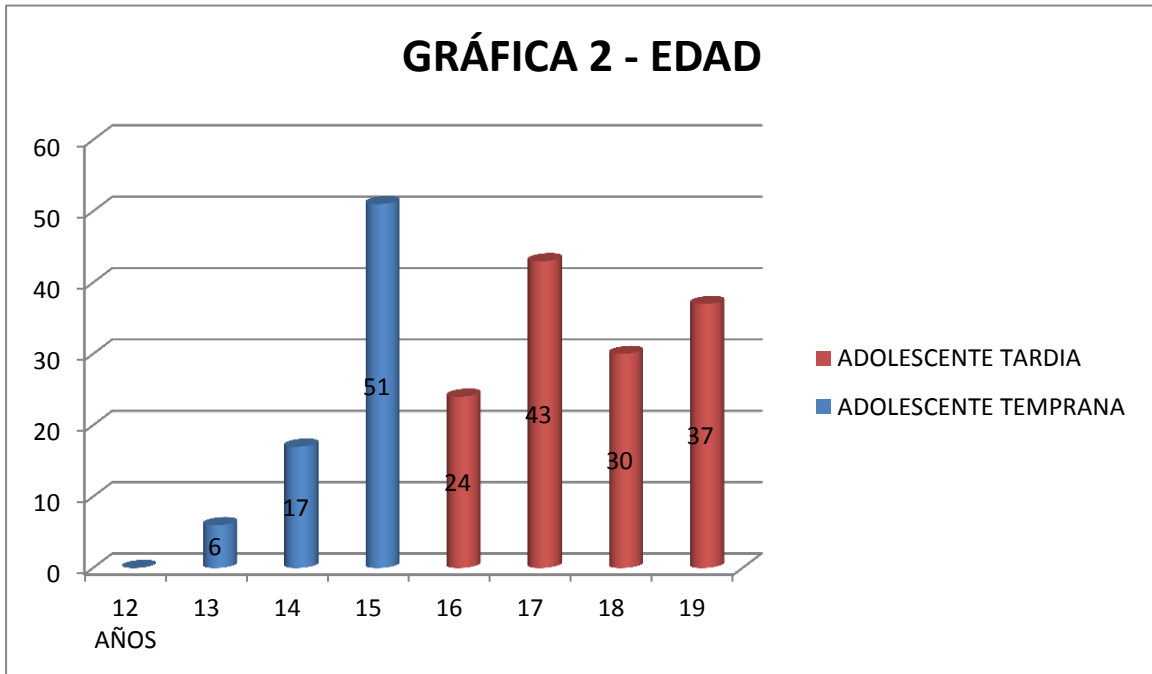
Se revisaron 273 expedientes de pacientes embarazadas de 12 a 19 años atendidas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes durante el año 2016, de los cuales fueron excluidos 65 expedientes, por contar con expediente incompleto, pacientes en control prenatal en el Hospital sin resolución del embarazo en la unidad médica y pacientes que el embarazo termino en aborto, quedando 208 expedientes de pacientes (134 para el grupo de adolescente tardía y 74 para el grupo de adolescente temprana) para nuestro estudio, obteniendo los siguientes resultados:

Características generales de las pacientes



Fuente: Hoja de captura de datos. **GRAFICA 1. ADOLESCENTES.**

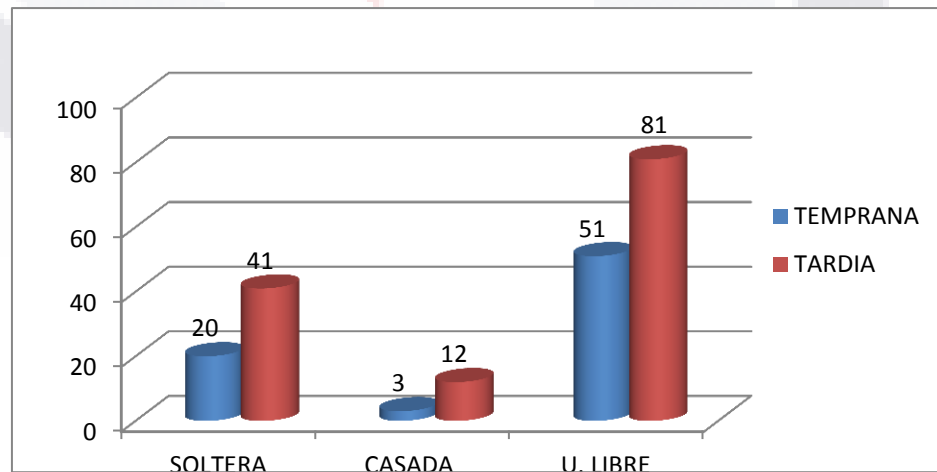
En esta grafica observamos el número de muestra total de nuestro estudio, correspondiendo el 35.57% para el grupo de adolescentes tempranas y el 64.44% para el grupo de adolescentes tardías.



Fuente: Hoja de captura de datos.

GRAFICA 2. EDAD DE PACIENTES

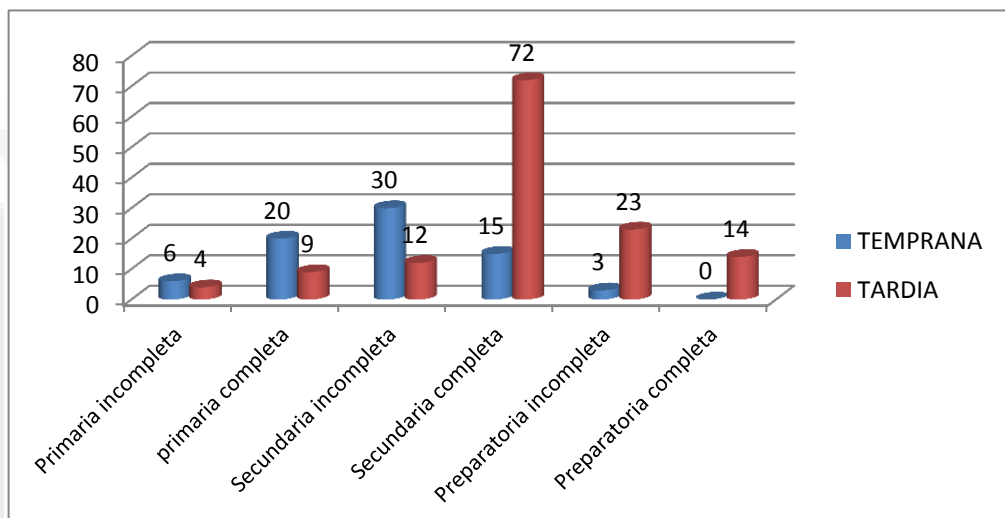
Observando la siguiente grafica podemos observar por cada grupo la edad promedio de embarazo en la adolescencia, con 51 pacientes de mujeres embarazadas adolescentes de 15 años comprendiendo el (24.5 %) del total de las adolescentes, seguidas por las de 17 años con (20.6%) del total.



Fuente: Hoja de captura de datos. P= .311

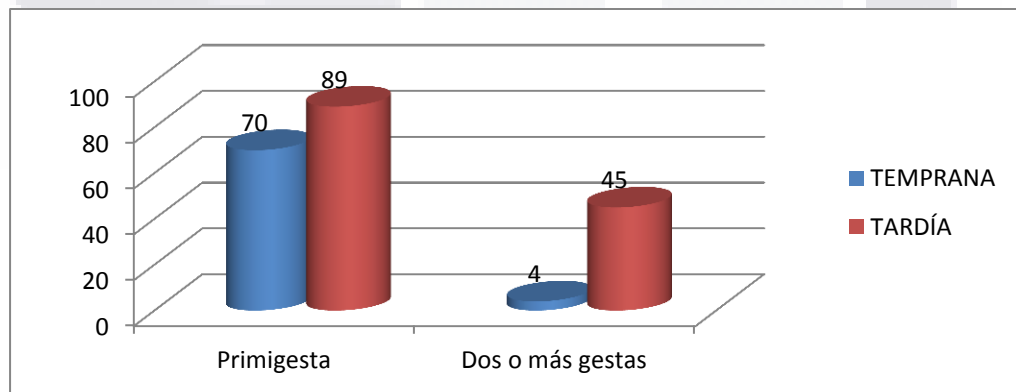
GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL

Con lo referente al estado civil de las pacientes adolescentes encontramos que para ambos grupos la mayoría de las pacientes se encuentran en unión libre. Con respecto al grupo adolescente temprana con 51 pacientes viven en unión libre representando el (68.9%) para su grupo y 81 pacientes en el grupo de adolescentes tardías representando el (60.4%) respectivamente.



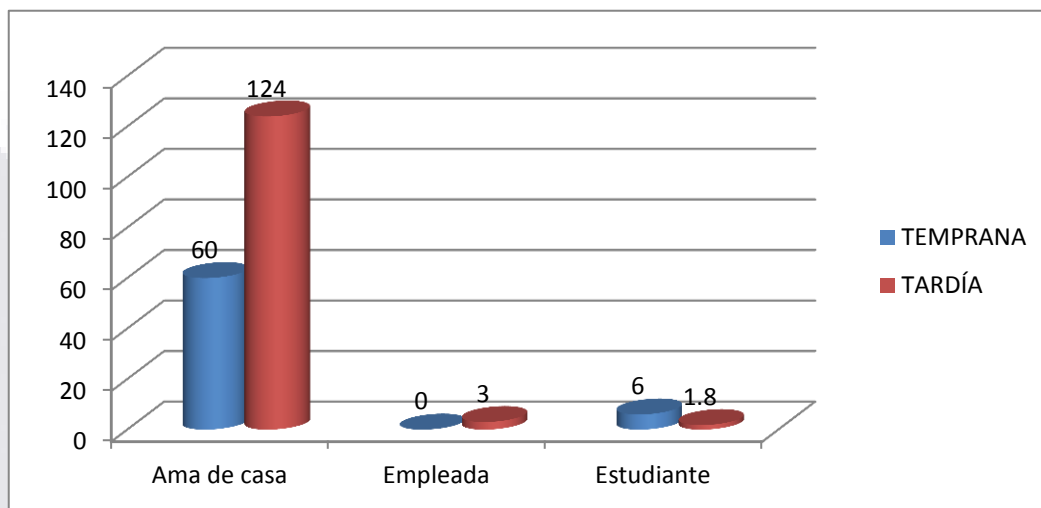
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .000 GRÁFICA 4. ESCOLARIDAD

Por lo que respecta a la escolaridad observamos que para el grupo de adolescente tardía la escolaridad más frecuente es la secundaria terminada con un total de 72 pacientes que equivalen al (53.7%) para su grupo, así mismo para el grupo de adolescente temprana 30 pacientes no concluyeron la secundaria, es decir el (40.5%), y solo 15 pacientes de este grupo termino la secundaria equivalentes al 20.2%.



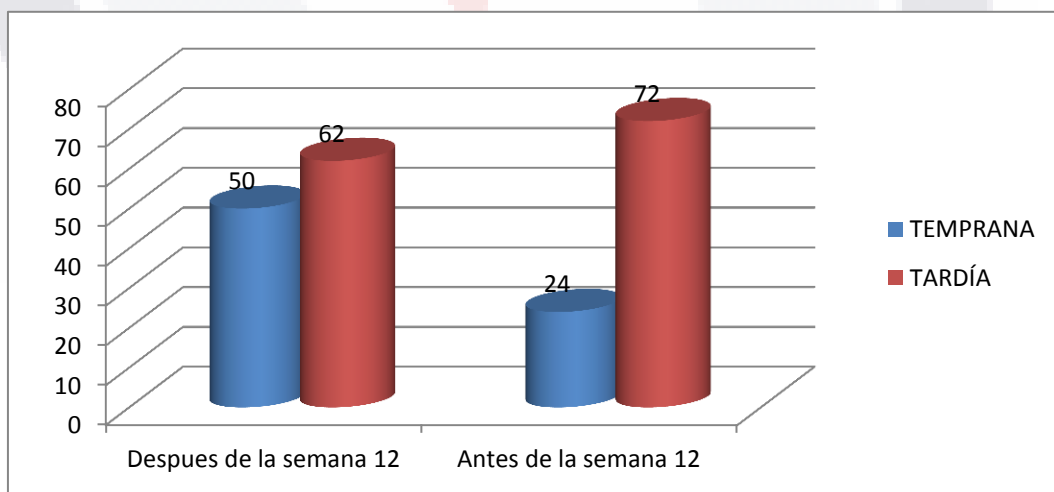
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .000 GRÁFICA 5. PARIDAD

De acuerdo a la paridad de las pacientes se encontró que 89 pacientes del grupo de edad de adolescente tardía eran primigestas con el (66.4%) y 45 pacientes contaban con 2 o más embarazos con un (33.6%). Con respecto al grupo de adolescente temprana se presentaron 70 pacientes primigestas y 4 con dos o más embarazos el (94.5%) y (5.4%) respectivamente.



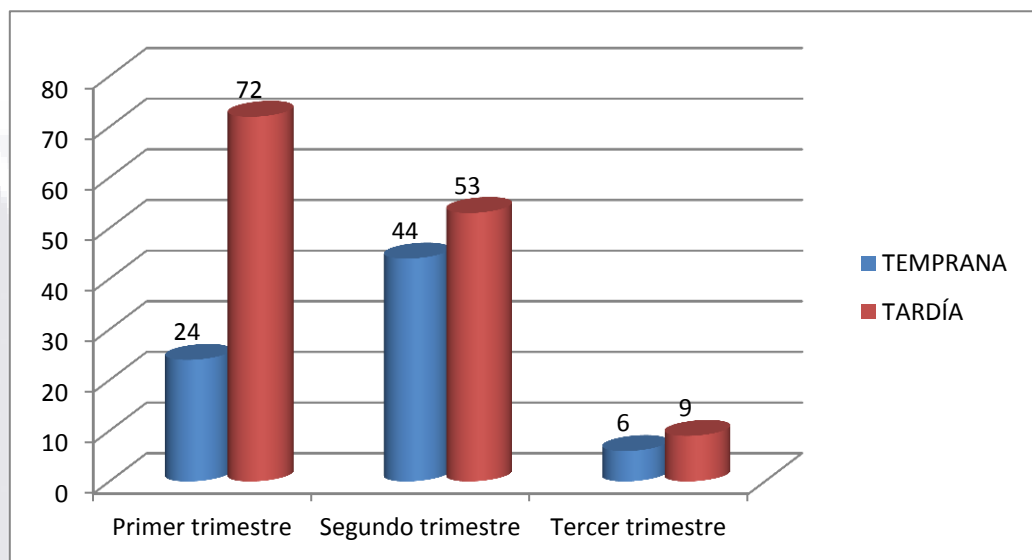
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .318$ GRÁFICA 6. OCUPACIÓN.

La ocupación de las pacientes más frecuente para ambos grupos fue las labores del hogar con 124 pacientes para el grupo de adolescente tardía y 60 para el grupo de adolescente temprana el 92.5% y 81.1% respectivamente.



Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .002$ GRÁFICA 7. CONTROL PRENATAL.

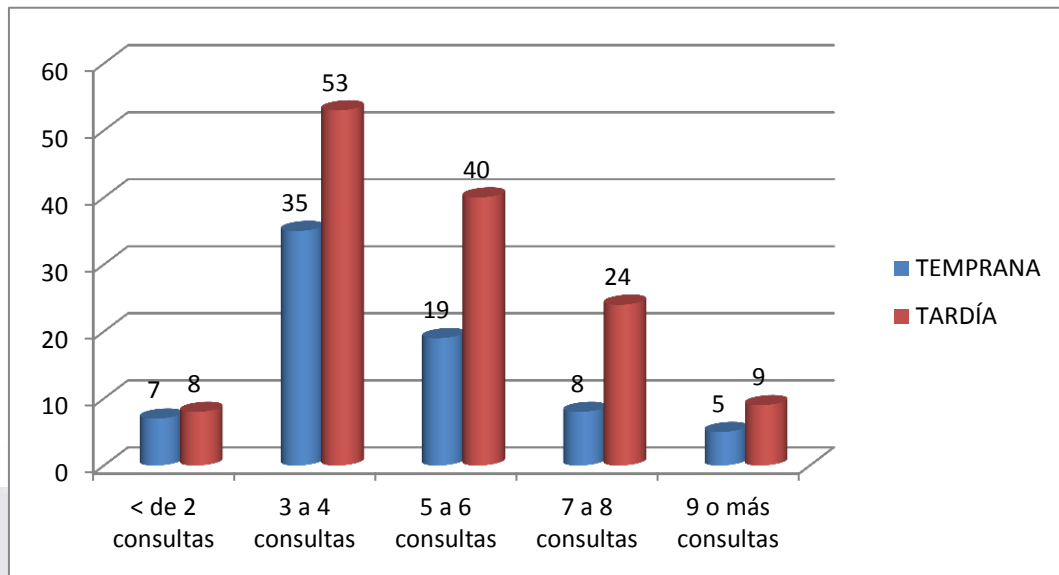
De acuerdo al control prenatal se observó para el grupo de adolescente tardía 72 lo iniciaron antes de la semana 12 y 62 después de la semana 12 de gestación (53.7%) y (46.3%) respectivamente. En el grupo de adolescente temprana 50 pacientes iniciaron control prenatal después de la semana 12 de gestación y solamente 24 lo hicieron antes de la semana 12 con un (67.6%) y 32.4% respectivamente.



Fuente: Hoja de captura de datos. GRÁFICA 8. INICIO DE CONTROL PRENATAL

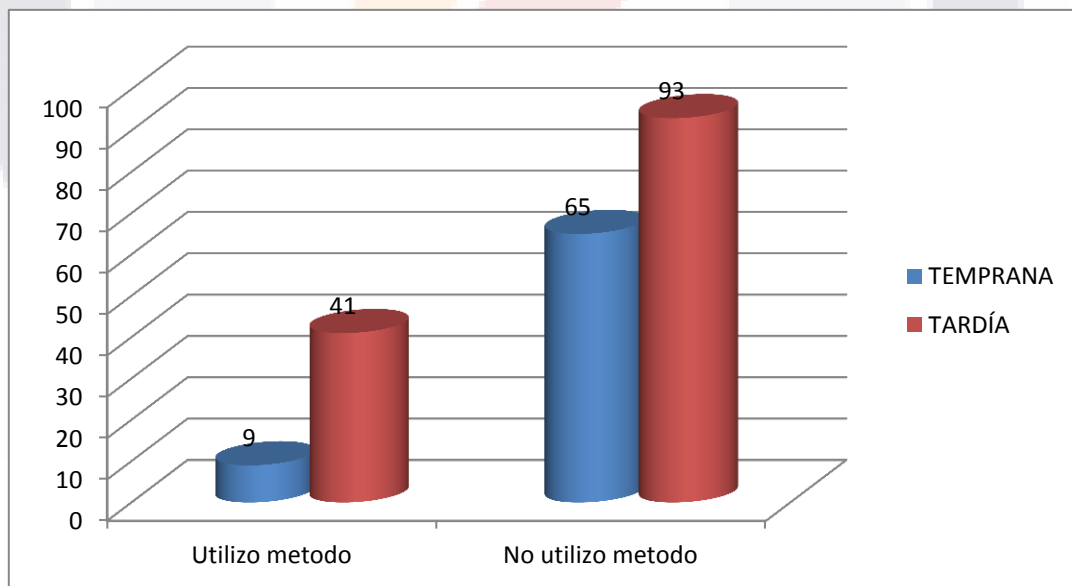
P = .012

Con respecto al inicio de control prenatal se observa que en el grupo de adolescente tardía 72 (53.7%) iniciaron su control en el primer trimestre, 53 (39.5%) en el segundo trimestre y solo 9 (6.7%) en el tercer trimestre. En el grupo de adolescente temprana 24 (32.4%) solamente lo iniciaron en el primer trimestre 44 (59.6%) en el segundo y 6 (8.1%) en tercer trimestre.



Fuente: Hoja de captura de datos. P = 559 GRÁFICA 9. NUMERO DE CONSULTAS.

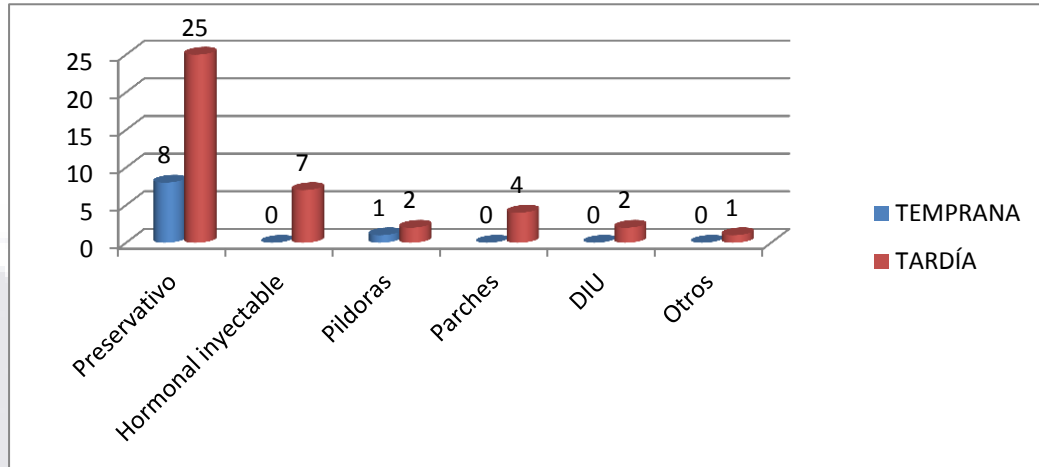
De acuerdo al número de consultas recibidas durante el control prenatal se observa que en el grupo de adolescente tardía 53 (39.5%) pacientes recibieron solo 3 a 4 consultas y solo 9 (6.7%) pacientes recibieron más de 9 consultas. En el grupo de adolescente temprana 35 (47.3%) pacientes recibieron 3 a 4 consultas en su control y solo 5 (6.7%) pacientes más de 9 consultas.



GRÁFICA 10. UTILIZACIÓN DE METODO DE PLANIFICACIÓN

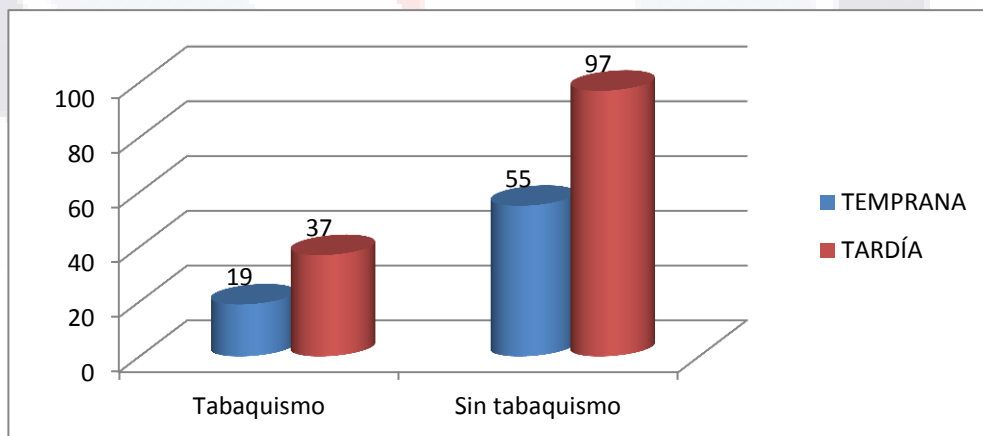
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .003

Con los métodos de planificación familiar solo 41(30.6%) pacientes del grupo de adolescente tardía usó alguno y solo 9 (12-1%) pacientes del grupo de adolescente temprana utilizo algún método de planificación familiar.



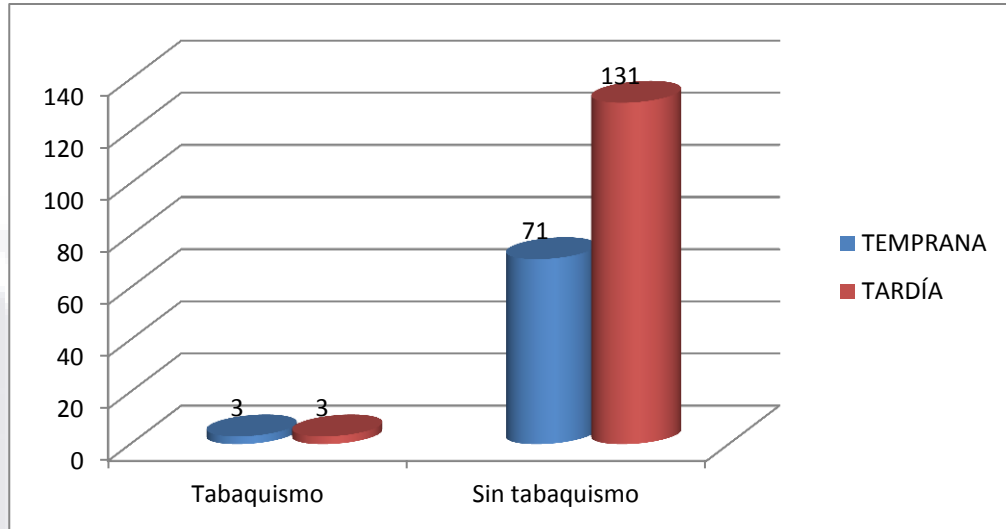
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .490 GRÁFICA 11. METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

De acuerdo al método de planificación utilizado en los grupos de adolescentes el preservativo fue el más utilizado siendo así 25 (60.9%) pacientes para el grupo de adolescente tardía y 8 (88.8%) pacientes para el grupo de adolescente temprana.



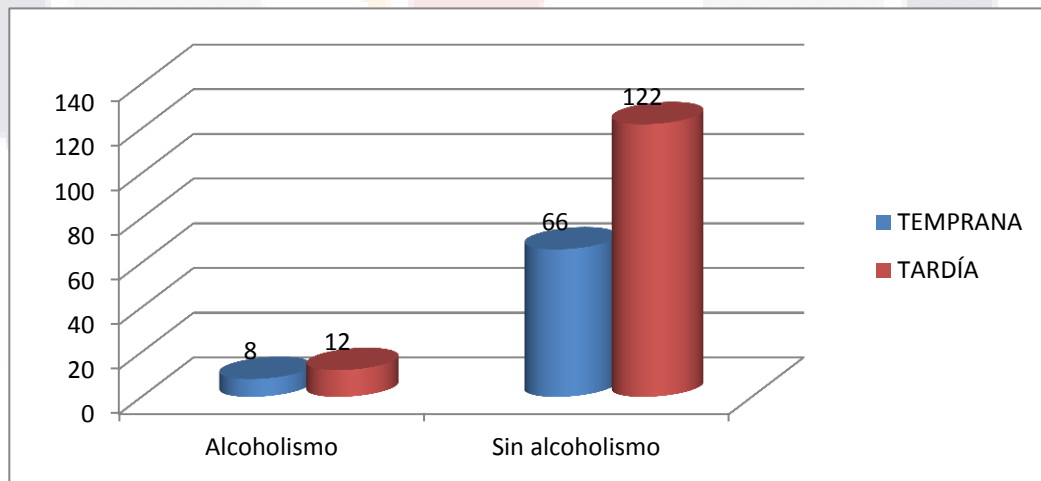
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .763 GRÁFICA 12. TABAQUISMO ANTES DEL EMBARAZO.

El consumo de tabaco antes del embarazo se observó en más en el grupo de adolescente tardía, con un total de 37 (27.6%) pacientes en comparación al grupo de adolescente temprana que solo 19 (25.6%) pacientes consumió tabaco antes del embarazo.



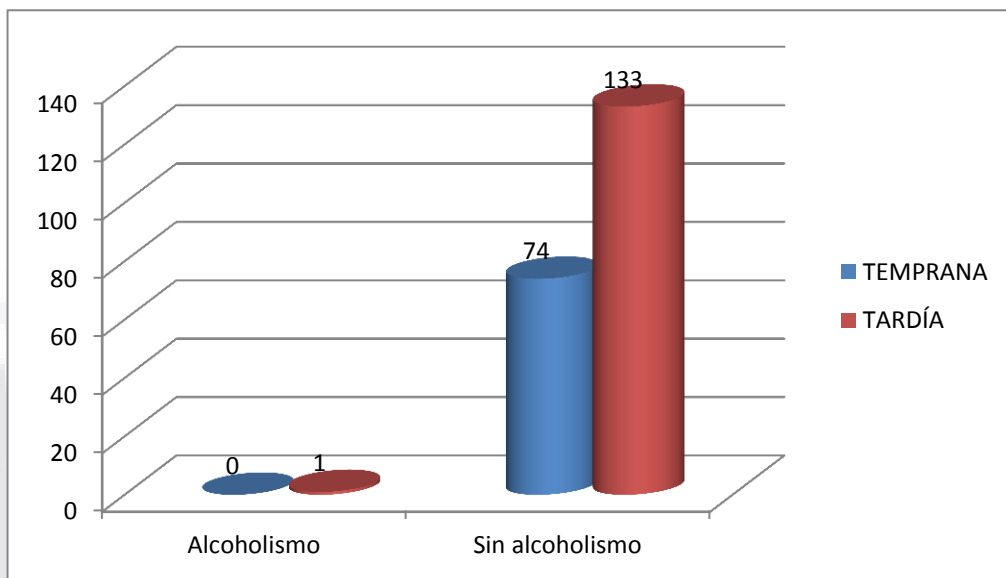
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .454$ GRÁFICA 13. TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO.

Con respecto al consumo del tabaco solo 3 (2.2%) pacientes para cada grupo de adolescentes consumió durante el embarazo.



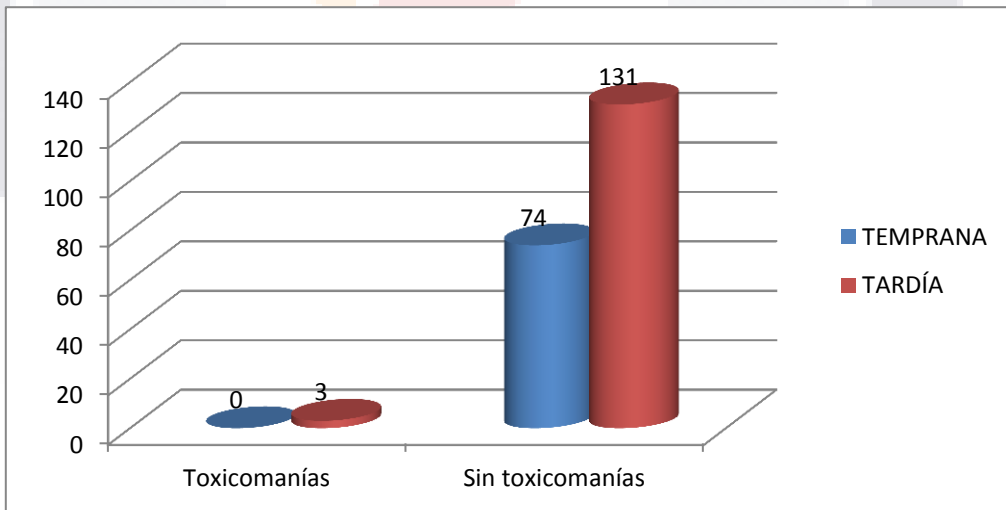
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .664$ GRÁFICA 14. CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DEL EMBARAZO

De acuerdo al consumo de alcohol antes del embarazo solo 12 (8.9% pacientes del grupo de adolescente tardía lo hicieron y 8 (10.8%) pacientes del grupo de adolescente temprana.



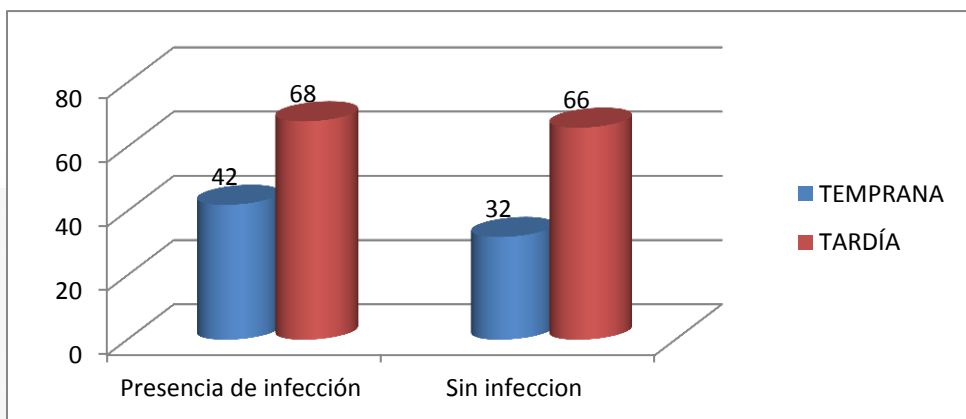
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .456$ GRÁFICA 15. CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO.

El consumo de alcohol durante el embarazo solo 1 (0.74%) paciente del grupo de adolescente tardía lo realizó.



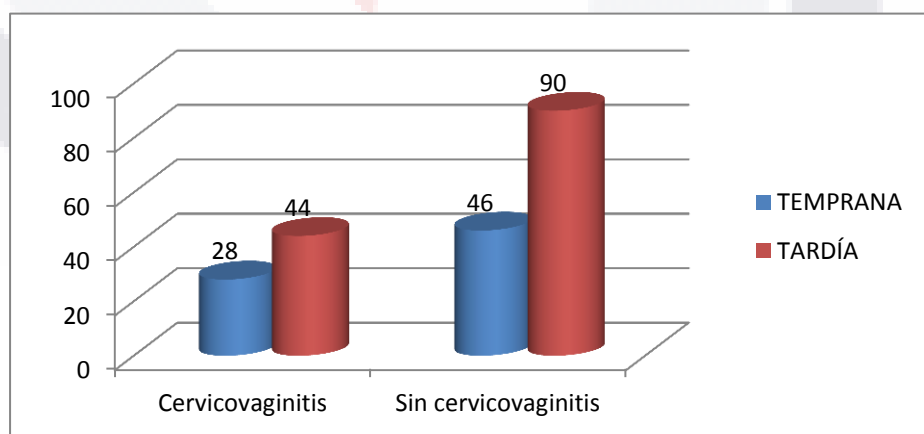
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .195$ GRÁFICA 16. TOXICOMANÍAS DURANTE EL EMBARAZO.

De acuerdo al consumo de alguna droga durante el embarazo 3 (2.2%) pacientes del grupo de edad de adolescente tardía lo realizó, dos pacientes consumieron “cristal” una paciente “marihuana”. En el grupo de adolescente temprana ninguna paciente consumió alguna droga.



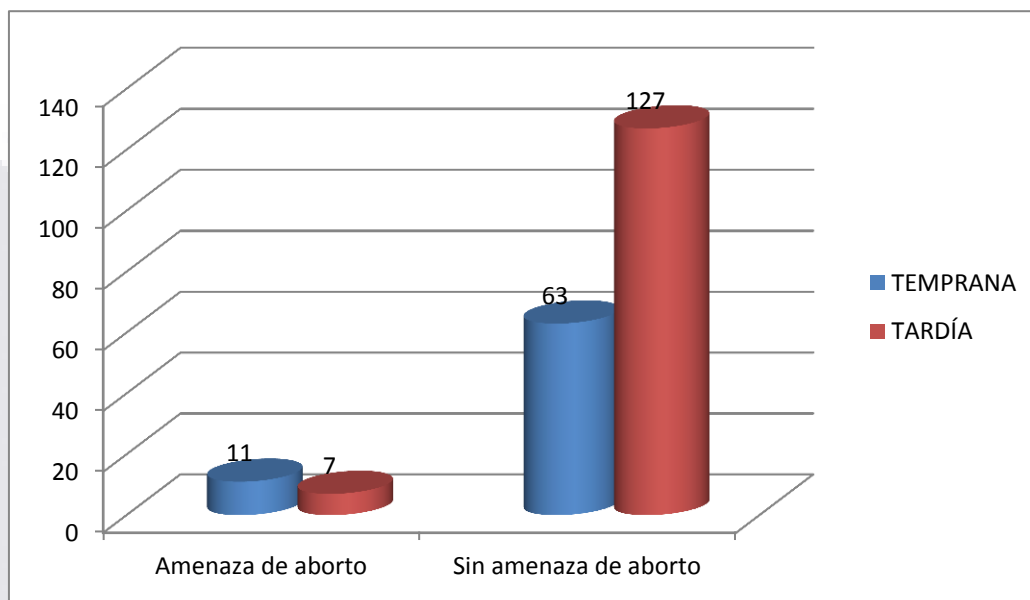
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .406 GRÁFICA 17. INFECCION DE VÍAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO

Con respecto de algunas complicaciones durante el embarazo las infecciones de vías urinarias son muy frecuentes en ambos grupos de edad las cuales 68 (50.1%) pacientes del grupo de adolescente tardía presentaron infección durante el embarazo y 42 (56.7%) pacientes del grupo de edad de adolescente temprana la presento, que es más del 50% del total de adolescentes en este grupo.



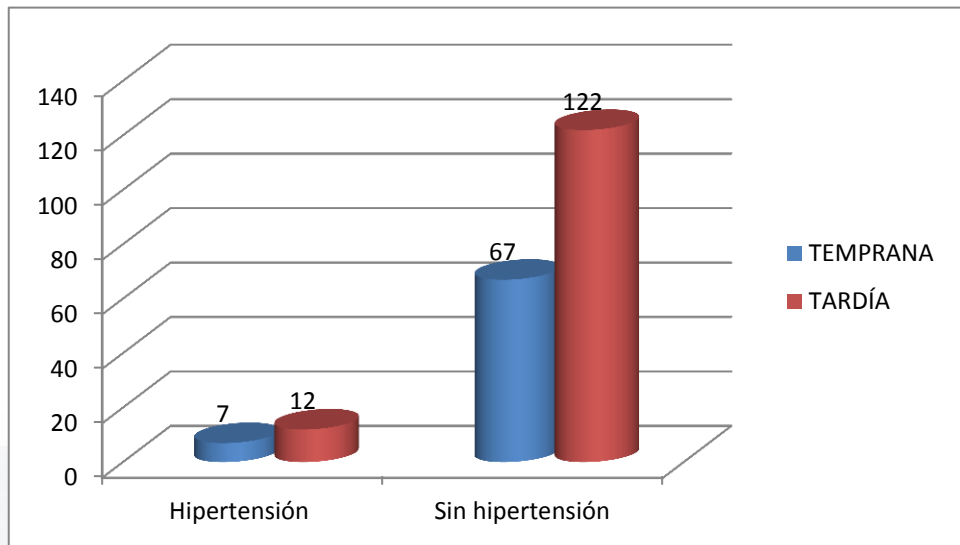
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .468 GRÁFICA 18. APARICIÓN DE CERVICOVAGINITIS EN EL EMBARAZO.

La presencia de cervicovaginitis en el embarazo es una de las complicaciones también muy frecuente en el embarazo en la adolescente, como se puede observar en el grupo de adolescente tardía presentaron 44 (32.8%) pacientes y 28 (37.8%) en el grupo de adolescente temprana



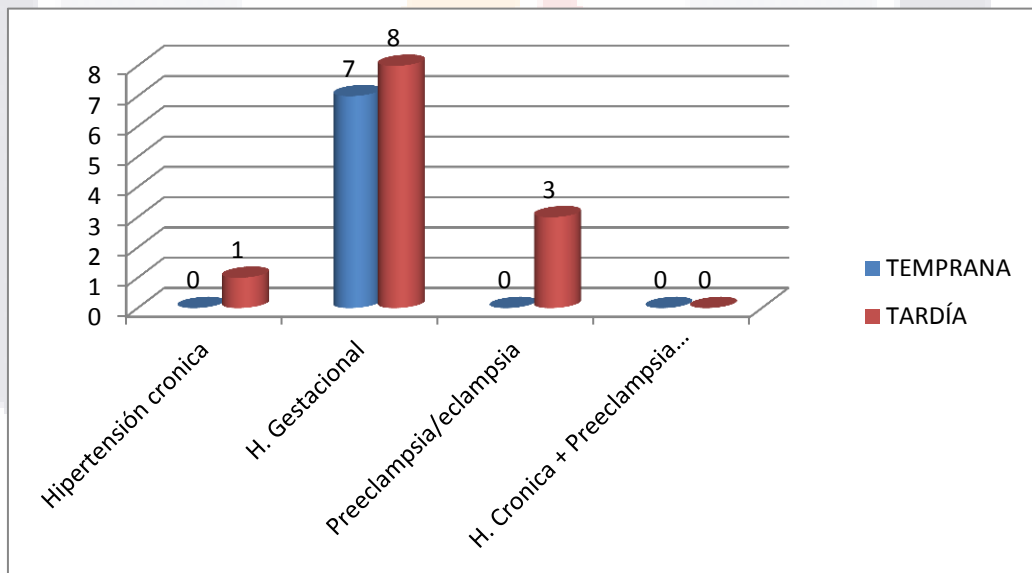
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .018 GRÁFICA 19. PRESENCIA DE AMENAZA DE ABORTO.

La presencia de amenaza de aborto con respecto a los dos grupos de edad de acuerdo a nuestra muestra, se observa que solo 7 (5.2%) pacientes en el grupo de adolescente tardía la presentaron y 11 (14.9%) pacientes en el grupo de adolescente temprana, por lo que es una de las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en mujeres adolescentes embarazadas menores de 15 años.



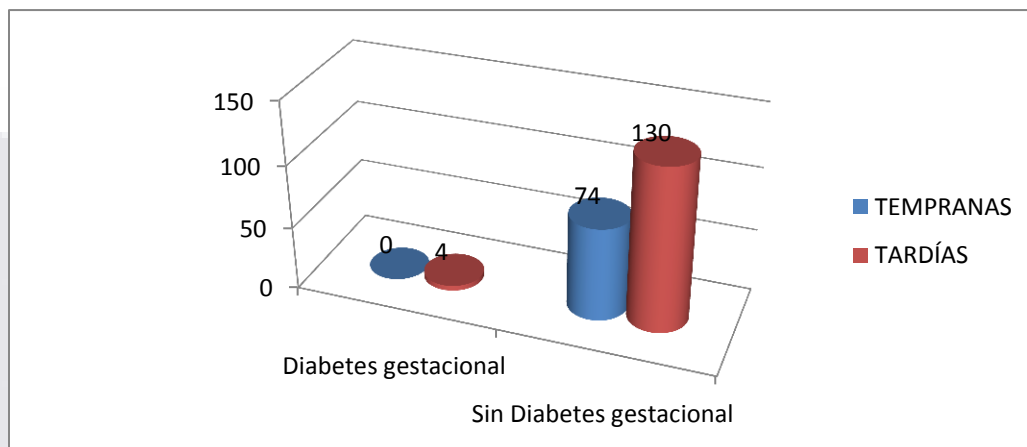
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .904$ GRÁFICA 20. PRESENCIA DE HIPERTENSION

Del grupo de adolescentes tardías 12 (8.9%) pacientes presentaron algún tipo hipertensión en el embarazo y 7 (9.4%) en el grupo de adolescente temprana.



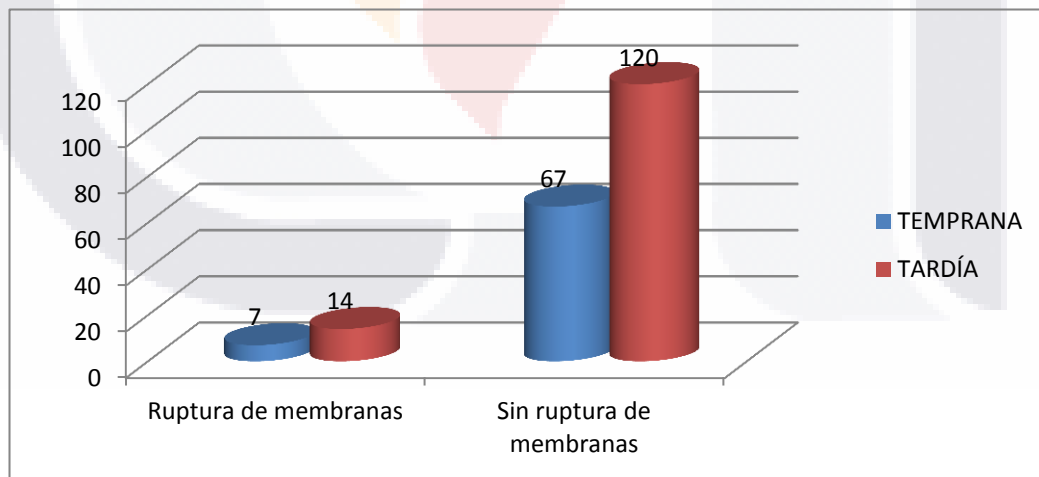
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .228$ GRÁFICA 21. TIPO DE HIPERTENSION EN EL EMBARAZO.

Las pacientes que presentaron algún tipo de hipertensión en ambos grupos en este grafica observamos que con mayor frecuencia se presenta la Hipertensión gestacional en ambos grupos con 8 (5.9%) pacientes para el grupo de adolescentes tardías y 7 (9.4%) pacientes para el grupo de adolescente temprana. Señalando las 3 (1.74%) pacientes que presentaron Preeclampsia, 2 de ellas presentaron Preeclampsia severa y una de ellas Preeclampsia leve.



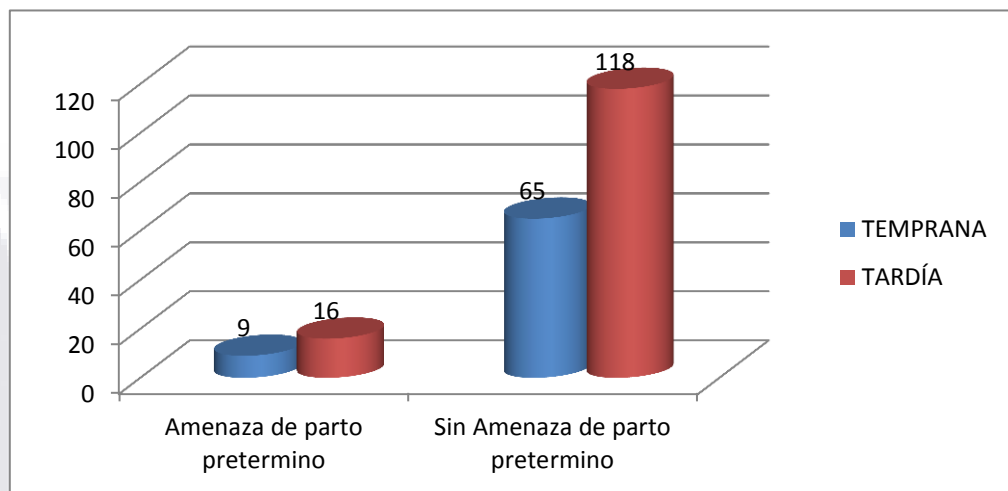
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .133$ GRÁFICA 22. DIABETES GESTACIONAL

Observando la siguiente grafica solo 4 (2.9%) pacientes del grupo de adolescente tardía presento diabetes gestacional, sin encontrar en otro grupo a pacientes con esta patología.



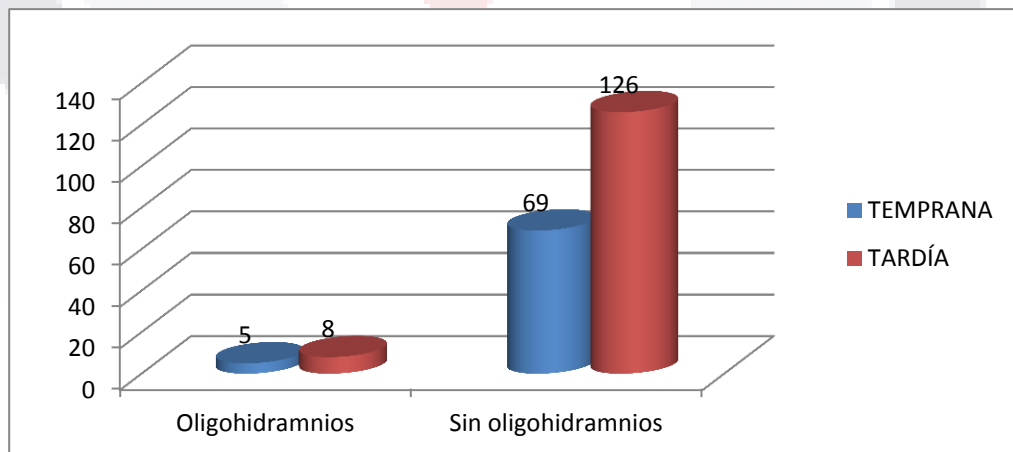
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .821$ GRÁFICA 23. PRESENCIA DE RPM EN EL EMBARAZO.

Una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo en la adolescencia es la ruptura de membranas, aquí podemos observar que 14 (10.4%) pacientes del grupo de adolescente tardía y 7 (9.4%) pacientes en el grupo de adolescente temprana presentaron ruptura de membranas.



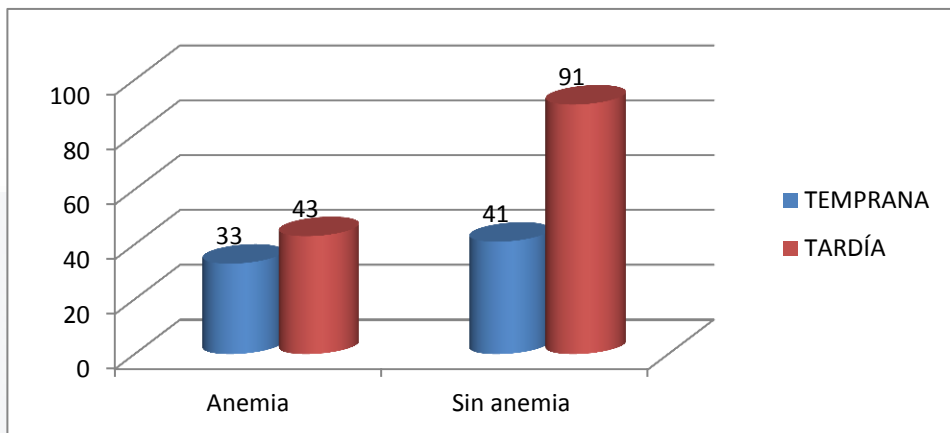
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .962$ GRÁFICA 24. PRESENCIA DE APP EN EL EMBARAZO.

Lo que corresponde a la amenaza de parto pretermino se observa que 16 (11.9%) pacientes en el grupo de adolescente tardía presento esta complicación y 9 (12.2%) pacientes en el grupo de adolescente temprana.



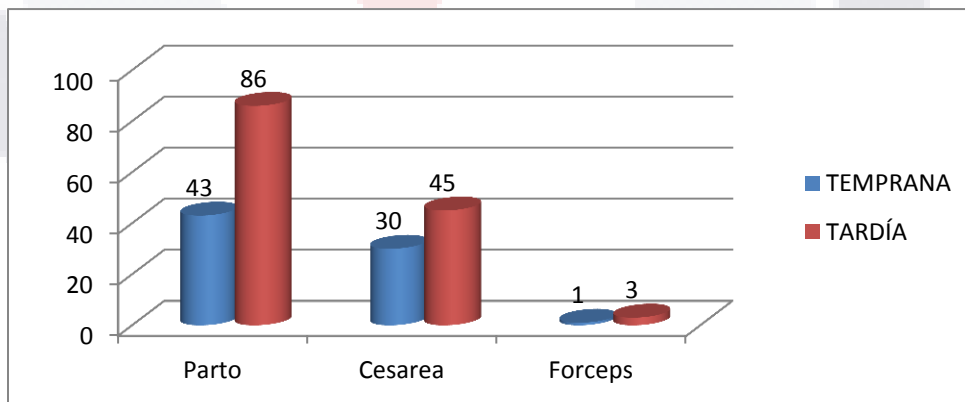
Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .822$ GRÁFICA 25. OLIGOHIDRAMNIOS EN EL EMBARAZO.

En esta gráfica se observa que la presencia de oligohidramnios se diagnosticó en 8 (6%) pacientes en el grupo de adolescente tardía y 5 (6.7%) pacientes solo lo presentaron en el grupo de adolescente temprana, comparando en los dos grupos sin presencia de significancia alguna.



Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .073$ GRÁFICA 26. PRESENCIA DE ANEMIA EN EL EMBARAZO.

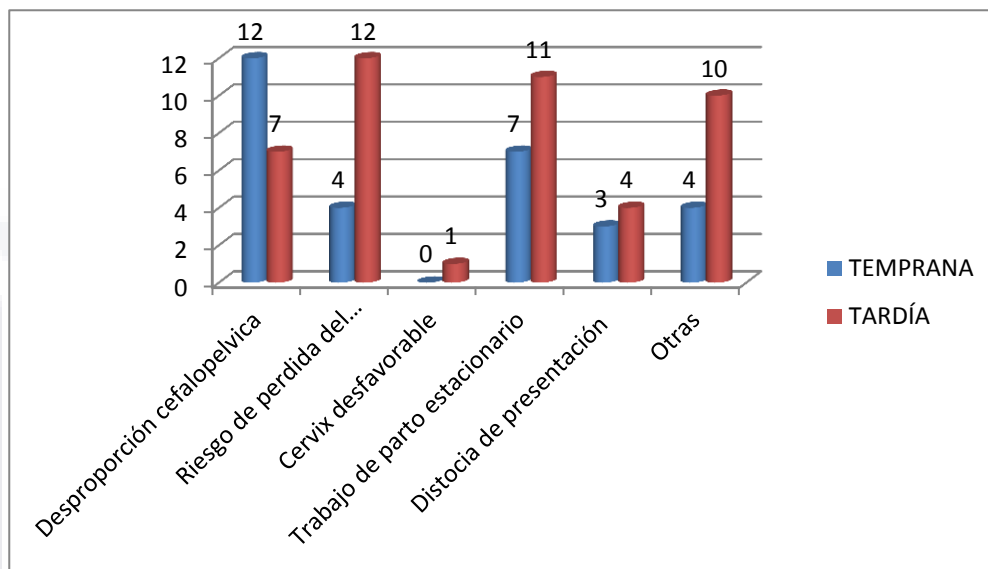
Una de las complicaciones presentes en el embarazo en la adolescente se refleja en esta grafica tiendo 43 (32.1%) pacientes para el grupo de adolescente tardía y 33 (44.6%) pacientes para el grupo de adolescente temprana, comparando ambos grupos se observa que esta complicación se presenta con mayor frecuencia en el grupo de adolescente temprana.



Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .572$ GRÁFICA 27. TIPO DE NACIMIENTO.

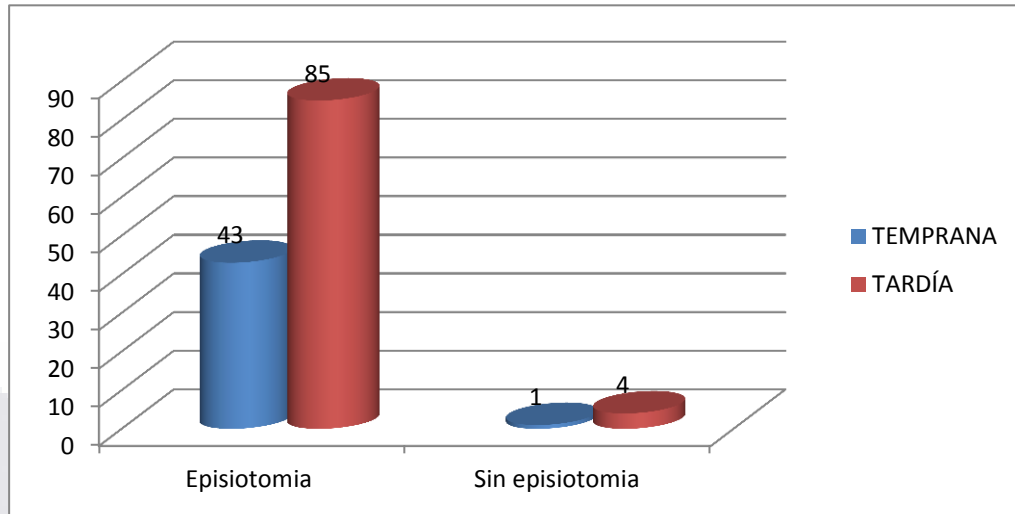
De acuerdo a la vía de nacimiento de los embarazos en la adolescente de acuerdo a la bibliografía es más frecuente la vía por cesárea. Observando en nuestra grafica se encuentran 86 (64.2%) pacientes en el grupo de adolescente tardía que tuvieron parto, 45

(33.6%) pacientes por cesárea y 3 (2.2%) pacientes fueron atendidos por fórceps, con respecto al grupo de adolescente temprana 43 (58,1%) pacientes terminaron en parto, 30 (40.5%) por cesárea y solo una paciente con aplicaciones de fórceps.



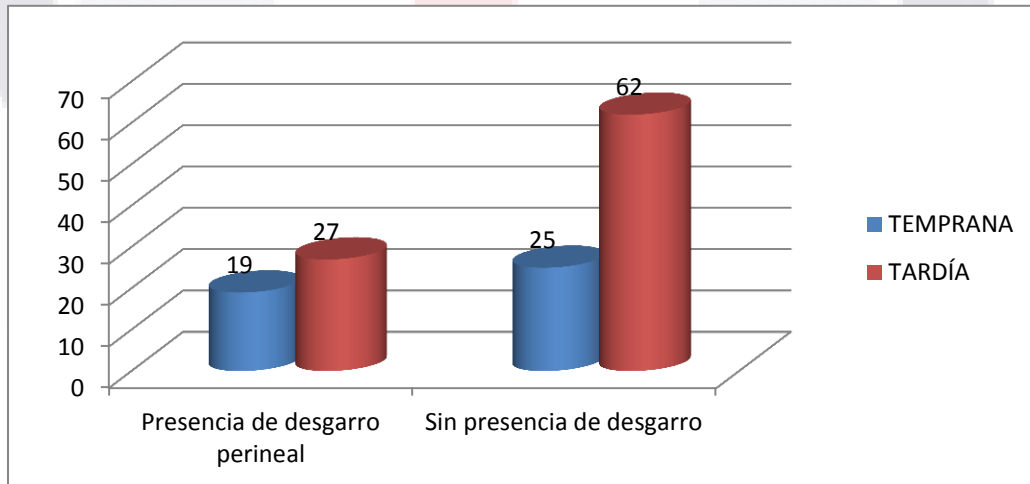
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .271 GRÁFICA 28. INDICACION DE CESAREA.

De las pacientes adolescentes que terminaron el embarazo fue por vía cesárea, el grupo de adolescente tardía 12 (8.9%) pacientes la indicación de la cesárea fue por riesgo de pérdida del bienestar fetal (bradicardia, taquicardia, presencia de meconio y desprendimiento de placenta normoincerta), 11 (8.2%) pacientes por trabajo de parto estacionario, y en otras indicaciones 10 (7.5%) pacientes presentaron una indicación diferente a las citadas. En el grupo de adolescente temprana 12 (16.2%) pacientes la indicación fue desproporción cefalopelvica, 7 (9.4%) pacientes con trabajo de parto estacionario y solo 4 (5.4%) con otra indicación de cesárea.



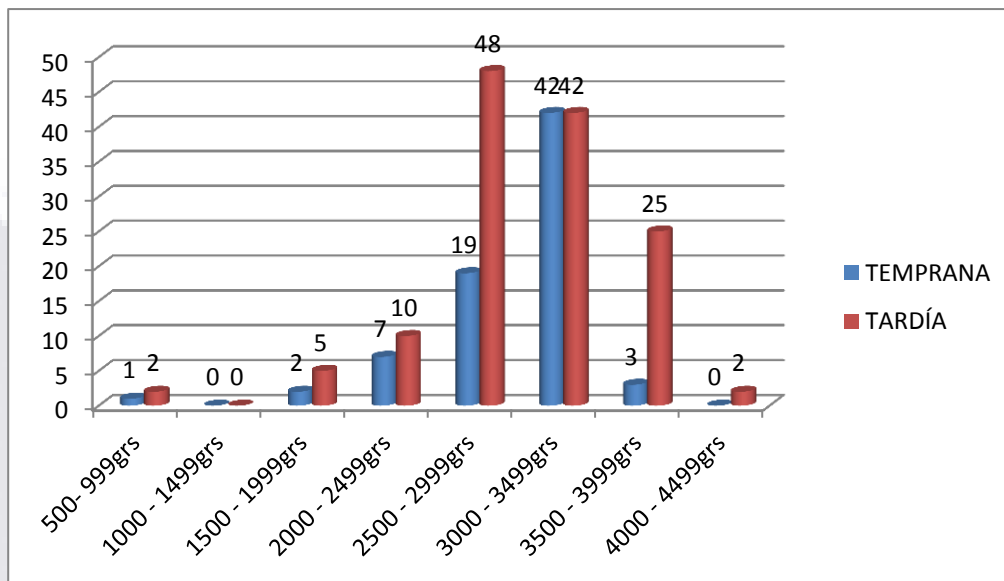
GRÁFICA 29. PACIENTES DE PARTO QUE SE LES REALIZO EPISIOTOMIA
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .526

Aquellas pacientes que terminaron en parto 85 (95.5%) pacientes del grupo de adolescente tardía se les realizo episiotomía y solo a 4(4.5%) pacientes que tuvieron parto no se les realizo episiotomía. Del grupo de adolescente temprana 43 (97.7%) pacientes se les realizo episiotomía y solo a 1(2.3%) paciente no se le realizo.



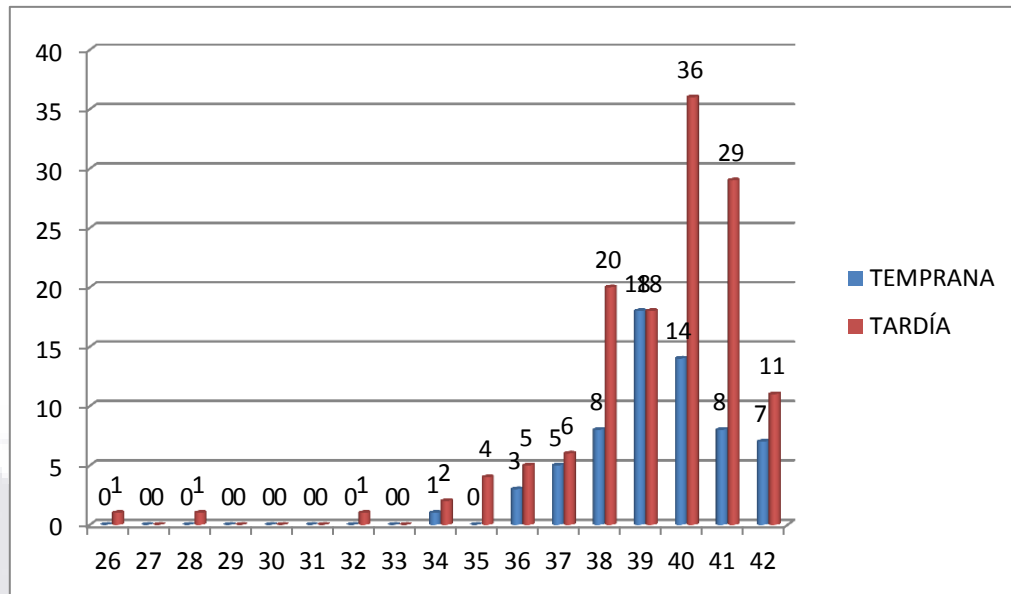
GRÁFICA 30. PACIENTES DE PARO CON PRESENCIA DESGARRO PERINEAL
Fuente: Hoja de captura de datos. P = .143

Del total de pacientes que terminaron el embarazo por vía vaginal se encontró que 27 (30.3%) pacientes del grupo de adolescente tardía presento algún grado de desgarro perineal en el momento del nacimiento y 19 (25.7%) pacientes del grupo de adolescente temprana presento algún grado de desgarro perineal.



Fuente: Hoja de captura de datos. P = .006 GRÁFICA 31. PESO DE RECIEN NACIDO.

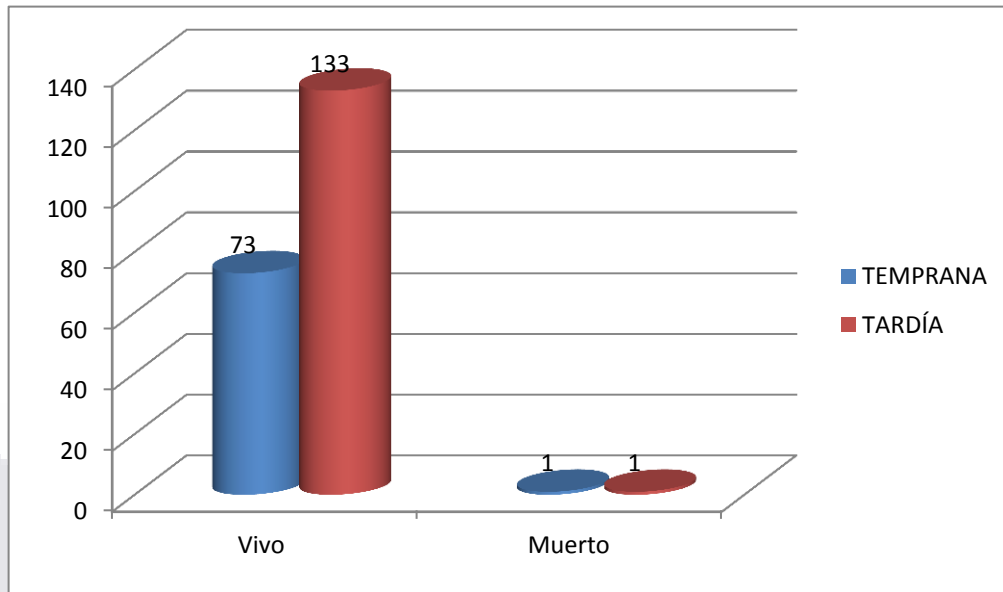
Como podemos observar en la gráfica anterior 48 (35.8%) pacientes del grupo de adolescente tardía tuvieron recién nacidos con peso entre 2.5 a 2.9kgs, 42 (31.3%) pacientes con recién nacidos entre 3 a 3.5kgs y 19 (14.2%) recién nacidos con peso menor a 2.5kgs. En el grupo de adolescente temprana encontramos 42 (56.7%) pacientes con recién nacidos de 3 a 3.5kgs, 19 (25.7%) pacientes con recién nacido de 2.5 a 2.9kgs y 10 (13.5%) pacientes con recién nacidos menores a 2.5kgs.



GRÁFICA 32. SEMANAS DE GESTACION POR CAPURRO.

Fuente: Hoja de captura de datos. P = .444

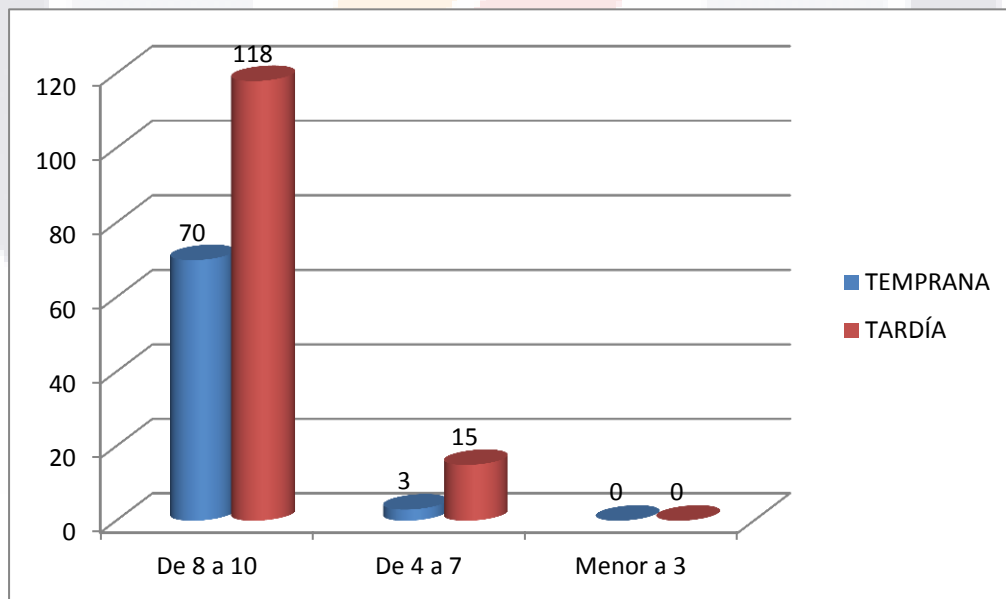
Con lo que respecta a las semanas de gestación de acuerdo a la escala de Capurro 36 (26.9%) pacientes del grupo de adolescente tardía tuvieron recién nacidos de 40 semanas, 29 (21.6%) pacientes de 41 semanas, 20 (14.9%) pacientes de 38 semanas, 11 (8.2%) pacientes tuvieron recién nacidos postermiño y 15 (11.2%) pacientes tuvieron recién nacidos menor a 36 semanas. En el grupo de adolescente temprana 18 (24.3%) pacientes tuvieron recién nacidos de 39 semanas, 14 (18.9%) de 40 semanas, 7 (9.4%) pacientes con producto postermiño y solo 4 (5.4%) pacientes con productos pretermiño menor a 36 semanas.



GÁFICA 33. ESTADO VITAL DEL RECIEN NACIDO.

Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .669$

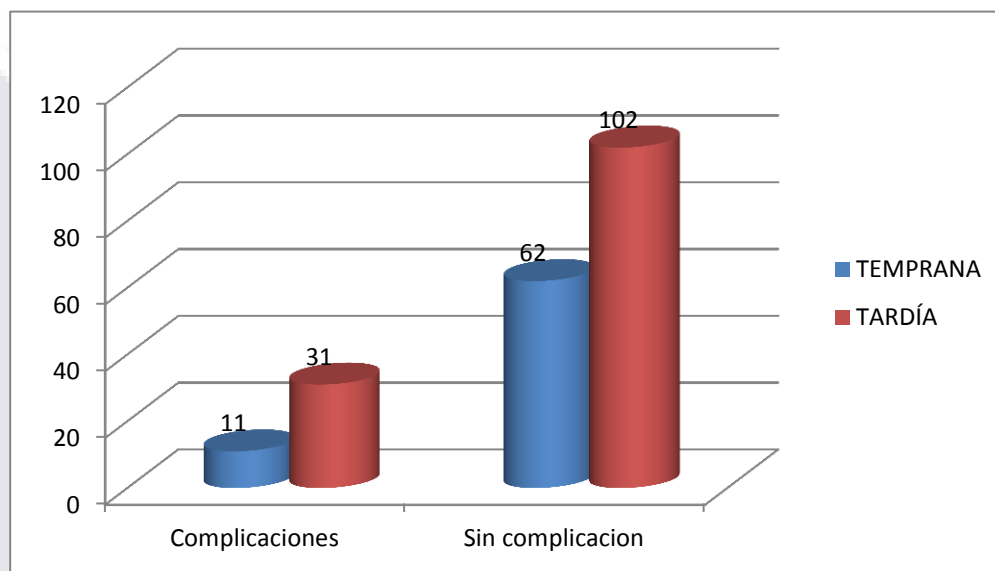
Con respecto al estado vital del recién nacido solo se observó 1 muerte perinatal en cada grupo de adolescentes.



GRÁFICA 34. APGAR DEL RN AL MINUTO Y 5 MINUTOS.

Fuente: Hoja de captura de datos. $P = .081$

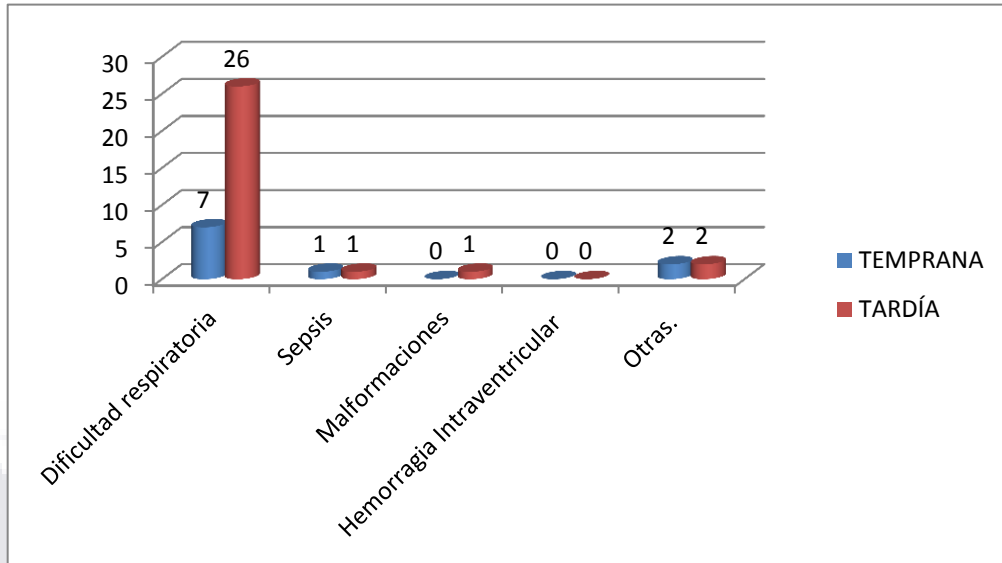
Con el resultado del recién nacido de acuerdo a la calificación de Apgar al minuto y a los 5 minutos se observó que 118 (88.1%) pacientes del grupo de adolescente tardía tuvieron recién nacidos con una calificación de Apgar entre 8 a 10 y 70 (94.6%) pacientes para el grupo de adolescente temprana, 15 (11.2%) pacientes del grupo de adolescente tardía tuvieron recién nacidos con calificación de Apgar entre 4 y 7 y solo 3 (4.1%) pacientes en el grupo de adolescente temprana.



GRÁFICA 35. COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO.

Fuente: Hoja de captura de datos.

Observamos el total de pacientes que tuvieron recién nacidos con alguna complicación, para el grupo de adolescente tardía se complicaron 31 (23.1%) recién nacidos y para el grupo de adolescente temprana se complicaron 11 (14.9%) recién nacidos.



GRÁFICA 36. TIPO DE COMPLICACION EN EL RECIEN NACIDO.

Fuente: Hoja de captura de datos. P = 459

De acuerdo a las complicaciones que presentaron los recién nacidos de madres adolescentes 26 (83.9%) del grupo de adolescente tardía presentaron dificultad respiratoria con solo 7 (63.6%) en el grupo de adolescente temprana.

DISCUSIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el embarazo en la adolescente conlleva complicaciones en múltiples entornos tanto de ámbito social, psicológico, económico y educativo. Éstas complicaciones en asociación lleva a la madre adolescente a presentar mayor morbi-mortalidad durante el embarazo, estas complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años, así mismo los hijos de madre adolescente tienen mayor riesgo de morir en comparación a los hijos de madres mayores de 20 años, aproximadamente unos 16 millones de adolescentes en la edad de 15 a 19 años se embarazan y 1 millón menores de 15 años.

Actualmente en nuestro medio el embarazo en la adolescencia es un problema de salud que con mayor frecuencia se presenta. En los últimos años se ha visto su incremento, los factores predisponentes que engloban a la mujer adolescente llegan a perjudicar considerablemente el estado emocional, social y reproductiva de la misma así como la salud del recién nacido. También se ha observado que estas mujeres adolescentes embarazadas son producto de madres adolescentes.

El abandono de estudio, clase social baja, el consumo del tabaco y alcohol, falta de atención de sus padres, ser producto de familias disfuncionales son factores se han visto involucrados considerablemente al resultado final de la mujer adolescente. En cuanto a la capacidad reproductiva y el desarrollo sexual se ha visto que se inicia más temprano en comparación de hace algunas décadas, por lo que es importante empezar con la información adecuada a las mujeres adolescentes con respecto a los métodos de planificación familiar y el embarazo y sus riesgos que implica para la mujer adolescente y para el recién nacido.

Se han visto a lo largo de publicaciones que los riesgos de la mujer embarazada adolescente no difieren con la mujer embarazada mayor de 20 años, haciendo referencia que depende el estado nutricional, buen control prenatal y un estado social y familiar favorable el embarazo en la adolescente no implica riesgos para el embarazo o parto. Sin embargo las diferencias de los aspectos sociodemográficos de cada lugar de estudio podrían variar los resultados perinatales de cada mujer adolescente, como es el caso de nuestro estudio que se realizó en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un Hospital donde se concentra una gran parte de mujeres con alto grado de pobreza, bajo nivel escolar y desintegración familiar. Como se observa en nuestro resultado de estudio más de la mitad de las adolescentes de 16 a 19 años solo concluyeron con la secundaria, y casi la mitad de las mujeres de 12 a 15 años no la termino. El estado civil en nuestro estudio se observó la mayoría de los dos grupos de adolescentes viven en unión libre, siendo mayor para el grupo de 12 a 15 años, la mayoría de las adolescentes son primigestas en ambos grupos, pero cabe señalar que para el grupo de 16 a 19 años una tercera parte ya contaba con 2 o más embarazos y solo una tercera parte de las adolescentes del grupo de 16 a 19 años utilizó algún método anticonceptivo siendo mayor que en grupo de 12 a 15 años que solo una de cada 10 utiliza algún método, en este caso fue el preservativo el más utilizado para ambos grupos, la mayoría para los dos grupos se dedicaban a las labores del hogar. El consumo del tabaco y alcohol se ha visto que lleva repercusiones en el embarazo en la mujer adolescente, una cuarta parte de las adolescentes en los dos grupos lo consumieron en nuestro estudio.

De acuerdo al Artículo publicado por *Amini SB. "Births to teenagers: trends and obstetric outcomes"* el grupo de edad más frecuente en total de embarazos de acuerdo a su muestra fue el grupo de 15 a 19 años con un total de 25.3% y para el grupo de 12 a 15 años (2.7%). Con respecto a las consultas prenatales el grupo de edad de 12 a 15 años tuvo dos o menos visitas de atención prenatal significativamente mayor que en el grupo de 15 a 19 años. La edad gestacional promedio y el peso al nacer fueron significativamente menores en adolescentes de 12 a 15 años comparados con los de 15 a 19 años. La proporción de partos por cesárea entre adolescentes de 12 a 15 años fue de 11,6%, significativamente superior al 9,4% para los 16-19 años.

Dentro de nuestro estudio realizado en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, el total de embarazos en el grupo de edad de 16 a 19 años es de 24.5% y para el grupo de 12 a 15 años fue de 24.5%, en el número de consultas en nuestro estudio significativamente mayor para el grupo de 16 a 19 con respecto a los del grupo de 12 a 15 años. Así mismo el peso al nacimiento del producto menor a 2.5 kgs en relación a los dos grupos de edad no hubo diferencia significativa con un 14.2% para el grupo de 16 a 19 años y 13.5% para el grupo de 12 a 15 años, en nuestra muestra respecto a productos pretermino se observó una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

diferencia significativa en los dos grupos de edad con un 11.2% para el grupo de 16 a 19 años y 5.4% para el grupo de 12 a 15 años, la terminación del embarazo por vía cesárea en nuestro estudio mostro un grado de significancia encontrando para el grupo de 12 a 15 años fue de 40.5% y 33.6% para el grupo de 16 a 19 años. Señalando q la principal complicación para el producto al momento de nacer fue la dificultad respiratoria siendo ligeramente mayor en el grupo de 16 a 19 años.

La mayoría de las publicaciones a nivel mundial de acuerdo a la terminación del embarazo en la adolescente es con mayor frecuencia la vía por cesárea que por vía vaginal, ya que implica mayor riesgo durante el trabajo de parto y puerperio. Como se observó en nuestro estudio las pacientes la terminación del embarazo fue por vía vaginal una tercera parte de estas pacientes en ambos grupos presentaron algún grado de desgarro perineal.

Algunas diferencias en cuanto a los resultados con respecto al estudio de *Amini SB. "Births to teenagers: trends and obstetric outcomes"*, son secundarios algunos factores como el tipo de muestra estudiada ya que en nuestro estudio se contempló a población mexicana abierta sin incluir a población negra o blanca con respecto al estudio comparado.

Lira Plascencia en el 2006 menciona que las principales complicaciones en embarazo en la adolescente menor de 16 años fueron infecciones cervicovaginales (54.2%), infecciones de vías urinarias (23.8%), anemia (16.7%), amenaza de parto pretermino (9.2%) y preeclampsia (3.8%).⁽¹⁸⁾

La presencia de infección de vías urinarias en nuestro estudio se observó en el grupo de adolescente temprana (56.7%), ligeramente mayor con respecto al grupo de adolescente tardía. Las infecciones vaginales para el grupo de adolescente temprana se presentaron en el 37.8% y 32% para el grupo de adolescente tardía, siendo 5% mayor para el primer grupo. En el grupo de adolescentes temprana el 44.6% presentaron anemia y 32.1% en el grupo de adolescente tardía, siendo una de las patologías de mayor frecuencia, teniendo un grado de significancia del 12.5% para el grupo de adolescente temprana. Con respecto a la presencia de amenaza de parto pretermino no hubo diferencia alguna en cuanto a los dos grupos. El estado hipertensivo en el embarazo es una de las patologías con poca frecuencia pero con un elevado índice de morbimortalidad para la adolescente embarazada, presentando en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

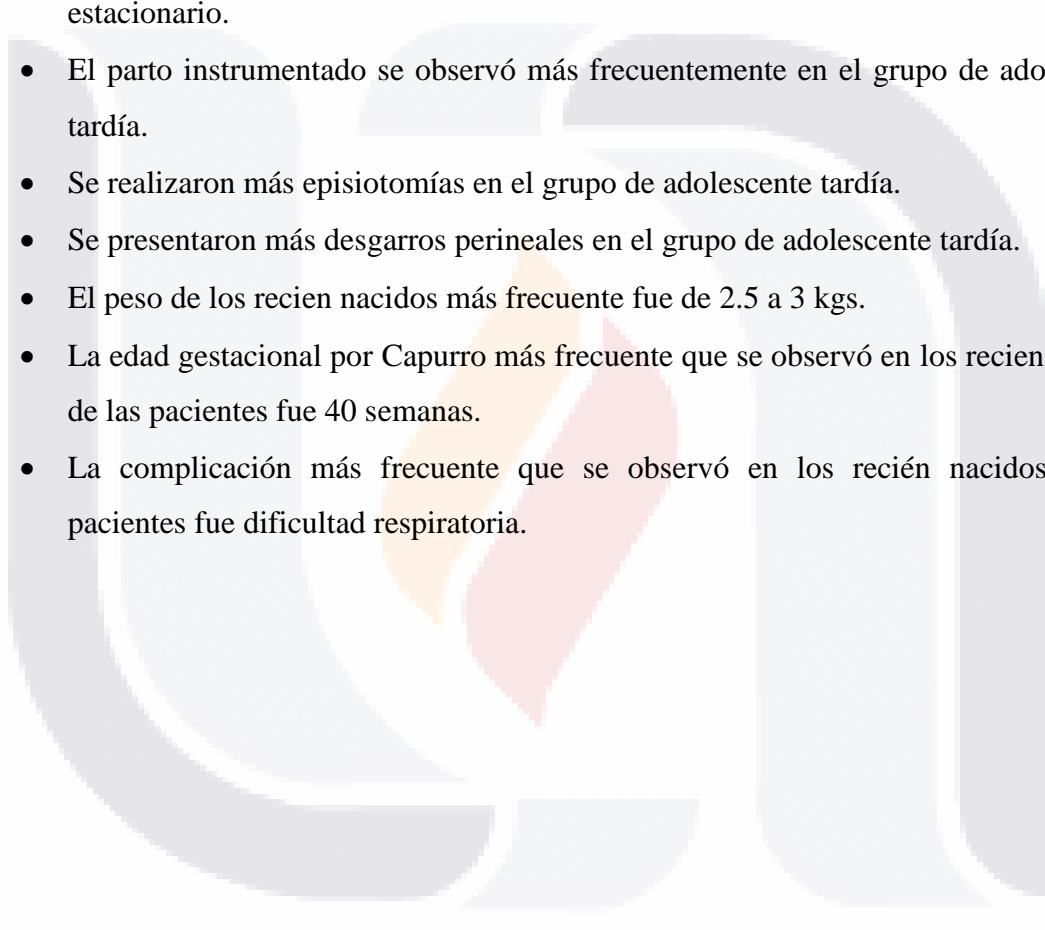
nuestro estudio la presencia de preeclampsia en el 1.7% perteneciente al grupo de adolescente tardía, hipertensión gestacional el 9.4% en adolescente temprana y 5.9% en adolescente tardía, con un grado de significancia del 4.5% para el primer grupo.

Si bien en nuestro estudio se encontraron algunas diferencias en cuanto a la presencia de complicaciones para el producto y para la madre entre los dos grupos, en la mayoría de las complicaciones presentadas tuvieron un grado de significancia mayor para el grupo de 12 a 15 años. Sin embargo es importante señalar que las complicaciones se presentaron para ambos grupos, lo cual implica los problemas adversos a los que se enfrentará la madre y su hijo para seguir adelante en todos los ámbitos.

Por lo tanto debemos promover mayores estrategias de salud y reforzar las que ya se encuentran disponibles para nuestra población susceptible que es la mujer adolescente que va en aumento cada día, lo cual lleva una vida sin miedo, sin protección, sin medidas de prevención y seguridad, exponiéndose con mayor frecuencia a embarazos no deseados y sus complicaciones.

CONCLUSIÓN

- Las complicaciones que presentaron las mujeres adolescentes embarazadas en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes son más frecuentes en la mujer adolescente temprana que en la mujer adolescente tardía.
- Las complicaciones más frecuentes que presentaron la mujer adolescente temprana en comparación con la mujer adolescente tardía fueron la presencia de infección de vías urinarias, cervicovaginitis, amenaza de aborto, hipertensión gestacional, amenaza de parto pretermino y oligohidramnios.
- La edad más frecuente de las adolescentes embarazadas fue de 15 años.
- El estado civil que se observó con mayor frecuencia en la mujer adolescente embarazada fue unión libre.
- La escolaridad más frecuente que se observó en la mujer adolescente embarazada fue la secundaria terminada.
- La mayoría de las pacientes embarazadas adolescentes eran primigestas.
- La ocupación más frecuente que se observó en las adolescentes fue las labores del hogar.
- La mayoría de las pacientes iniciaron el control prenatal después de la semana 12 de gestación.
- El inicio de control prenatal más frecuente visto en las pacientes fue en el segundo trimestre.
- El número de consultas que se observó en las pacientes con mayor frecuencia fue de 3 a 4 consultas.
- El método de planificación más utilizado fue el preservativo.
- Respecto al tabaquismo y el consumo de alcohol se observó en las pacientes con mayor frecuencia antes del embarazo.
- La presencia de ruptura de membranas se presentó más frecuentemente en el grupo de adolescente tardía.
- La complicación materna que se observó en las pacientes con mayor frecuencia fue la infección de vías urinarias.

- 
- La anemia se presentó con mayor frecuencia en el grupo de adolescente tardía.
 - La vía de nacimiento de los productos de las pacientes que se presentó con mayor frecuencia fue la vía vaginal.
 - La interrupción del embarazo por vía cesárea fue más frecuente en el grupo de adolescente temprana.
 - La indicación más frecuente para la interrupción del embarazo que se observó fue desproporción cefalopélvica, riesgo de pérdida de bienestar fetal y trabajo de parto estacionario.
 - El parto instrumentado se observó más frecuentemente en el grupo de adolescente tardía.
 - Se realizaron más episiotomías en el grupo de adolescente tardía.
 - Se presentaron más desgarros perineales en el grupo de adolescente tardía.
 - El peso de los recién nacidos más frecuente fue de 2.5 a 3 kgs.
 - La edad gestacional por Capurro más frecuente que se observó en los recién nacidos de las pacientes fue 40 semanas.
 - La complicación más frecuente que se observó en los recién nacidos de las pacientes fue dificultad respiratoria.

SUGERENCIAS

Como sugerencias para las autoridades de Servicios de Salud, se deberían implementar en cada unidad médica de primer nivel de atención una unidad específica especialmente para la adolescente, así como mayores estrategias en cuanto a la información acerca de la planificación familiar en este grupo de edad.

Promover mayor personal médico de atención primaria, comenzando por los Médicos Internos de Pregrado así como Médicos Pasantes y resto de personal de salud para llevar acabo mayor número de campañas de salud acerca de la vida reproductiva de la mujer adolescente, y así llevar la información adecuada acerca de los riesgos que implican un embarazo en este grupo de edad. Ya que hoy en días la información que aportan los sistemas de salud para las adolescentes es deficiente, la cobertura aplicada de estos sistemas no alcanza a población vulnerable y marginal de muchos sectores del país, teniendo una pobre información e inadecuada el grupo de adolescentes.

Fomentar campañas dirigidas para la familia, especialmente en aquellas que viven en desintegración y violencia familiar, ya que este rubro es uno de los factores importantes para que la mujer adolescente termine con un embarazo no planeado.

En nuestro Hospital de la Mujer de Aguascalientes deberíamos fortalecer el programa de anticoncepción post evento obstétrico y concientizar a las madres adolescentes los riesgos que implica un nuevo embarazo a corto plazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Barbieri 2008; Características socio familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Mex. 1996; 53:84-88.
2. Encuesta Nacional de Población 2005. Cambios de población en México. México: INEGI; 2010. Velásquez CG. 57, 481,307 mujeres mexicanas. Rev Mex Reprod 2011; 3:139-141.
3. Villanueva A, Pérez FM, Martínez AH, García LE. Características obstétricas de la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Mex 1999; 67:354-359.
4. Alison MF, Brocker JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med.
5. Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, Ethier KA, Kershaw TS. Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. Womens Health Issues 2011; 21: 110-116.
6. Ramos GRY, Barriga MJA, Pérez MJ. Embarazo en adolescente como factor de riesgo para maltrato fetal. Ginecol Obstet Mex 2009;77:311-316.
7. Janky E, Gallais A, Landre M. Generalidades sobre el embarazo y el parto en las adolescentes. Enciclopedia médico quirúrgica. Elsevier, 1996. Cap. 3; 1-7.
8. Amin SB. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. Obstet Gynecol 1996; 87:668-674.
9. Otterblad PM, Goldenberg RC. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. Obstet Gynecol 1997; 89:451-457.
10. Furzan JA, Yuburi A, Eizaga S, Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gaceta Medica de Caracas, Venezuela 2010;118:119-126.
11. DGIS/Salud/Bases de Mortalidad Materna 2006-2014 // SINAVE/DGE/Salud/Sistema de Notificación Inmediata de MM 2015 y 2016. <http://www.omm.org.mx>.
12. Consejo Nacional de Población, 2010, SSA; 2011. CONAPO; 2010.
13. Colin-Paz YA, Villagómez-Ornelas P. 2010, CONAPO: 2008-2012.

14. Collado M, Alva R, Villa L, López E, González de León D, Schiavon R. 200. Mondragón Kalb M, Ahued Ortega A, Morales Velázquez J, 2007-10. Olavarrieta CD, García SG, Arangure A, 2012.
15. www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/; 2012.
16. OPS 2007. Washington, DC: OPS; 2007, OMS; 2007.
17. Margulis M.2003, Muñoz-Aguirre CD, CONAPO; 2006. Colin-Paz YA, 1974-2009. CONAPO; 2010.
18. Lira PJ, Oviedo CH, Simón PLA, Dib SC, Grosso EJM, Ibarquengoitia OF, Ahued AR. Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 241-246.

ANEXO 1. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
PLAN DE TESIS							
Recolección de datos.	X	X					
Formulación.		X					
Presentación.			X				
Aprobación.			X				
TESIS							
Recopilación de datos.	X	X	X				
Organización de la información.			X	X			
Proceso de la información.				X	X		
Redacción de la tesis.					X		
Presentación.						X	
Sustentación.						X	
Aprobación.						X	



ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

variable	Items	variable	Items
EDAD	1= 12 A 15 2= 16 A 19	INICIO DE CONTROL PRENATAL	1 = PRIMER TRIMESTRE 2 = SEGUNDO TRIMESTRE 3 = TERCER TRIMESTRE
ESTADO CIVIL	1= SOLTERA 2= CASADA 3= UNION LIBRE 4= DIVORCIADA 5= VIUDA	NUMERO DE CONSULTAS	1 = < 2 2 = 3 A 4 3 = 5 A 6 4 = 7 A 8 5 = > 9 CONSULTAS
ESCOLARIDAD	1 = Analfabeta 2 = Lee y escribe 3 = Primaria incompleta 4 = Primaria completa 5 = Secundaria incompleta 6 = Secundaria completa 7 = Preparatoria incompleta 8 = Preparatoria completa 9 = Técnico 10 = Profesional	UTILIZACION DE MPF	1 = SI 2 = NO
PARIDAD	1 = PRIMIGESTA 2 = MULTIGESTA	METODO ANTICONCEPTIVO	1 = PRESERVATIVO 2 = HIB 3 = PILDORAS 4 = PARCHES 5 = DIU 6 = OTRO
OCUPACION	1 = AMA DE CASA 2 = EMPLEADA 4 = ESTUDIANTE	TABAQUISMO ANTES DEL EMB	1 = SI 2 = NO
CONTROL PRENATAL TARDIO	1 = SI 2 = NO	TABAQUISMO DESP DEL EMB	1 = SI 2 = NO
		ALCOHOLISMO ANTES DEL EMB	1 = SI 2 = NO
		ALCOHOLISMO DESP DEL EMB	1 = SI 2 = NO
		DROGAS	1 = SI 2 = NO
		TIPO DE DROGAS	1 = MARIJUANA 2 = COCAINA 3 = CRISTAL

variable	Items	variable	Items
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	1 = SI 2 = NO	OLIGOHIDRAMNIOS	1 = SI 2 = NO
INFECCION DE VIAS URINARIAS	1 = SI 2 = NO	ANEMIA	1 = SI 2 = NO
CERVICOVAGINITIS	1 = SI 2 = NO	TIPO DE NACIMIENTO	1 = PARTO 2 = CESAREA 3 = FORCEPS
AMENAZA DE ABORTO	1 = SI 2 = NO	INDICACION DE CESAREA	1 = DCP 2 = BRP 3 = CERVIX DESFAVORAB 4 = TPE 5 = PRESENTACION 6 = OTRAS
HIPERTENSION EN EL EMBARAZO	1 = SI 2 = NO	DESGARROS VAGINALES	1 = SI 2 = NO
TIPO DE HIPERTENSION	1 = HIPERTENSION CRONICA 2 = GESTACIONAL 3 = PREECLAMPSIA /ECLAMP 4 = HIPERTENSION CRONICA + PREECLAMPSIA SOBRE AGREGADA	EPISIOTOMIA	1 = SI 2 = NO
DIABETES GESTACIONAL	1 = SI 2 = NO	PESO DEL PRODUCTO	1 = < 500 gramos. 2 = 500 – 999 gramos. 3 = 1000 – 1499 grs. 4 = 1500 – 1999 grs. 5 = 2000 – 2499 grs. 6 = 2500 – 2999 grs. 7 = 3000 – 3499 grs. 8 = 3500 – 3999 grs. 9 = 4000 – 4499 grs. 10 = 4500 – 4999 grs.
AMENAZA DE PARTO	1 = SI 2 = NO		
RPM	1 = SI 2 = NO		

VARIABLE

SEMANAS DE GESTACION

X CAPURRO

ITEMS

1 = 26 SEMANAS

2 = 27 SEMANAS

3 = 28 SEMANAS

4 = 29 SEMANAS

5 = 30 SEMANAS

6 = 31 SEMANAS

7 = 32 SEMANAS

8 = 33 SEMANAS

9 = 34 SEMANAS

10 = 35 SEMANAS

11 = 36 SEMANAS

12 = 37 SEMANAS

13 = 38 SEMANAS

14 = 39 SEMANAS

15 = 40 SEMANAS

16 = 41 SEMANAS

17 = 42 SEMANAS

18 = 43 SEMANAS

ESTADO VITAL DEL PRODUCTO

AL NACER

APGAR

1 = VIVO

2 = MUERTO

1 = 8 - 10

2 = 4 - 7

3 = MENOR A 3

COMPLICACIONES DEL PRODUCTO

1 = SI

2 = NO

COMPLICACIONES DEL PRODUCTO

1 = DIFICULTAD RESPIRATORIA

2 = SEPSIS

3 = MALFORMACIONES

4 = HEMORRAGIA INTRAVENTRI

